

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

МАТЕРИАЛЫ ИТОГОВОЙ МЕЖВУЗОВСКОЙ
СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«СНО-2021»



Луганск – 2021

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

Оргкомитет конференции:

Ректор, кандидат медицинских наук, доцент –
Торба Александр Владимирович;

Проректор по научной работе, доктор медицинских
наук, профессор - 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.,

Лящук В. П.,

Шибинская А. А.,

Чекмарева Д. Г.

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

СОДЕРЖАНИЕ

СНК кафедры акушерства и гинекологии

Акименко В. В.

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО
ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА

Научный руководитель: к. мед. н., доц. Удовика Н. А. 13

Морозова О. К., Шибинская А. А.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ (НА ПРИМЕРЕ
ОБЩЕГО УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ КОЛЛЕДЖА)

Научный руководитель: к. мед. н., доц. Удовика Н.А. 14

Григорян С.А.

АНТЕНАТАЛЬНЫЕ МАТЕРИНСКИЕ МАРКЕРЫ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ
НОВОРОЖДЕННОГО

Научный руководитель к-т мед. наук, доц. Гордиенко Е.В. 16

Борисенко М.Д., Егупова Т.Ю.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКИ, ТЕЧЕНИЯ, ТАКТИКИ И ОЦЕНКИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ
УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С РЕТРОХОРИАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

Научный руководитель: д.м.н., профессор Лецинский П.Т. 18

Лалова М.Ю., Никитенко А.О.

ВЛИЯНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ

Научный руководитель: ассистент Попова И.А. 19

Кравцева М.Д.

КРОВЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Научный руководитель к.мед.н., доцент Удовика Н. А. 21

Фетисов И. С., Легушенко Г. Ю., Толкачёв С. Д.

ВЛИЯНИЕ ХЛАМИДИОЗА НА МНОГООБРАЗИЕ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ
ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ

Научный руководитель к.мед.наук доц. Лисовская Т.В. 23

Колтунова А. М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ГИНЕКОЛОГИИ

Научный руководитель: к. м. н., доц. Лисовская Т. В. 24

Бутиков В.А.

ПАТОЛОГИЯ ВУЛЬВЫ: ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В ЛУГАНСКОЙ
НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Научный руководитель к.мед.н., доцент Удовика Н. А. 25

СНК кафедры анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии

Мосягина Н. А.

ОСОБЕННОСТИ РОСТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ ПОВТОРНОМ ПЕРЕЛОМЕ НА ФОНЕ
САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Лузин В. И. 26

Назаренко В.С.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОГО ВЛИЯНИЯ МЕКСИДОЛА НА ОСТЕОМЕТРИЧЕСКИЕ
ПОКАЗАТЕЛИ ТАЗОВОЙ КОСТИ ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ УПОТРЕБЛЕНИИ КОФЕИНА У
КРЫС НА 90 СУТКИ

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Лузин В.И., асс. Мовенко А.В. 27

Радионова А.Д., Юрченко И. Е.

**ВЛИЯНИЕ ДЕФЕКТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ НА МОРФОЛОГИЮ КОРЫ МОЗЖЕЧКА
КРЫС СПУСТЯ 3 СУТОК ПОСЛЕ ЕГО НАНЕСЕНИЯ**

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Лузин В.И., к. мед. наук, доц. Чурилин О.А. 29

СНК анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицинской помощи

Морозова О. К., Шибинская А. А.

**ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID – 19 НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РАБОТАЮЩИХ
СТУДЕНТОВ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. Шатохина Я.П. 31

Халимова А. П., Гончарова А. А.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ В
ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-2019**

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Никонова Е. М., асс. Шатохина Я. П. 32

СНК кафедры госпитальной терапии и профпатологии

Вергунова В. В., Юристовская В. В.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ

Научные руководители: к. мед. наук, доц. Петизина О.Н. 34

Гайдамака В. И.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ

Научные руководители: к. мед. наук, доц. Сухоплюева Н. И. 36

Коваль Е. В., Королёва А.А.

**ФОСФОГЛИВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С В СОЧЕТАНИИ С
НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ**

Научный руководитель к. мед. наук, доц. Дорошенко Т.В. 37

СНК кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии им. В.М. Фролова

Агеева Д. В.

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Научный руководитель д-р. мед. наук, профессор. Соцкая Я. А. 38

СНК кафедры общей врачебной практики и медицинской реабилитации

Андрянова О. А., Ковалев В. Б., Ковалева И. С., Литвинова О. Н.

**ДИАГНОСТИКА НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ С
ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19**

Научный руководитель к. мед. н., доцент Ковалев В.Б. 41

Антонов К. А., Водопьянова А. А., Ковалева И. С., Ковалев В. Б.

**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ:
ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ, МАРШРУТИЗАЦИИ, ПОНЯТИЕ О ШКАЛЕ
РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МАРШРУТИЗАЦИИ**

Научный руководитель к. мед. н., доцент Ковалева И. С. 42

Донцов С. О., Литвинова О. Н., Ковалева И. С., Ковалев В. Б.

**АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ,
ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ**

Научный руководитель ассистент Литвинова О. Н. 43

Игнатъева Т. Д., Ковалев В. Б., Литвинова О. Н., Ковалева И. С.

**ВАКЦИНАЦИЯ, КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ:
СОВРЕМЕННЫЕ ВАКЦИНЫ, ПРИНЦИПЫ ИХ СОЗДАНИЯ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ,
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ**

Научный руководитель к. мед. наук, доц. Ковалев В.Б. 46

Колтунова А. М., Зайченко В.Ю., Зенина Л. В.

ОСЛОЖНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ.

КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

Научный руководитель: к. м. н., доц. Зенина Л.В. 48

СНК кафедры пропедевтики внутренней медицины

Мищенко В.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА

Научный руководитель: к. мед.наук, доцент Холина Е.А. 49

Лебедь Е.Д., Поздняков А.С., Липатникова А. С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИФУЗНОГО МИОКАРДИТА У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТА ПО ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ

Научный руководитель к.м.н., доцент Липатникова А.С. 51

Сосна Е.С., Толстов Н.С., Липатникова А. С.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИБС У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Научный руководитель к.м.н., доцент Липатникова А.С. 54

Назарян Д. С, Пилюева Е.В.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ИБС, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА В ДОНБАССЕ

Научный руководитель: к. мед. н., доц. Пилюева Е.В. 55

Кондратенко Д. Р., Першина А. С., Сысойкина Т. В.

Нарушение функции внешнего дыхания при метаболическом синдроме

Научный руководитель к.м.н., доцент Сысойкина Т. В. 57

Бельская В.С., Свеженцев О.В., Боднар Б.Р., Сысойкина Т.В.

ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОДАГРЕ

Научный руководитель к.м.н., доцент Сысойкина Т.В. 58

СНК кафедры факультетской терапии

Самойлов А. В.

ПРИМЕНЕНИЕ СИРОПА КОРНЯ СОЛОДКИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Научный руководитель - к.мед н, доц. Чуменко О. Г. 59

Фесенко М.Б.

ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА: В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ ГИПЕРУРИКЕМИЯ

Научный руководитель доц. Одуд А.М. 60

Мельничук М.Г.

Ферритин - триггер воспаления при атипичной вирусной пневмонии

Научный руководитель доц. Белая И.Е. 61

Десятникова Т.С., Чететкина Л.А., Мирошниченко Я.И.

Диагностика коронавирусной пневмонии

Научный руководитель доц. Сониная Е.В. 63

СНК кафедры физиологии и кафедры медицинской химии

Дещинский М. Р., Севостьянова В. С., Вайленко Д.С., Баранова В. В.

ИЗУЧЕНИЕ ТОКСИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С РАСТВОРОМ ЭТИЛОВОГО СПИРТА НА ПОЧКИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Бойченко П.К., д-р мед. наук, проф. Тананакина Т.П. 65

Копытин И. М., Копытин Д. М., Баранова В.В., Паринов Р.А., Вайленко Д.С.

ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ И ВЫЖИВАЕМОСТИ КРЫС В УСЛОВИЯХ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Тананакина Т.П. 68

Кризская С. С., Корецкий А.В. Баранова В.В. Алиева А.А.

ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЛЕГКИХ, ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩИХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ

Научный руководитель д. мед. н., проф. Бойченко П. К., д-р мед. наук, проф. Тананакина Т.П. 70

Поздняков А. С., Першина А.С., Баранова В.В., Вайленко Д.С.

АНАЛИЗ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПЕЧЕНЬ НА ФОНЕ ПРИЕМА АЛКОГОЛЬСОДЕРЖАЩИХ ВЕЩЕСТВ.

Научные руководители д-р мед. наук, проф. Тананакина Т.П., д-р мед. наук, проф. Бойченко П.К. 73

Унукович К. Ю., Кривошеков М. В., Третьякова В. А. Алиева А.А., Вайленко Д.С.

ТОКСИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ И ЭТАНОЛА НА СЕРДЦЕ И ПОКАЗАТЕЛИ КРАСНОЙ КРОВИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ КРЫС

Научный руководитель д. мед. н., проф. Бойченко П. К., д-р мед. наук, проф. Тананакина Т.П. 76

СНК кафедры гигиены и экологии

Дмитриева А. Г., Погорелов П. В., Погорелова И. А.

ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НА САМОЧУВСТВИЕ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА COVID-19

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент Погорелова И.А. 78

Мыщик С. А., Логвинова Л. Д., Исламова Л. А.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕЖИМА ДНЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗа ВО ВРЕМЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Сичанова Е. В. 80

СНК дерматовенерологии

Антощенко В. Н., Свиная И. В.

К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯ АНГИОКЕРАТОМЫ ФАБРИ

Научный руководитель: ассист. Хайминов Евгений Михайлович 83

Вергунова В. В., Тищенко Н. С.

РОЗАЦЕА. КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Шварёва Т. И. 85

Игнатъева Т.Д., Радышевцева В.В.

ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель к. мед. наук, доц. Провизион Л.Н. 87

Костыря В.А., Волкова Д.В.

ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПРИ НЕКОТОРЫХ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЯХ

Научные руководители: д.м.н., проф. Радионов В.Г., к.м.н., доц. Провизион Л.Н. 89

Синченко М. В.

ПАТОЛОГИЯ КОЖИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шатилов А.В. 91

СНК микробиологии и вирусологии

Дикая А.А.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА В ЛУГАНСКОЙ
НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Научный руководитель доцент, кандидат медицинских наук Перфильева М.Ю...... 94

СНК кафедры педиатрии дополнительного профессионального образования и пропедевтики педиатрии

Деркач М. Н.

СМЕРТНОСТЬ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Научный руководитель к. мед. наук, доцент Сульженко М. Ю...... 95

Ефименко Е. А.

**СОВРЕМЕННЫЕ РИСКИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ
С ОЖИРЕНИЕМ**

Научный руководитель: к.мед.наук, доц. Грабарь И. В...... 98

Курохтина Е. С.

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ АСКАРИДОЗА У ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Научный руководитель: кандидат медицинских наук, доцент Головченко Н. Н...... 99

Мещерякова Г. С.

Вакцинация детей с нарушениями здоровья

Научный руководитель к. мед. н., доцент Сульженко М. Ю...... 101

Петрова О. В.

**ЗАДЕЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ
КОРРЕКЦИИ**

Научный руководитель кандидат медицинских наук, доцент Головченко Н. Н...... 103

Русина В. А.

ОЦЕНКА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ЛУГАНСКА

Научный руководитель: к. мед. н., доцент Головченко Н. Н...... 104

Скоромная Д. А., Глухов А. С.

РЕДКИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель к. мед. наук, доцент Сульженко М. Ю...... 105

СНК кафедры педиатрии и детских инфекций

Закутская Ю.И.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ АСПЕКТОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ

Научный руководитель к. мед. наук, асс. Глушко Ю.В...... 108

Волосник А.С.

«СИНДРОМ КОРНЕЛИИ ДЕ ЛАНГЕ»

Научный руководитель: д.м.н., проф. Ершова И. Б., асс. Бондарь А.В...... 110

Халимова А.П.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУХИ АРИАСА У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ С
АСФИКСИЕЙ**

Научные руководители: д.м.н., проф. Ершова И. Б., асс. Бондарь А. В...... 111

СНК педиатрии и детской хирургии

Кожокарь Д. Ю., Кожокарь Ю. Ю.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ В ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель ассистент Сороштан Е.Ю...... 112

Уразовская А.С., Боботина Л.В.

К вопросу о целесообразности параллельного обучения мальчиков и девочек в образовательной деятельности начального общего образования

Научный руководитель ассистент Сероштан Е.Ю. 114

СНК кафедры психиатрии и наркологии

Королева М. А., Греков С. В., Запасный А.В.

«БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ»

Научные руководители: ассист. Бобык О. А. 115

СНК кафедры нервных болезней и нейрохирургии

Фулиди Е.В.

СИНДРОМ СЛУДЕРА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Мироненко Т. В. 117

Борисенко В. В., Воскобойников И. О.

КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Борисенко В.В. 118

СНК кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии

Кулиев М. И.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ТКАНИ ЗУБА

Научный руководитель канд. мед. наук, доцент Кувенева О. Н. 120

Малинин П.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Моисеева М.И. 122

Назарян Д.С.

ВЛИЯНИЕ ИМУНОФАНА НА ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ КРЫС

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Семенчук С.Н. 124

Разумовская А.И.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Моисеева М.И. 125

Чечурина С.Ю.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Моисеева М.И. 126

СНК кафедры медицинской, биологической физики и информатики

Быцанев А.А.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПАКЕТЫ ПРОГРАММ В МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Научный руководитель ст. преп. Приземина И.Н. 128

Денисенко Е.В.

ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ГИПОКСИИ ПЛОДА

Научный руководитель: ст.преп. Коваленко Е.В. 130

Добровольская А.Д.

Технологии дополненной реальности в медицине: теория и практика использования

Научный руководитель: к.пед.н., доц. Зелинский С.С. 131

Зюбанова П. Т. СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РАЗВИТИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ г. РОВЕНЬКИ, ЛНР <i>Научный руководитель – доцент Березкина И.А.</i>	133
--	-----

Синельникова К. Н. БИОФИЗИКА МЫШЕЧНОГО СОКРАЩЕНИЯ <i>Научный руководитель: ст. преподаватель Диденко О. Н.</i>	135
--	-----

Шалычева К. А. ФОРЕСТ-ПЛОТ: ГРАФИЧЕСКОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕТА-АНАЛИЗА <i>Научный руководитель: ст. преподаватель Россомехина О.М.</i>	137
--	-----

СНК кафедры офтальмологии, оториноларингологии и урологии

Степаненко Г. В., Петренко В. И. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ КЕРАТИТОВ У БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ <i>Научный руководитель к. мед. наук, доц. Степаненко Г. В.</i>	140
--	-----

СНК кафедры терапевтической и детской стоматологии

Заика А. А., Труфанов С. Ю. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИРРИГАНТОВ В ЭНДОДОНТИИ <i>Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент Труфанов С. Ю.</i>	141
--	-----

СНК кафедры хирургической стоматологии

Евсюкова С. А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СРЕДСТВ СТИМУЛЯЦИИ СЛЮНООТДЕЛЕНИЯ В НОРМЕ И ПРИ КСЕРОСТОМИИ <i>Научный руководитель к.мед.н., доцент Шпулина О.А.</i>	143
--	-----

Юсеф Я. Р. АНАЛИЗ КОЛИЧЕСТВА ПРОИЗВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ЭКСТРАКЦИИ ЗУБА И ПОКАЗАНИЙ К УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ В ЛУГАНСКЕ ЗА 2018-2020 ГОДЫ <i>Научный руководитель канд. мед. наук, доцент Шпулина О. А.</i>	146
--	-----

СНК кафедры фундаментальной и клинической фармакологии

Самокиш А. А., Венидиктова Ю. С., Кривоколыско Д. С., Кудрина М. А., Панков А. А., Фролов К. А., Доценко В. В., Кривоколыско С. Г. ИЗУЧЕНИЕ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ СЕРОСОДЕРЖАЩИХ ДИ- И ТЕТРАГИДРОПИРИДИНОВ В ТЕСТЕ ОРОФАЦИАЛЬНОЙ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ БОЛИ <i>Научный руководитель: д. мед. н., профессор Бибик Е.Ю.</i>	148
---	-----

Кривоколыско Б.С., Бурдейная А.А. ЧАСТИЧНО ГИДРИРОВАННЫЕ ПИРИДИНЫ, ПРОИЗВОДНЫХ ЦИАНОТИОАЦЕТАМИДА, КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРЫ ПРИ ОСТРОМ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ГЕПАТИТЕ <i>Научный руководитель – д.мед.н., проф. Бибик Е.Ю.</i>	151
---	-----

СНК кафедры технологии лекарств, организации и экономики фармации

Бущик А.А., Бочев А.В., Куликова Т.И. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ТВЕРДОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ПРОИЗВОДСТВА ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ <i>Научный руководитель: заведующий кафедрой технологии лекарств, организации и экономики фармации, доцент Передерий Е.А.</i>	152
---	-----

Бущик А.А., Бочев А.В., Олейник И.С.

Сравнительный качественный и количественный анализ жидкой лекарственной формы производства Луганской Народной Республики

Научный руководитель: заведующий кафедрой технологии лекарств, организации и экономики фармации, доцент Передерий Е.А.

154

Передерий Е.А., Бошуева К.Е., Любый Е.А.

ВЛИЯНИЕ РЕКЛАМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА НА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

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

155

Передерий Е.А., Юнусова И.А., Урусова Ю.В., Санникова А.

АНАЛИЗ РОЗНИЧНЫХ ПРОДАЖ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ И ПРОТИВОМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЗА IV КВАРТАЛЫ 2019-2020 ГОДОВ

Научные руководители: к.фарм.н., доц. Передерий Е.А., асс. Юнусова И.А.

157

Стрельченко Н. Н., Гордиця Д.В.

Факторы, влияющие на потребительское поведение и восприятие качества фармацевтического товара в аптечной организации

Научный руководитель асс. Стрельченко Н. Н.

158

Стрельченко Н. Н., Кобзарь И.А.

Анализ состава домашней аптечки: основные ошибки и рекомендации при ее формировании и хранении.

Научный руководитель асс. Стрельченко Н. Н.

161

СНК кафедры фармацевтической химии и фармакогнозии

Суббота В. С.

ВЛИЯНИЕ СПОСОБОВ ПОДГОТОВКИ К ХРАНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ НА КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Научные руководители: к. фарм. наук, доцент Боровская И. Н., асс. Гаевая Д. А.

163

Каржавых Е.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБОВ ЭКСТРАКЦИИ ИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ

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

165

СНК кафедры иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии

Бажан К.В

ФАКТОРЫ РИСКА САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТОВ

Научный руководитель старший преподаватель, Старикова М.В.

167

Безгинская А. Н.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА И АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Научный руководитель пр. кафедры Шевченко К. В.

169

Бутянов С. С.

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА: СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЕ

Научный руководитель ст. преп. Тертычная Н. Н.

171

Волокиткин А.В.

ОНОМАСИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГРЕКО-ЛАТИНСКИХ ТЕРМИНОЭЛЕМЕНТОВ (НА МАТЕРИАЛЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ)

Научный руководитель к.пед.н, доцент А.А. Азаркова

172

Волошина В.А.

ЭТИМОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛАТИНСКИХ НАЗВАНИЙ ХИМИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ

Научный руководитель к. пед. н., доц. Азаркова А.А.

175

<i>Добровольская А.Д.</i> ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАИМЕНОВАНИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ <i>Научный руководитель к.пед.н. доц. Азаркова А.А.</i>	177
<i>Долгая Е.С.</i> АССОЦИАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА <i>Научный руководитель старший преподаватель Старикова М. В.</i>	178
<i>Егорчатова Д.П.</i> СТРЕСС: ПОЧЕМУ ОН ПРОИСХОДИТ И КАК С НИМ БОРОТЬСЯ <i>Научный руководитель: преподаватель кафедры Шевченко К.В.</i>	179
<i>Клиндухова Е. Ю.</i> ЭВТАНАЗИЯ: АРГУМЕНТЫ ЗА И ПРОТИВ СМЕРТИ, АССИСТИРУЕМОЙ ВРАЧОМ <i>Научный руководитель преподаватель Шевченко К.В.</i>	181
<i>Лебедь Д. И.</i> ОШИБКИ И ДВОЙСТВЕННОСТЬ ПРИ ПЕРЕВОДЕ ЛАТИНСКИХ ТЕКСТОВ <i>Научный руководитель старший преподаватель Тертычная Н.Н.</i>	183
<i>Маковоз Т. А.</i> МЕСТО КРЫЛАТЫХ ЛАТИНСКИХ ВЫРАЖЕНИЙ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ПРАКТИКЕ МЕДИКА <i>Научный руководитель преподаватель кафедры Бирюков С. В.</i>	184
<i>Мирошниченко Е. М.</i> МЕТАФОРИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ В АНАТОМИИ <i>Научный руководитель: канд. пед. наук, доц. Азаркова А. А.</i>	186
<i>Пушкарская В.В.</i> ОСОБЕННОСТИ КОСМЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И РЕСТАВРАЦИИ <i>Научный руководитель: преподаватель кафедры Бирюков С.В.</i>	187
<i>Романчук М. И.</i> ЛАТИНСКИЕ И РУССКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ В СРАВНИТЕЛЬНО- СОПОСТАВИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ <i>Научный руководитель: канд. пед. наук, доц. Азаркова А. А.</i>	189
<i>Салманов Ю. О.</i> Актуальные вопросы профилактики и лечения COVID-19 <i>Научный руководитель: ст. преп. Коноводова В. Я.</i>	190
<i>Чечурина С. Ю.</i> ПРОИСХОЖДЕНИЕ НАЗВАНИЙ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ И ОБОРУДОВАНИЯ. ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ <i>Научный руководитель ст. преп. Старикова М. В.</i>	191
СНК кафедры философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук	
<i>Бажан К.В.</i> ТЕОЛОГИЯ АВГУСТИНА АВРЕЛИЯ <i>Научные руководители: к.пед.н., доц. Черных И.А., к.филос.н., доц. Алексеенко Т.А.</i>	193
<i>Лесницкая Д. В.</i> КАНОНИЧЕСКИЕ И АПОКРИФИЧЕСКИЕ ТЕКСТЫ: ИХ СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ <i>Научные руководители: доцент Юсеф Ю.В., ст. пр. Плахотник А.Н.</i>	195
<i>Мещеряков М. Г.</i> ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СРЕДНЕВЕКОВОЙ ФИЛОСОФИИ, ЕЁ ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ <i>Научный руководитель старший преподаватель Никитенко Н. А.</i>	197

<i>Ходакова Е. А.</i> ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СРЕДНЕВЕКОВОЙ СХОЛАСТИКИ: СООТНОШЕНИЕ ВЕРЫ И ЗНАНИЙ, ДОКАЗАТЕЛЬСТВА БЫТИЯ БОГА <i>Научные руководители: к.пед.н., доц. Черных И.А., к.филос.н., доцент Алексеенко Т.А.</i>	199
<i>Юсеф Я. Р.</i> РОЛЬ ПАТРИСТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ ХРИСТИАНСКОЙ ДОГМАТИКИ <i>Научный руководитель доцент Сидоренко В. А.</i>	201
<i>Ковальчук В. Р.</i> В. И. ДАЛЬ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ВРАЧ И ЕСТЕСТВОИСПЫТАТЕЛЬ <i>Научные руководители: ст. преподаватель Бахтоярова Л. И., ст. преподаватель Землякова С. Н., ст. преподаватель Зайцева С. Н.</i>	204
<i>Ляшук В. П.</i> ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ ВЕЛИКОГО ЛУГАНЧАНИНА В. И. ДАЛЯ <i>Научные руководители: ст. преподаватель Землякова С. Н., ст. преподаватель Зайцева С. Н., ст. преподаватель Бахтоярова Л. И.</i>	207
<i>Пархоменко И. В.</i> ЯЗЫК КАК ИДЕНТИФИКАТОР ЛИЧНОСТИ В ПОЛИКУЛЬТУРНОМ МИРЕ <i>Научный руководитель канд. филол. наук, ст. преп. Максименко А. А.</i>	211
<i>Петрухно А. В.</i> ФИЛОСОФСКИЕ ВЗГЛЯДЫ Ф. М. ДОСТОЕВСКОГО <i>Научные руководители: ст. преподаватель Зайцева С. Н., ст. преподаватель Землякова С. Н., ст. преподаватель Бахтоярова Л. И.</i>	213
<i>Быцанев А. А.</i> МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО КАК САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ОТРАСЛЬ ПРАВА В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНЫХ НОРМ, РЕГУЛИРУЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ <i>Научный руководитель ст. преп. Тищенко Е. С.</i>	217
<i>Шаповалова М. Э.</i> КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ УРОВНЕЙ СОЦИАЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ <i>Научный руководитель преп. Леусенко Е. В.</i>	219
СНК кафедры социальной медицины и экономики здравоохранения	
<i>Житина И. А., Зверева М. В., Павлова Д. А.</i> ВЛАДИМИР ДАЛЬ: ГОМЕОПАТИЯ – ЛЕЧЕНИЕ ПОДОБНОГО ПОДОБНЫМ <i>Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Луговсков А.Д.</i>	222
СНК кафедры фтизиатрии, клинической иммунологии и медицинской генетики	
<i>Терентьева Ю.С., Назаренко В.С., Коробка Ю.Н., Баранова В.В., Сидорова Н.С.</i> ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С ВИЧ АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ <i>Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Пустовой Ю.Г.</i>	223
<i>Анисимов Н.В., Ергов А.А., Баранова В.В., Балабаева Н.В.</i> ПРОБЛЕМЫ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ: ТУБЕРКУЛЕЗ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВО ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Пустовой Ю.Г.</i>	226
Стахановское отделение медицинского колледжа, г. Стаханов	
<i>Трилис М. А.</i> СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ, ИСПЫТЫВАЮЩИМ БОЛЬ <i>Научный руководитель преп. иностранного языка, специалист первой категории Верба И. В.</i>	228

**НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ
ЛОКАЛЬНОГО ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА****Научный руководитель: к. мед. н., доц. Удовика Н. А.***Кафедра акушерства и гинекологии**Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки, г. Луганск*

Актуальность. Общеизвестно, что данная патология широко распространена во всем мире. Но лишь небольшая часть таких больных обращается в медицинские учреждения с данной проблемой, так как люди неуверенны, что медицина поможет. Лечение недержания мочи зависит от его типа, а диагностика типа недержания мочи достаточно затратная, и проблематична для региона с локальным вооруженным конфликтом. Основные специалисты, которые чаще всего в клинической практике сталкиваются с недержанием мочи, это урологи и гинекологи. В связи с этим выделено отдельное медицинское направление — урогинекология.

Цель: определить актуальность проблемы недержания мочи, в том числе диагностики и лечения, для населения Луганской Народной Республики, которая находится в условиях локального вооруженного конфликта.

Материалы и методы. С целью решения поставленной задачи были проанкетированы случайных 86 сотрудников Клиники Медицины Катастроф.

Результаты и их обсуждение. Стрессовое недержание мочи выявлено у 10 (13,3%) женщин. Это непроизвольная утечка мочи при напряжении, кашле или чихании, резком изменении положения тела; результат недостаточного уретрального сопротивления в ответ на резкое повышение интраабдоминального давления. Иными словами, речь идет о недостаточности замыкательного механизма уретры. Неотложное (императивное) недержание мочи (или гиперактивный мочевого пузырь – ГАМП или нестрессовое недержание мочи) выявлен лишь у 2 (2,6 %) женщин из числа обследованных. Это непроизвольная потеря мочи, которой предшествует нестерпимый позыв на мочеиспускание. Потеря мочи может случиться в любом месте, в любое время, без физического напряжения. Смешанное недержание мочи выявлено у 15 (20%) женщин и 1 (9%) мужчин. Наиболее часто встречаемый вид недержания мочи. Смешанное недержание мочи (СНМ) – заболевание, в котором комбинируются в различных сочетаниях и с различной степенью выраженности симптомы стрессового и императивного недержания мочи.

Таким образом: проблема недержания мочи среди медицинских работников КМК существует и возрастает с возрастом пациентов. Надо признать, что полученные данные отображают общие тенденции проблемы и соответствуют таковым по литературным данным. Никто из анкетированных не указал, что проходил диагностические тесты для выявления типа недержания мочи, так как к врачам с этой проблемой на данный момент пока никто не обращался.

Выводы. Целесообразно дальнейшее изучение проблемы распространенности недержания мочи у жителей Луганской Народной Республики. Перспективно внедрение рекомендованных методов диагностики типа недержания мочи, а также

обеспечение их доступности широким слоям населения. Не вызывает сомнения необходимость разработки новых методов лечения и профилактики недержания мочи.

УДК 613.956:615.2(477.61)

Морозова О. К., Шибинская А. А.

**РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ
РЕСПУБЛИКИ (НА ПРИМЕРЕ ОБЩЕГО УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-
ПОДРОСТКОВ КОЛЛЕДЖА)**

Научный руководитель: к. мед. н., доц. Удовика Н.А.

Кафедра акушерства и гинекологии

*Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки*

Актуальность. Репродуктивный потенциал – это способность популяции к воспроизведению репродуктивного здоровья из поколения в поколение.

Состояние репродуктивного здоровья и развития любого общества во многом определяется уровнем здоровья подростков, которые формируют демографический резерв, культурный, интеллектуальный и профессионально - производственный потенциал.

А что сегодня с уровнем здоровья у подростков по данным литературы?

К сожалению, сегодня у девочек уже есть 2 и более хронических экстрагенитальных заболевания (гипертензия, цистит, анемия, пиелонефрит, шизофрения, эпилепсия, сахарный диабет). Сегодня дочери в 2 раза больше своих мам. Увеличилось и продолжает расти количество новорожденных с генетическими заболеваниями и врожденными пороками развития. На смену подростковым абортам приходит бесплодие. К сожалению, стремительно растет уровень аутизма, депрессий, суицидов, агрессии, последствий межличностного насилия в семье и обществе. Растут случаи непредвиденных травм у детей и инвалидизация вследствие этого. У подростков широко распространены вредные привычки, ранний сексуальный дебют, половые инфекции, ВИЧ и наркомания. У детей и подростков сегодня налицо как дефицит массы тела, так и явное ожирение.

Цель: оценить тенденции в общем уровне здоровья девочек-подростков с позиции репродуктивного потенциала Луганской Народной Республики.

Материал и методы. Проведен анализ 44 анкет девочек-подростков, обучающихся в Луганском колледже строительства, экономики и права.

Возраст анкетированных составил от 15 до 18 лет (пубертатный период).

Для этого нами была разработана анкета, состоящая из 20 вопросов.

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что возраст начала менструаций у преимущественного большинства девочек был 12-13 лет (68%), что в целом соответствует норме.

Обильные и чрезмерно обильные менструации отмечались у каждой 6-й девочки (13,5%), при этом болезненные менструации были более чем у половины. Но, к счастью, нерегулярными они были лишь у каждой 4-й (25%).

Половой жизнью жили 20 девочек из 44 обследуемых, при этом 17 из них сексуальный дебют имели до 16 лет. А на наличие одного полового партнера указала только половина из них. 75% в качестве контрацепции использовали презерватив.

На регулярное посещение гинеколога указала каждая пятая (22,7%).

На диспансерном учете у гинеколога состояли 3 девочки с диагнозами: гипоплазия матки, склерокистоз яичников, параовариальная киста.

На патологию молочных желез никто не указал.

Каждая десятая девочка-подросток уже 1-2 раза поступала в больницу по ургентности с болями внизу живота. У них проводилась дифференциальная диагностика аппендицита - альгоменореи - сальпингоофорита – кисты яичника – кишечной колики.

Восемь (18%) девочек-подростков указали на результаты УЗИ матки и придатков.

Показательно, что у 7 из них объем яичников превышал норму. А размеры матки соответствовали инфантилизму.

В последнее время 80 % из проанкетированных девочек-подростков наблюдали у себя ряд симптомов: перепады настроения, головные боли, упадок сил. В половине случаев свой характер девочки охарактеризовали как эмоциональная и активная.

Если говорить про состояние кожи, то почти 40 % отметили ее жирность и наличие угревой сыпи. Почти половина наблюдала у себя повышенное выпадение волос. В 50 % случаев отмечался недовес.

На курение указали 17 из 44, а 90 % засыпали после полуночи по причине гаджетов.

На вопрос «Планируете ли Вы рожать и когда» 84 % ответили: «да», тогда как остальные - «не знаю».

Нами также была разработана анкета-опросник для мам девочек-подростков, которая включала такие вопросы, например, как: «Имелись ли заболевания во время беременности? Если «да», то получали Вы какое-либо лечение, в какой период беременности это было?». «Сколько было УЗИ во время беременности? В каком сроке?». «Как изменялся Ваш вес во время беременности?».

Мы хотели проанализировать тенденции при вынашивании беременности у этих мам и возможные особенности родов. Однако только 4 мамы ответили нам.

Выводы. 1. Таким образом, у современных девочек-подростков, на примере опрошенных учащихся колледжа, прослеживаются четкие тенденции к сдвигам гормонального статуса, клинически чаще проявляющиеся гипоестрогенией, скорее всего ан- или несостоятельными овуляциями, а значит и дисфункцией желтого тела (более низкий ИМТ, обильные менструации, альгоменореи, проблемы с волосами и кожей, частые перепады настроения).

2. Имеет место психоэмоциональная неустойчивость и снижение жизненного тонуса,

3. ранний половой дебют у более чем половины опрошенных,

4. хроническая патология желудочно-кишечного тракта.

5. Можно полагать, что выполнение репродуктивной функции при таком исходном фоне может иметь существенные проблемы (но только время покажет).

6. Интерес, по-прежнему вызывает анализ течения беременности и родов у мам современных девочек-подростков, что и будет следующей темой наших научных исследований.

**Аntenатальные материнские маркеры внутриутробного
инфицирования новорожденного****Научный руководитель к-т мед. наук, доц. Гордиенко Е.В.***Кафедра акушерства и гинекологии**Луганский государственный медицинский университет имени Святителя
Луки, г. Луганск*

Актуальность. На протяжении нескольких последних десятилетий перинатальные инфекции занимают одно из ведущих мест в структуре неонатальной заболеваемости и смертности. С инфекционными перинатальными осложнениями связаны значительные диагностические трудности, обусловленные полиэтиологичностью патологии. Отсутствие четкой взаимосвязи между выраженностью клинических проявлений у матери и степенью поражения плода в значительной степени затрудняет прогнозирование и раннюю диагностику.

Цель: Изучить особенности течения беременности и родов у матерей при наличии тяжелой врожденной инфекционной патологии новорожденного. Определить закономерность выраженности симптоматики внутриутробного инфицирования и особенностей патологии при беременности.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное клиническое исследование «случай-контроль»: анализ течения 10 случаев беременности, родов, послеродового периода женщин, родивших новорожденных с проявлениями тяжелой неонатальной инфекции. Для сравнения взята группа из 100 женщин, родивших здоровых новорожденных. Для подтверждения достоверности полученных результатов, учитывая малую выборку основной группы, статистические данные обработаны с применением точного критерия Фишера.

Результаты и их обсуждение. Исследуя приведенные группы по критерию наличия экстрагенитальной патологии было обнаружено, что все женщины основной группы (100%) имели экстрагенитальную патологию. Наиболее часто встречались метаболические нарушения – метаболический синдром и ожирение различных степеней (у каждой второй), заболевания сердечно-сосудистой системы (у каждой четвертой), хронические воспалительные заболевания почек (у каждой четвертой). В группе сравнения, в 10 раз реже встречалась сопутствующая экстрагенитальная патология, представленная в половине случаев сердечно-сосудистыми заболеваниями. Точный критерий Фишера с показателем ниже 0.05 свидетельствует о статистически значимом результате по значению метаболических нарушений в патологии основной группы. При анализе особенностей гинекологического анамнеза было установлено, что отягощенный гинекологический анамнез встречался в 2 раза чаще у пациенток основной группы: эрозия шейки матки, рецидивирующий сальпингоофорит у 75%; гормональные гинекологические заболевания (эндометриоз, синдром поликистозных яичников, бесплодие, нарушение менструальной функции у 37.5%. Гинекологическая заболеваемость в контрольной группе была в 2 раза реже и составила 42%. Мы обратили внимание на критерий степени чистоты влагалища, при взятии беременных на учет: у 50% пациенток основной группы обнаружена 3-я степень чистоты, тогда как в контрольной группе третья степень чистоты выявлена в 10 раз реже и составила 5%.

Вышеизложенные данные свидетельствуют о незапланированной беременности и позволяют отнести это положение к факторам риска по реализации внутриутробного инфицирования. При анализе особенностей течения беременности установлено, что угроза прерывания беременности имела место в основной группе в 12,4 раза чаще контроля, фетоплацентарная недостаточность в 5 раз чаще, низкая плацентация и многоводие в 2 раза чаще. Критерием Фишера подтверждена значимость угрозы прерывания беременности и фетоплацентарной недостаточности. Бактериальные и вирусные инфекции, перенесенные в 1 триместре в виде ОРВИ и пневмонии имели место в 7 раз чаще в основной группе и свидетельствует о значимой роли перенесенной матерью инфекции в состоянии внутриутробного плода и новорожденного. Причем, неоднократные посевы матери и новорожденного на 1-3-5 сутки после родов в 90 % случаев роста микрофлоры не выявили, что свидетельствует об отсутствии информативности общепринятых бактериологических исследований. По особенностям течения родов выявлено: повторнородящих в основной группе было 70 % против 54,5% в контроле. Частота преждевременных родов в основной группе составила 40%, что в 9 раз чаще контроля и статистически значимо. Родоразрешение женщин основной группы проводилось путем операции кесарева сечения в 60%, тогда как в контроле этот показатель составил 20%. Наиболее часто показаниями к операции явились: дистресс плода при беременности в родах (диагностированный инструментально минимум 2-мя методами исследования) в 60% и рубец на матке в 40% случаев основной группы. Также важно отметить, что все операции проводилось urgently. В контрольной группе частота urgently выполненных операций 49 % и основные показания: рубец на матке (каждая третья), слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции (каждая пятая). Дистресс плода при беременности в развитии – проявлении внутриутробной инфекции плода, критерием Фишера подтвержден, как статистически значимый. При анализе состояния новорожденных: на 1 минуте нарушенное состояние выявлено у 80% новорожденных основной группы (по Апгар составило $6.5 \pm 0,4$ балла) против 12% в группе контроля. На 5 минуте нормализовать состояние до значения 8 баллов удалось только у 30% новорожденных основной группы, а у оставшихся 50 % состояние оставалось заслуживающим внимание – (по Апгар $7,2 \pm 0,3$ балла). Масса новорожденных при рождении как доношенных, так и недоношенных в основной группе меньше, но статистически не значимо. Перевод детей основной группы в отделение реанимации Республиканской больницы был произведен в 100% случаев, тогда как в контроле перевели лишь 1 % новорожденных. ИВЛ применялось у 90% новорожденных основной группы, в контроле ни один новорожденный не был переведен на ИВЛ. В основной группе у 100% новорожденных внутриутробная инфекция проявлялась энтероколитом с парезом кишечника и сочеталась с другой патологией неонатального периода: дыхательной недостаточностью в 80%, недоношенностью в 40%, внутриутробной пневмонией в 40%, неонатальной желтухой 40%. Одновременно новорожденные основной группы имели более двух нозологических единиц инфекционного процесса.

Выводы. Антенатальными материнскими факторами риска рождения ребенка с внутриутробной тяжелой инфекцией явились – незапланированная беременность, наличие экстрагенитальной патологии, отягощенный воспалительными заболеваниями гинекологический анамнез. Течение беременности осложняется развитием первичной

плацентарной недостаточности, низкой плацентацией, рецидивирующей угрозой прерывания беременности и многоводием. Бактериальные и вирусные инфекции легочной системы матери при гестации вносят весомый вклад в усугубление состояния внутриутробного плода. Несмотря на то, что родоразрешение проводится в 3 раза чаще, чем в популяции оперативным путем, это не приводит к удовлетворительному исходу родоразрешения. Тяжелая внутриутробная инфекция новорожденных требует реанимации и длительного лечения.

УДК 618.3-07:616-005.1

Борисенко М.Д., Егунова Т.Ю.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКИ, ТЕЧЕНИЯ, ТАКТИКИ И ОЦЕНКИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ С РЕТРОХОРИАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

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

Кафедра Акушерства и гинекологии ГУ ЛГМУ им. Св.Луки, г. Луганск, ЛНР

Цель исследования: Изучение тактики врача акушера-гинеколога и оценка течения беременности, родов, состояния плода и новорожденного при угрозах прерывания беременности с образованием ретрохориальной гематомы.

Материалы и методы: материалами послужили 500 историй родов за 2019-2020 года. Среди данных историй выделено 20 случаев ретрохориальной гематомы. Для контрольной группы набрано 20 историй родов. Исследовали следующие показатели: наличие анемии беременных, наличие фетоплацентарной недостаточности(ФПН) с нарушением и без нарушения кровотока, количество угроз преждевременных родов(УПР) и угроз прерывания беременности (УПБ), задержка развития плода, оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1 и 5 минуте жизни, масса плода, доплерографические ультразвуковые исследования маточно-плацентарного кровотока и биофиль плода. Оценка результатов производилась ретроспективно.

Результаты: Данные разделены на 2 группы: 1 группа- истории родов с наличием ретрохориальной гематомы (далее -1), 2 группа – контрольная группа (далее-2). В ходе оценки уровня анемий беременных было выявлено, что наличие гематомы достоверно влияет на заболеваемость данной патологией (1- 60%, 2-40%). Количество ФПН с нарушением кровообращения в группе 1 выше в 2 раза (1-60%, 2-30%). Такая же тенденция прослеживается в показателях ФПН без нарушения кровообращения (1- 20%, 2-10%). Случай задержки развития плода был обнаружен только в группе номер 1. Встречаемость гестозов в обеих исследуемых группах было равно (1-20%, 2-20%). Количество угроз преждевременных родов (УПР) в группе №1 встречалось в 3 раза чаще чем во второй группе (1-30%, 2-10%). Частой патологией, которой сопутствовала ретрохориальная гематома, являлась угроза прерывания беременности (1-95%, 2-50%). При оценке состояния новорожденного по шкале Апгар в средних значениях было выявлены следующие показатели: 1 минута-7 баллов, 5 минута-8 баллов. В группе №2 такими показателями были: 1 минута 8 баллов, 5 минута 8 баллов. Масса новорожденных в группах женщин, имеющих в анамнезе ретрохориальную гематому достоверно ниже: (РХГ-3075г, Контроль-3158г). Анализируя протоколы ультразвуковых исследований, проводимых перед

госпитализацией беременных женщин в стационар, можно говорить об снижении баллов биопрофиля плода до 7-8 в сравнении с группой контроля (9-10 баллов). Частота сердечных сокращений плода в первые несколько дней клинических проявлений угрозы прерывания беременности находится в пределах 172-180 уд\мин, что свидетельствует об напряжении адаптационных возможностей организма плода. В ходе исследования был выявлен 1 новорожденный с признаками ЗВУР.

Выводы. В ходе ретроспективного анализа историй родов женщин, имеющих ретрохориальную гематому было выявлено, что в данной группе беременных имеют место повышенные риски не вынашивания беременности и развития большего числа сопутствующей патологии. Течение беременности у женщин с РХГ в период угрозы прерывания было значимо хуже, чем у женщин контрольной группы. Также нужно сказать о более низких баллах по шкале Апгар у новорожденных в группе женщин, имеющих ретрохориальную гематому, что свидетельствует о развитии дистресса у плода.

УДК 618.1:616.9

Лалова М.Ю., Никитенко А.О.

«Влияние воспалительных заболеваний на репродуктивную систему»

Научный руководитель: ассистент Попова Илона Александровна

Кафедра акушерства и гинекологии

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г.

Луганск

Актуальность темы: частота гинекологических заболеваний и количество операций, связанных с ними, все время растут; аднексит, или сальпингоофорит, является наиболее распространенной патологией среди воспалительных заболеваний органов малого таза.

Цель исследования: изучить особенности течения воспалительных заболеваний внутренних половых органов у женщин репродуктивного возраста в условиях ургентного гинекологического отделения Луганского перинатального центра; изложить краткую характеристику морфологической формы воспалительных заболеваний ВПО – «Сальпингоофорит»; определить алгоритм профилактики для пациентов с указанной патологией.

Материалы и методы исследования:

Для решения поставленных задач, нами проведен анализ госпитализаций женщин с диагнозами: хронический аднексит в стадии обострения, острый аднексит и острый аппендицит, на базе гинекологического отделения Луганского перинатального центра за период с 2015 по 2021.

Нами было изучено 477 историй болезни женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Из них женщины в возрасте от 18 до 25 лет составили – 18%, от 26 до 34 лет – 57%, от 35 до 45 лет – 25%.

В каждом случае мы изучили основные жалобы женщин, акушерско-гинекологический анамнез, лабораторные методы исследования: анализ мазков на флору, цитологический анализ на АК, общий анализ крови, консультации смежных

специалистов, данные инструментальных методов обследования, проанализировали заключения.

Результаты исследования:

Клинически аднексит характеризуется болями в нижних отделах живота и в поясничной области, по характеру чаще тупая или давящая (встречается у 73% - 263жен.), чаще всего иррадиирующая во внутреннюю поверхность бедер(58%-208жен).

Вторым по частоте встречаемости симптомом является температура тела (48% -172 жен). Для пациенток с острым аднекситом характерно резкий подъем температуры тела до фебрильной (38,1-38,4С), а у пациенток с хроническим воспалительным процессом - до субфебрильной(37,4-37,7С). Вследствие лихорадки возникает тахикардия (23% -83 жен).

У 65% -234 больных отмечаются бели, ациклические кровотечения (12% -43 жен). Менструальноподобные кровотечения чаще возникают после небольшой задержки продолжительностью от нескольких дней до 1-2 недель.

У 30% -143 больных в процесс вовлекаются мочевые органы (уретрит и цистит), а у 24%-115 больных –почки (почечная колика 96 случаев и пиелонефрит19 случаев) характерно: сильная боль в поясничной области и боковых отделах живота, тошнота, а в некоторых случаях и рвота.

Из анамнеза установлено, что у женщин с хроническим аднекситом менархе в 13-14 лет, длительность 4 дня, через 27-32, регулярный цикл у 123(44,7%), не регулярный 152(55,3%), при остром аднексите менархе в 11-13, длительность 5-7 дней, через 21-25 дней, регулярный цикл у 17 (73,9%), не регулярный цикл -6(26,1%), при правостороннем аднексите менархе в 11-13, длительность3-4 дня, через 28-30, регулярный цикл у13(54,2%), не регулярный – 9(45,8%).

Нами было замечено, что у женщин с хроническим аднекситом наиболее часто встречается сопутствующий диагноз: опухолевидное образование придатков 175 случаев (63,6%), из них прооперированы -67(38,3%), апоплексия яичника -83(30,2%), болевая форма -37(44,6%), геморрагическая -46(55,4%), также отягощен акушерский анамнез с/а в малом сроке 40 жен (14,5%), замершая беременность -23(4,4%), и/а -187 женщин (68%).

У женщин с острым аднекситом в 45 (52,9%) случаях сопутствующей патологии не выявлено, эрозия ш/матки 15(17,6%), кольпит 25 (29,4%).

Объективно при бимануальном обследовании у женщин с хроническим воспалительным процессом придатки с обеих сторон отечные, болезненные или чувствительные при пальпации, а при остром аднексите – резко болезненные, отечные, чаще с одной стороны.

Из лабораторных данных в анализе крови лейкоцитоз наблюдается у 64% -305 женщин, а в анализе выделений на флору увеличение количества лейкоцитов отмечалось у 87 % -415 жен.

Выводы:

Особенности исходов воспалительных заболеваний репродуктивной системы в регионе Луганской области: долгосрочные последствия ВЗОМТ: повышенный риск эктопической беременности, бесплодие, рецидивирующая инфекция, хроническая тазовая боль. Осложнения ВЗОМТ:

тубоовариальные абсцессы и тазовый перитонит; во время беременности ВЗОМТ встречаются редко, но может быть причиной повышенного риска как материнской, так и фетальной заболеваемости.

УДК 615.385=618.5

Кравцева М.Д.

Кровесберегающие технологии в гинекологии

Научный руководитель к.мед.н., доцент Удовика Н. А.

Кафедра акушерства и гинекологии

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г.

Луганск

Актуальность. Предоперационная железодефицитная анемия ассоциируется с повышением послеоперационной заболеваемости и смертности, увеличением длительности пребывания в стационаре, ухудшением исходов лечения вне зависимости от проведения переливания крови. В случае железодефицитной анемии средней и тяжелой степени, даже при незначительной кровопотере во время миомэктомии или гистерэктомии, возникает необходимость заместительной трансфузионной терапии компонентами донорской крови и, соответственно, возрастает потенциальный риск осложнений, связанных с аллогенными гемотрансфузиями. Соответственно, своевременное выявление анемии и восполнение дефицита железа перед операцией могут привести не только к улучшению исходов оперативного вмешательства, но и сокращению затрат на ведение пациентов в послеоперационном периоде.

Цель: Обобщить опыт применения кровесберегающих технологий при лечении пациенток с аномальными маточными кровотечениями, приведшими к ЖДА тяжелой степени, в условиях локального вооруженного конфликта.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи нами ретроспективно на базе гинекологического отделения Клиники медицины катастроф был проведен анализ 19 историй болезни гинекологических больных, которые в период с марта 2020 по март 2021 года (первый год работы Клиники) получали лечения по поводу железодефицитной анемии тяжелой степени

Результаты и их обсуждение. Возраст исследуемых женщин составил: от 24 до 35 лет – 3 человека (16%), от 35 до 45 лет – 7 человек (32%), от 45 до 50 лет – 6 человек (26%), от 50 и старше (до 81 года) – 3 человек (26%). Основными жалобами при поступлении женщин в Клинику медицины катастроф были: АМК (Аномальное маточное кровотечение), ЖДА (железодефицитная анемия) тяжелой степени (Hb70 г/л и ниже). Причем, аномальные маточные кровотечения не были первичными и острыми, а были хронические, рецидивирующие. Причины АМК, приведшие к развитию постгеморрагической ЖДА тяжелой степени были следующими: железистая гиперплазия эндометрия у 11 (58%), диффузный аденомиоз матки у 10 (53%), лейомиома матки у 10 (53%), сочетание гиперпластических процессов эндометрия и миометрия – у 15 (79%), другое (ВИЧ, беременность, онкопроцесс) – 3 (16%). Уровень Hb на момент поступления колебался от 32 г/л до 70 г/л. Анализ документации показал, что рекомендуемые кровесберегающие технологии у пациенток с железодефицитной анемией тяжелой степени применяются практически в 100 %

случаев, а именно: диагностика анемии в течение первого часа - 100% , препараты железа (II) перорально (фумарат железа, сорбифер, актиферрин, фенюльс, гематоген) – 100% , полимальтоза железа (III) перорально (мальтофер, монофер, феррум ЛЕК) – 72%, внутривенные инфузии препарата железа (III) (венофер) - (69%), управляемая нормоволемическая гемодилюция (раствор Рингера, 0,9% раствор натрия хлорида) – 100%.

Уже в течение 1-2 суток наблюдения в стационаре после уточнения диагноза (анамнез, УЗИ, исследование соскоба), в соответствии с клиническими рекомендациями, было понятно, что 14 (74%) пациентам понадобится хирургическое лечение в условиях КМК: субмукозный рост узла матки – в 5 (37%), неэффективность гормональной терапии и рецидивы АМК при аденомиозе – 3 (21%), сочетанная патология миометрия и эндометрия – 3 (21%), отказ от гормональной терапии – 3 (21%). Поэтому, учитывая жизненную необходимость хирургического гемостаза (рецидивы АМК), наряду с применением кровесберегающих технологий, как этап подготовки к операции, была применена заместительная трансфузионная терапия компонентами донорской крови.

Всего на 19 наблюдаемых пациенток произведено 52 гемотрансфузии эритроцитов и использовано 6 доз карантинизированной свежзамороженной плазмы (СЗП). Использованы цоликлоны анти А и анти В. Реакция и осложнений не отмечено. У всех пациенток уровень Hb на день операции был выше 95 г/л. Из 14 прооперированных в дальнейшем женщин, одиннадцати из них была выполнена гистерэктомия и трем – консервативная миомэктомия. Интраоперационно, в соответствии с рекомендованными кровесберегающими технологиями, для эффективного местного гемостаза у наблюдаемых больных была применена гемостатическая губка, а также управляемая нормоволемическая гемодилюция (кристаллоиды и коллоиды). Во время операции дополнительной гемотрансфузии не проводилось ни в одном случае. В послеоперационном периоде у 6 пациенток (49%) уровень гемоглобина был ниже 80 г/л, что потребовало применения все тех же сберегающих технологий, в частности назначения препаратов железа и кристаллоидов. Выписаны все пациентки домой без признаков тяжелой железодефицитной анемии.

Выводы. 1. В практике врача акушера-гинеколога железодефицитная анемия тяжелой степени, как осложнение аномальных маточных кровотечений, чаще связана с сочетанной патологией миометрия (миомой) и аденомиозом матки или гиперплазией эндометрия (полипоз). 2. Однако, наиболее низкий уровень гемоглобина был при субмукозном росте узла матки. 3. Периоперационная коррекция железодефицитной анемии проводится по рекомендованным кровесберегающим технологиям, правильное использование которых позволяет сократить время до жизненно необходимого оперативного лечения. 4. Вместе с этим, больным с рецидивами аномальных маточных кровотечений для коррекции железодефицитной анемии тяжелой степени на этапе подготовки к операции применяется инфузия свежих эритроцитов и свежзамороженной плазмы, которые не входят в понятие кровесберегающих технологий. 5. Однако, соблюдение правил проведения гемотрансфузии позволяют минимизировать риск осложнений и повысить исходы и качество оказываемой помощи при данной патологии.

**ВЛИЯНИЕ ХЛАМИДИОЗА НА МНОГООБРАЗИЕ НАРУШЕНИЙ
МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН ПРИ ТРУБНО-
ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ**

Научный руководитель к.мед.наук доц. Лисовская Т.В.

Кафедра акушерства и гинекологии

Государственное учреждение Луганской Народной Республики

«Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»

г. Луганск

Актуальность. Особая роль среди этиологических факторов воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин молодого возраста отводится хламидийной инфекции. Хламидийная инфекция выявляется у 65% женщин с симптомами цервицита, уретрита и аднексита, а также у 57%-страдающих бесплодием. Хламидиоз играет немаловажную роль не только в многочисленных функциональных нарушениях репродуктивного здоровья женщины, но и в формировании спаечного процесса органов малого таза.

Цель: выяснить нарушения менструальной функции у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием на фоне хламидийной инфекции.

Материалы и методы. Обследовано 23 пациентки с трубно-перитонеальным бесплодием на фоне перенесенной хламидийной инфекции до и после оперативного лечения в течение 3-6 месяцев на базе гинекологического отделения Луганского перинатального центра. Хирургическое лечение осуществлялось лапароскопическим доступом. Больным было проведено гормональное обследование, из тестов функциональной диагностики базальная температура, трансвагинальное УЗИ. Контроль излеченности хламидиоза был проведён с помощью полимеразной цепной реакции и иммуноферментного анализа. В исследуемую группу вошли пациентки возраста от 18 до 35 лет с регулярным менструальным циклом, длительность которого составила $29,7 \pm 1,8$. Первичное бесплодие выявлено у 9 пациенток, вторичное-у 14 пациенток.

Результаты и их обсуждение. При анализе характера менструального цикла оказалось, что после оперативного лечения характеристики циклов аналогичны таковым до проведения операции. Гормональные исследования показали, что у больных перенесших урогенитальный хламидиоз, после операции сохраняется латентная гиперандрогения, относительное повышение ЛГ, гипоестрогения. Клиническими проявлениями вышеуказанных нарушений явился гиполутеиновый (у 70,3%) и ановуляторный (у 17,4%) циклы. Полноценные двухфазные циклы встречались у 12,3% пациенток. По данным динамической фолликулометрии было отмечено отставание в темпах роста доминантного фолликула у 58%, отсутствие такового у 11% обследуемых женщин. Несоответствие роста фолликула величине М-эха. При оценке состояния эндометрия отмечалось его функциональная неполноценность и отсутствие секреторных изменений у 15,8% обследуемых женщин. Кроме того, было выявлено снижение объема желтого тела у 12,8% обследованных пациенток и кистозное его перерождение-в 11,2% случаев.

Выводы. Даже после успешного лечения хламидиоза, подтвержденного современными методами, на фоне оперативного лечения спаечного процесса органов малого таза, в репродуктивной системе женщины сохраняются выраженные изменения: нарушения овуляции, недостаточность лютеиновой фазы, отсутствие прегравидарных изменений эндометрия, что требует соответствующей дальнейшей патогенетической терапии.

УДК 618.1-089:615.8

Колтунова А. М.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ГИНЕКОЛОГИИ

Научный руководитель: к. м. н., доц. Лисовская Т. В.

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Луганск, Луганская Народная Республика

Цель исследования. Изучение эффективности биоактивационной терапии в реабилитации после оперативных вмешательств в гинекологии.

Материалы и методы. Патогенетическим требованиям влияния на негативные последствия различных оперативных вмешательств в гинекологии, на наш взгляд, отвечает биоактивационная терапия. Методика была предложена и запатентована в 1997 году и с успехом применяется с целью лечения и реабилитации воспалительных процессов в гинекологии. Суть биоактивационной терапии состоит в том, что под воздействием биотоков малой интенсивности (в методике используются биотоки собственного организма) на фоне введения лекарственных средств активизируются адаптационные реакции местного и общего иммунитета. Кроме того, методика обладает антибактериальным эффектом за счет электродов, используемых при ее проведении.

Результаты исследования. Проведен анализ использования биоактивационной терапии у 178 женщин репродуктивного возраста. Из них реабилитация после оперативных вмешательств на придатках матки: по поводу внематочной беременности у 22 женщин, апоплексии яичников – 19, кистэктомии – 23. Спаечные процессы органов малого таза у 18 женщин, диагностические лапароскопии у 31. Оперативные вмешательства на матке: искусственные аборты у 28 пациенток (аборт при первой беременности), диагностические выскабливания полости матки у 19 нерожавших женщин, гистероскопии у 18. После проведения биоактивационной терапии симптомы воспалительного процесса купированы у 75,3% больных, физиологический менструальный цикл восстановлен у 69,5% больных, беременность на фоне вторичного бесплодия на фоне оперативных вмешательств наступила у 32,7% больных.

Выводы. За счет фармакологических характеристик медикаментозного и физиотерапевтического эффектов биоактивационной терапии данная методика является высокоэффективной и может применяться для реабилитации после проведенных операций на органах малого таза.

Патология вульвы: технологии диагностики и лечения в Луганской Народной Республике

Научный руководитель к.мед.н., доцент Удовика Н. А.

Кафедра акушерства и гинекологии

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г. Луганск

Актуальность. Многие женщины в своей жизни сталкивались с зудом в области наружных половых органов. Большинство этому не придают никакого значения, ссылаясь на то, что "само все пройдет". Но зачастую "само" не проходит и женщины вынуждены идти к гинекологу. Чаще всего зуд сопровождается воспалительными процессами - вульвит или вульвовагинит

Цель: обобщить опыт применения кровесберегающих технологий при лечении пациенток с аномальными маточными кровотечениями, приведшими к ЖДА тяжелой степени, в условиях локального вооруженного конфликта.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи нами ретроспективно на базе гинекологического отделения Центральной городской больницы шахты имени газеты Известия проведен анализ 15 историй болезни гинекологических больных за 2018-2020 год.

Результаты и их обсуждение. Возраст женщин:

До 40 лет - 1

45-55 лет - 4

55 лет и старше - 10

Средний возраст женщин составил 65 лет

Основная жалоба при поступлении:

1) "Нестерпимый" зуд в области вульвы, усиливающийся в ночное время и во время принятия горячих ванн.

2) Боли и кровоточивость в области наружных половых органов, как следствие расчесов.

Окончательный диагноз

Крауроз (дистрофия вульвы) - 11 женщин

Лейкоплакия - 2 женщины

Рак вульвы - 2 женщины

Медикаментозное лечение

При лейкоплакии вульвы и атрофии (дистрофии) вульвы лечение проводится комплексно и длительно, учитывая возраст и сопутствующие заболевания пациента.

В перечень лекарственных средств входит:

1) Панавир 0.002% гель- наносить на поврежденный участок тонким слоем в течение 8-24 недель от 1 до 3х раз в неделю

2) Цидофовир 1% гель - наносить на поврежденный участок тонким слоем в течени. 3 раза в неделю не более 24 недель

3) фторуроцил – 5% крем каждые 2 недели на пораженные участки курсом до 6 месяцев

4) альфа интерферон - гель каждые 8 часов в течении 8 недель

Задачи хирургического лечения

- 1) Радикализм вмешательства
- 2) Хорошие функциональные результаты
- 3) Удовлетворительный косметический эффект

Лечение данных патологий производится согласно: "КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ВУЛЬВЫ И ПРОМЕЖНОСТИ «РФ от «9» июня 2016 года

Выводы. В практике врача акушера гинеколога, невоспалительные заболевания вульвы стали встречаться все раньше и мы видим, что эта группа заболеваний имеет тенденцию к "омоложению" и все чаще встречается женщин репродуктивного периода.

Исходя из вышеперечисленной информации, мы должны отметить, что врачам и студентам медикам нужно активнее проводить пропаганду профилактических осмотров.

УДК 616.718.5-001.5:616.379-008.64-092.9

Мосягина Н. А.

ОСОБЕННОСТИ РОСТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ ПРИ ПОВТОРНОМ ПЕРЕЛОМЕ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Лузин В. И.

*Кафедра анатомии человека, оперативной хирургии и топографической анатомии
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. Переломы костей при остеопорозе, развивающемся на фоне сахарного диабета, представляют собой серьезную проблему как для травматологии и ортопедии, так и для специалистов терапевтического профиля. Повторные переломы даже на фоне полностью зажившего перелома могут оказывать крайне негативное влияние на состояние скелета в целом.

Цель: изучение особенностей роста большеберцовой кости при повторном переломе на фоне сахарного диабета 2 типа.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 84 крысах самках с исходной массой 155-160 г. Животные были разделены на 3 группы: 1 группа состояла из интактных животных, 2 группа состояла из животных, которым вначале наносился сквозной дефект диаметром 2 мм на границе дистального эпифиза и метафиза бедренной кости, а затем, по истечению 45 дней после операции животным наносился дефект на границе проксимального эпифиза и метафиза большеберцовой кости. Животным 3 группы производилось идентичные оперативные вмешательства после тридцатидневного нахождения на адипогенной диете, применение которой не прекращалось в течение всего эксперимента. Сроки наблюдения составляли 7, 15, 30 и 60 суток с момента нанесения дефекта в большеберцовой кости. По истечению сроков эксперимента животные выводились из эксперимента, большеберцовые кости выделялись и подготавливались для остеометрии.

Результаты и их обсуждение. У животных 2 группы отмечалось незначительное ускорение продольного роста, по сравнению с группой 1 на 7 сутки

наблюдения с угнетением темпов роста во все последующие сроки наблюдения. У животных 3 группы угнетение темпов роста особенно продольного отмечалось во все сроки эксперимента. Так, значения максимальной длины кости в период с 7 по 60 сутки были меньше значений группы 2 на 1,8%, 1,4%, 1,5% и 3,4% соответственно, а ширина диафиза на 7, 15, 30 и 60 сутки – на 7,3%, 9,4%, 0,74% и 6,2%, что свидетельствует об отсутствии сглаживания последствий повторного перелома на фоне сахарного диабета 2 типа. Это можно объяснить сочетанным влиянием диабета и повторного перелома кости.

Выводы. Нанесение дефекта в большеберцовую кость после заживления дефекта в бедренной кости на фоне сахарного диабета 2 типа приводит к значительному угнетению темпов роста большеберцовой кости. При этом восстановление темпов роста не наблюдается.

УДК 615.272:591.471.35:547.94

Назаренко В.С.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОГО ВЛИЯНИЯ МЕКСИДОЛА НА ОСТЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТАЗОВОЙ КОСТИ ПРИ ИЗБЫТОЧНОМ УПОТРЕБЛЕНИИ КОФЕИНА У КРЫС НА 90 СУТКИ

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Лузин В.И., асс. Мовенко А.В.

*Кафедра анатомии человека, топографической анатомии и
оперативной хирургии*

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

Актуальность. Энергетические напитки на основе кофеина стали популярны среди населения. А доза кофеина превышает в 3 или даже 5 раз выпитой чашки кофе (если учитывать, что в среднем в 1 энергетическом напитке содержится около 200 мг кофеина, а в 1 чашке кофе около 40 мг.).

Сохраняющаяся во всем мире в течение последних десятилетий тенденция к увеличению употребления кофеина привела к значительному увеличению числа кофеин-зависимых больных.

Костная ткань - отдельный вид соединительной ткани в организме, в которой постоянно происходят гомеостаз кальция, фосфора, карбоната, других микроэлементов, разрушения и регенерация.

Таким образом клетки, участвующие в восстановлении костной ткани, играют ключевую роль в формировании костей во время препубертатного и пубертатного периодов.

Проведено не так много исследований по влиянию кофеина и воздействию на костную ткань. Исследования по воздействию кофеина очень скудны.

Цель: установить изменения тазовой кости у не половозрелых крыс при длительном употреблении кофеина в избыточной дозе и коррекции мексидолом.

Материалы и методы. В эксперименте 18 крыс были разделены на 3 группы по 6 животных, на основании их средней массы тела 70-75 г, чтобы получить равномерное распределение. Первая группа получала дистиллированную воду, вторая

группа получала дистиллированную воду и кофеин, третья группа получала кофеин и мексидол.

Кофеин (Кофеин-бензоат натрия дарница р-р для инъекций) растворяли в дистиллированной воде из расчета 10 мл/кг, при концентрации кофеина 120 мг/кг. Доза рассчитывалась на основании данных предыдущих исследований и данных литературы. Вводили кофеин с помощью зондового питания для обеспечения полного потребления суточной дозы утром (с 08 до 10 часов утра).

Мексидол р-р для инъекций вводили подкожно при концентрации 50 мг/кг. Доза рассчитывалась на основании данных предыдущих исследований и данных литературы. Вводили мексидол утром (с 08 до 10 часов утра).

По окончании эксперимента животных декапитировали под эфирным наркозом, выделили тазовую кость. Провели остеометрию. Все цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием стандартных прикладных программ.

Результаты и их обсуждение. Максимальная длина тазовой кости во второй группе на 5,76% меньше от первой группы. У третьей группы больше на 2,21% от второй группы.

Максимальная ширина тазовой кости во второй группе на 3,06% меньше от первой группы. У третьей группы больше на 1,5% от второй группы.

Максимальная толщина тазовой кости во второй группе на 8,86% меньше от первой группы. У третьей группы больше на 1,6% от второй группы.

Исходя из полученных результатов, можно удостовериться, что кофеин заметно снижает рост костной ткани. Можно предположить, что при длительном, избыточном воздействии кофеина повышается уровень глюкокортикоидов. Гормон влияет на обмен кальция, снижается число и активность остеобластов, что приводит к снижению роста костей.

А, мексидол, в качестве корректора, влияет на рост костной ткани. Тем самым убирает вредное воздействие кофеина на костную систему.

Мексидол повышает активность СОД, модулирует активность кальцийне-зависимой фосфодиэстеразы, ацетилхолинэстеразы, аденилатциклазы, усиливает связывание с лигандами рецепторных комплексов (бензодиазепинового, ацетилхолинового, ГАМК), способствует транспорта нейромедиаторов, сохранению структурно-функциональной организации биомембран и улучшению синаптической передачи.

Выводы. Таким образом, мы показали, что кофеин имеет вредное воздействие на костную ткань при избыточном употреблении на протяжении 90 суток. Во второй группе эксперимента, кофеин уменьшает размеры тазовой кости, как в длину, так и в ширину, и толщину.

Корректор в качестве мексидола, препятствует этому вредному воздействию кофеина.

**ВЛИЯНИЕ ДЕФЕКТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ НА
МОРФОЛОГИЮ КОРЫ МОЗЖЕЧКА КРЫС СПУСТЯ 3 СУТОК ПОСЛЕ ЕГО
НАНЕСЕНИЯ**

**Научные руководители д-р мед. наук, проф. Лузин В.И., к. мед. наук, доц.
Чурилин О.А.**

*Кафедра анатомии человека, топографической анатомии и оперативной хирургии
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет» г. Луганск*

Актуальность. Как известно мозжечок координирует баланс и движения живых организмов, в частности, млекопитающих. Свою функцию мозжечок выполняет и после полученных травм, например, переломы костей скелета, корректируя свои функции. Однако строение мозжечка в доступной научной литературе после травм не описано.

Цель: выявление травматического воздействия на нейроны мозжечка животным наносился дефект в области большеберцовой кости. При этом результаты, приобретенные в эксперименте, сравнивались с гистологическим строением мозжечка контрольной группы.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 35 половозрелых белых беспородных крысах-самцах, полученных из вивария лабораторных животных. При проведении эксперимента были соблюдены функционирующие этические нормы при работе с подопытными животными. В условиях вивария животных содержали 60 суток, после наносили дефект в области большеберцовой кости. На 3 (63), 10 (70), 15 (75), 24 (84) и 45 (105) сутки крыс выводили из эксперимента. Гистологические срезы мозжечка выполнялись по стереотаксическому атласу Rexed во фронтальной плоскости через VI дольку мозжечка. Препараты, окрашенные гематоксилин-эозином, метиленовой и толуидиновой синью, исследовали морфометрически и морфологически. Для численного описания коры мозжечка использовались такие показатели: густота расположения нейроцитов молекулярного и гранулярного слоя, площадь поперечного сечения грушевидных клеток, нейронов молекулярного и гранулярного слоя, а также ширина молекулярного и гранулярного слоя. Для анализа были использованы методы вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. При микроскопии в молекулярном слое среди огромного числа неизмененных нейроцитов встречаются с разнообразными отклонениями от контроля. На гистологических препаратах указанной опытной группы, в сравнение с контрольной, уже на 3 сутки, у множества корзинчатых и звездчатых нейроцитов найдены следующие изменения обратимого характера, такие как набухание и гипохроматоз. Нередко обнаруживаются нервные клетки с явлениями острого набухания. Главными признаками острого набухания считаются: увеличение параметров перикариона, набухание оснований отростков, лизис базофильного вещества при ясной текстуре несильно увеличенного ядра. Нередко селективному или общему отеку подвержены основания отростков. Гипохромные нервные клетки содержат просветленное ядро и цитоплазму. Нейроплазма при окрашивании по Нисслю получает светло-голубой цвет и однородный вид. Параметры нейронов возрастают, они незначительно округляются, их отростки утолщаются и делаются

зримыми на существенном расстоянии от перикариона. Ядро незначительно увеличивается в размере, иногда удерживает эксцентричное положение, нечасто делается несколько гиперхромным и способно содержать базофильные зерна.

Результаты, приобретенные на основании гистологического обследования, подтверждаются результатами сравнительного анализа. Последний представил, что в экспериментальной группе животных по сравнению с контрольной на 3 сутки в молекулярном слое, со стороны корзинчатых нейронов происходит уменьшение их плотности с $130 \pm 3,25$ до $100,54 \pm 2,514^*$ ($t = 7,170$; $P < 0,05$), то есть изменения носят статистически достоверный характер.

На гистологических препаратах гранулярного слоя в экспериментальной группе на 3 день у нейронов обнаружены изменения обратимого типа: набухание и гипохроматоз. Зачастую определяются нервные клетки с явлениями острого набухания, для которых характерно нарастание параметров клеточного тела, набухание оснований отростков, постепенный лизис тигроида при четкой структуре несколько увеличенного ядра. Отеку часто подвержены основания отростков. Цитоплазма гипохромных нейронов при окрашивании по Нисслю содержит просветленное ядро, а цитоплазму принимает светло-голубую окраску и гомогенный вид. Нервные клетки увеличиваются, их тела несколько округляются, отростки утолщаются и становятся видимыми на значительном расстоянии от перикариона. Ядро локализовано эксцентрично, незначительно возрастает в объеме, становится несколько гиперхромным и способно включать базофильные зерна.

Вариационный анализ продемонстрировал, что в опытной группе животных по сопоставлению с контрольной на 3 сутки в гранулярном слое, со стороны зернистых нейронов происходит статистически достоверное уменьшение их плотности с $2210,33 \pm 55,258$ до $1960,12 \pm 49,003^*$ ($t = 3,388$; $P < 0,05$).

Микроскопическое исследование клеток Пуркинье опытной группы после нанесения дефекта, уже на 3 сутки выявило изменения у нейроцитов в виде гипохроматоза и острого набухания. Клетки Пуркинье с явлениями острого набухания имеют увеличение параметров перикариона, набухание оснований отростков, селективный лизис базофильного вещества, увеличенное ядро с четкими контурами. Гипохромные нервные клетки содержат просветленное ядро и цитоплазму. При окрашивании по Нисслю нейрорплазма клеток Пуркинье получает светло-голубой цвет и однородный вид. Параметры нейронов возрастают, они незначительно округляются, их отростки утолщаются и делаются зримыми на существенном расстоянии от перикариона. Ядро незначительно увеличено, с базофильными зернами в кариоплазме, иногда расположено эксцентрично.

Статистический анализ данных показал, что по сравнению с контрольными числами на 3 сутки в слое клеток Пуркинье, со стороны нейронов происходит статистически значимое уменьшение плотности с $30,98 \pm 0,775$ до $27,92 \pm 0,698^*$ ($t = 2,934$; $P < 0,05$), и увеличение площади клеток Пуркинь с $196,32 \pm 4,908$ по $214,07 \pm 5,352^*$ ($t = 2,444$; $P < 0,05$).

Выводы. Нанесение дефекта в области большеберцовой кости у половозрелых животных на 3 сутки эксперимента вызывало полиморфные неспецифические изменения нейронов. Преобладающий тип изменений в данный период – гипохромное окрашивание, явления острого набухания, эктопия ядра и ядрышек.

Морфометрические статистически значимые изменения выявлены в показателях плотности и площади нервных клеток.

УДК 616.98-036.21:616.8-057.875

Морозова О. К., Шибинская А. А.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID – 19 НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ РАБОТАЮЩИХ СТУДЕНТОВ

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. Шатохина Я.П.

Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицинской помощи

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

Актуальность. Новая коронавирусная инфекция является поводом для значительной озабоченности среди медицинской общественности. Особую актуальность после пандемии Covid–19, когда медицинский персонал вынужден работать в условиях экстремальной нагрузки и повышенной угрозы заражения, стресса и неопределенности, приобретает риск развития стрессовых расстройств, профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации. Практически все факторы рабочего стресса, которому могут быть подвержены студенты, связанные с постоянным широким общением, вызывают состояние психической напряженности - дистрессового состояния или вредного стресса, по терминологии Г. Селье.

Цель: определить степень нервного напряжения, личностной и ситуативной тревожности у студентов, совмещающих получение высшего медицинского образования в формате дистанционного обучения и трудовую деятельность в ЛПУ, во время пандемии Covid – 19.

Материалы и методы. Степень выраженности нервно-психического напряжения и уровня тревожности был изучен у 25 студентов, совмещающих учебный процесс в вузе и трудовую деятельность в практическом здравоохранении, с использованием опросника Т.А. Немчина и шкалы Спилбергера-Ханина. «Опросник нервно-психического напряжения Т.А. Немчин» представляет собой перечень 30 основных признаков нервно-психического напряжения, составленный по данным клинико-психологического наблюдения, разделенных на три степени выраженности. «Шкала тревоги. Тест на тревожность Спилбергера-Ханина» представляет собой шкалу самооценки определения личностной и ситуативной тревожности, которая определяется типом высшей нервной деятельности, темпераментом, характером, воспитанием и приобретенными стратегиями реагирования на текущие волнения.

Результаты и их обсуждение. Согласно результатам исследования показателей опросника Т.А. Немчина у студентов, совмещающих обучение и трудовую деятельность, отмечается слабое нервно-психическое напряжение (30-50 баллов) у 22 респондентов (88%) и умеренное (51 – 70 баллов) у 3 респондентов (12%).

Анализ самооценки шкалы Спилбергера-Ханина показывает, что в 100% у студентов, совмещающих учебу и работу, выявлена низкая (до 30 баллов) ситуативная тревожность (СТ). При этом, в 76% выявлен средний уровень (31- 45 баллов) личностной тревожности (ЛТ); высокий (46 баллов и больше) –20%; и в 4% низкий (меньше 30 баллов).

Выводы. Таким образом, проведенная нами работа позволила выявить начинающееся перенапряжение регуляторных систем организма легкой степени у 88% студентов, совмещающих получение высшего медицинского образования в формате дистанционного обучения и трудовую деятельность в ЛПУ, во время пандемии Covid – 19. Однако сравнение различных опросников, показало, что уровень нервно-психического напряжения достаточно слабый. СТ, которая зависит от текущих проблем и переживаний, находится на низком уровне, да и ЛТ, которая определяется приобретенными стратегиями реагирования на внешние факторы, также - пределах средних значений. Т.е., нормальная деятельность человека может вызвать значительный стресс, не причинив при этом вреда организму. Более того, умеренный стресс мобилизуют защитные силы организма и, оказывают тренирующий эффект, переводя организм на новый уровень адаптации.

УДК 159.942:614.253:616-036.21

Халимова А. П., Гончарова А. А.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-2019**

**Научные руководители канд. мед. наук, доц. Никонова Е. М.,
ассист. Шатохина Я. П.**

Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицинской помощи.

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

Актуальность. Профессия медработника накладывает свой психологический отпечаток на личность человека, по-своему «деформируя» ее в ущерб общей гармонии, так, как включает постоянный контакт с людьми и большую эмоциональную насыщенность. В условиях пандемии COVID-19 медицинский персонал вынужден работать в условиях экстремальной нагрузки и повышенной угрозы заражения. Условия работы нередко становятся причиной возникновения синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Согласно современным данным, под «психическим выгоранием» понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы. Этот синдром включает в себя три основные составляющие: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений.

По данным литературы, у 61% врачей обнаруживаются высокий уровень эмоционального выгорания, при этом 25% находятся еще на средней стадии эмоционального выгорания, и лишь у 14% низкий уровень эмоционального выгорания.

Цель исследования: на основании литературных данных, составить план мероприятий по профилактике и коррекции синдрома эмоционального выгорания.

Материалы и методы. Материалами исследования послужили печатные работы в периодических изданиях и соцсетях по интересующей нас теме «синдром эмоционального выгорания». Интерпретация результатов основывается на качественно-количественном анализе, который проводился путем сравнения эффективности различных методов борьбы со стрессом.

Результаты и их обсуждение. Согласно источникам литературы, в период пандемии COVID-19, чрезвычайно важно проведение мероприятий по психологической разгрузке, обеспечению персонала средствами защиты, снижению уровня физического дискомфорта, связанного с использованием средств индивидуальной защиты и нехваткой сна, объяснения персоналу смысла всех предпринимаемых мер и решений, а также коллегиального обсуждения организации работы.

В ходе исследования были рассмотрены и предложенные следующие методы преодоления СЭВ: 1) Методика листка бумаги; 2) Методики визуализаций; 3) Методики психосоматики; 4) Методика разговора самим с собой.

При этом, качество поддержки со стороны близких, коллег и администрации способствует сохранению у медицинского персонала чувства значимости своей профессии и самоуважения к себе как профессионалу.

При анализе наиболее частых причин СЭВ, нами были созданы рекомендации по коррекции режима дня медицинского работника, оформленные должным образом в виде «Памятки»:

- Улыбайтесь себе в зеркало и как можно чаще хвалите себя.
- Разнообразьте ваш день ярким фруктом: большое красное яблоко, желтый банан, оранжевый апельсин
- Организуйте свое рабочее место: любимая музыка, живой уголок, живые цветы.
- Больше общайтесь с коллегами, друзьями, родными.
- Учитесь разделять дом и работу. Не перегружайте себя.
- Найдите себе новое хобби. Попробуйте заняться тем, о чем давно мечтали.
- Организуйте свой досуг. Занимайтесь спортом. Прогулки на свежем воздухе.
- В стрессовой ситуации используйте знакомые вам методики психологической коррекции.

Выводы. В связи с эпидемией COVID-19 деятельность медицинских работников проходит в экстремальных условиях. Специалисты переносят чрезвычайные физические и эмоциональные нагрузки, которые так или иначе влияют на работоспособность и качество выполняемой работы. Безусловно, в этот период значительно возрастает риск развития эмоционального (профессионального) выгорания. Однако, разработанный план по коррекции рабочего дня помогает снизить стрессовую нагрузку на организм, а качественной профилактикой СЭВ, служат предложенные методики.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ*Научные руководители: к. мед. наук, доц. Петизина О.Н.**Кафедра госпитальной терапии и профпатологии***ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ****УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ, г.Луганск**

Актуальность. За последние годы во многих странах с развитой промышленностью отмечается увеличение числа больных профессиональными заболеваниями кожи. Это объясняется ходом научно-технической революции, интенсивным ростом промышленности, вообще, и химической в частности, широкой химизацией многих отраслей народного хозяйства, постоянным внедрением в практику все новых химических веществ, из которых многие обладают первично-раздражающими и сенсибилизирующими свойствами.

Цель: Целью работы было изучить заболеваемость населения профессиональными заболеваниями кожи, статистику временной нетрудоспособности в связи с профессиональными заболеваниями, структуру профессиональной заболеваемости кожи и современные аспекты предрасположенности к развитию заболевания кожи.

Материалы и методы. Материалами и методами в данной работе выступали пациенты и статистические данные различных заболеваний кожи в профессиональной деятельности. Для оценки и сравнения результатов прилагались различные таблицы и диаграммы, в которых в процентном и количественном соотношении можно было сравнить прирост или спад больных пациентов с конкретными патологическими процессами кожи.

Результаты и их обсуждение. В официальной структуре профессиональной заболеваемости работников Российской Федерации все профессиональные аллергические заболевания занимают незначительное место (2—2,5%), в то время как их распространенность во всем мире достаточно высока (5—15%).

Несмотря на многочисленные исследования, этиология и патогенез профаллергодерматозов во многом еще остаются неясными, однако очевидным является то, что кроме влияния внешних факторов, обуславливающих их развитие, важное значение имеет генетическая составляющая. Именно нарушения в генетическом аппарате, скорее всего, и запускают патологический воспалительный процесс в коже. Показано, что особенно высокие показатели генетической предрасположенности к профаллергии отмечаются у пациентов с атопическим дерматитом.

Одним из генов, контролирующим барьерную функцию кожи, является ген FLG (filaggrin), расположенный в хромосоме 1, locus q21.3. Изменения в данном гене вызывают развитие ряда заболеваний, связанных с нарушением барьерной функции кожи (атопический дерматит, ихтиоз, экзема).

Данный ген кодирует белок профилагрин (филамент-агрегирующий белок), который является предшественником и позже разрезается протеазами на мономеры филагтрина, каждый из которых состоит из 324 аминокислот массой 37 кДа.

Профилагрин входит в состав кератогиалиновых гранул кератиноцитов гранулярного слоя эпителия и выполняет одну из ключевых функций в дифференцировке кератиноцитов и превращении их в ороговевшие чешуйки.

Филаггрин связывается с цитоскелетом кератиноцитов и участвует в формировании кожного барьера. Кроме того, белок филаггрин после распада на гидрофильные аминокислоты участвует в поддержании водного баланса кожи.

Мутации в гене филаггрина ассоциированы с повышенной сенсibilизацией. Было показано, что повышение проницаемости кожного барьера для аллергенов обуславливает избыточную активацию Т-хелперов 2 типа, аллергическую сенсibilизацию и переключение классов иммуноглобулинов на IgE при профатопическом дерматите и бронхиальной астме. Помимо этого, мутации в гене филаггрина приводят к снижению содержания натурального увлажняющего фактора -NMF- в коже и повышенной трансэпидермальной потере воды.

У больных профессиональными аллергодерматозами в сравнении с популяционным контролем выявлены достоверные повышения частоты встречаемости генов цитокинов: ИЛ 4 C589T, ИЛ10 C819T, ИЛ10 G1082A, ИЛ10 C592A, TNF G308A и частоты встречаемости мутации в гене филаггрина.

Профессиональные поверхностные микозы кожи в настоящее время становятся значимой междисциплинарной проблемой. Они встречаются в практике специалистов различного профиля. Общеизвестно, что микозы отягощают течение различных соматических заболеваний и даже способствуют хронизации основного патологического процесса.

По данным эпидемиологических исследований частота встречаемости грибковых заболеваний среди трудоспособного населения составляет от 20 до 42 %, на микозы приходится 37-42 % от всех болезней кожи, микозы стоп (включая онихомикоз) занимают первое место среди грибковых заболеваний.

Профессиональные грибковые поражения кожи играют провоцирующую роль в патогенезе ряда патологических состояний, отчасти создают благоприятный фон для развития дерматозов аллергической природы.

Исследования показали, что у 48% лиц профессиональные аллергодерматозы сочетались с микозами различной локализации. При этом у этих больных отмечались более частые обострения аллергодерматоза, торпидность проводимой терапии, сокращение сроков возникновения профаллергодерматозов от начала работы в среднем в 2 раза, отсутствие эффективности реабилитации, даже при условии исключения контакта с профессиональными этиологическими факторами.

Выводы. В результате исследования профессиональные заболевания кожи в структуре заболеваемости занимают 7 место.

В структуре исследованных заболеваний профессиональные заболевания кожи приводят к значительной утрате трудоспособности по данным статистического сборника 2019 г. Федеральной службы государственной статистики. Исходя из этого необходимо усилить меры профилактики возникновения данной патологии.

В структуре профессиональных заболеваний кожи ведущей нозологической формой является экзема.

Именно нарушения в генетическом аппарате, и запускают патологический воспалительный процесс в коже, который является триггером к возникновению профессиональных заболеваний кожи.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ

Научные руководители: к. мед. наук, доц. Сухоплюева Н. И.

*Кафедра госпитальной терапии и профпатологии
ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ, г. Луганск*

Актуальность: в индустриальное время, создан высокий риск развития заболеваний органа зрения, который связан с воздействием профессиональных факторов. При отравлении промышленными ядами, изменения в глазах являются одним из сопутствующих симптомов.

Довольно быстрое развитие промышленности, транспорта, строительства и сельского хозяйства создает потенциальные риски для возникновения заболеваний органа зрения, связанных с профессиональными факторами.

Цель: изучить информацию о профессиональных заболеваниях глаз, частоту обращений на проблемы с органами зрения и взаимосвязь с условиями работы.

Результаты и их обсуждение: работа в условиях воздействия химических веществ, обладающих гипераллергенным действием, может приводить к развитию профессионального аллергического конъюнктивита. Данное заболевание возникает при выполнении работ, связанных с воздействием аллергенов в абсолютно различных отраслях промышленности.

У людей, работающих в контакте с локальной или общей вибрацией, наиболее часто возникают жалобы на ухудшение зрения, особенно при выполнении работы, требующей напряжения аккомодации, чувство «песка в глазах», покраснение глаз и слезотечение. Для вибрационных поражений характерны неравномерность калибра сосудов, их извитость, ампулообразные расширения вен, образование микроаневризм, появление мелких геморрагий.

Исходя из изученных данных следует, что любой из видов выполняемой работы, может привести к заболеваниям органов зрения. Следует строго следовать инструкциям и технике безопасности на рабочем месте, что в свою очередь снижает риск развития профессионального заболевания глаз.

Выводы: трудоспособность лиц с заболеваниями и повреждениями органа зрения может быть нарушена временно или постоянно. Временным нарушением трудоспособности считается такое состояние, когда нарушения зрительной функции, препятствующие профессиональному труду, имеют обратимый характер. Если же изменения не обратимые, поднимается вопрос о присвоении группы инвалидности.

Помимо установления обратимости изменения и группы инвалидности, следует определить трудовые рекомендации, соответствующие функциональным возможностям, учитывая характер заболевания. При определении трудовых рекомендаций нужно установить основные противопоказания, ограждающие больного от недопустимых видов и условий труда.

**ФОСФОГЛИВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО
ГЕПАТИТА С В СОЧЕТАНИИ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ПЕЧЕНИ***Научный руководитель к. мед. наук, доц. Дорошенко Т.В.**Кафедра госпитальной терапии и профпатологии
ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ, г. Луганск*

Актуальность. Хронический гепатит С (ХГС) является актуальной проблемой как отечественного, так и мирового здравоохранения. Это связано, прежде всего, с высокой распространенностью данной нозологии, резистентностью к противовирусным препаратам, значительной частотой тяжелых побочных реакций противовирусной терапии, высокой стоимостью лечения при отсутствии государственного финансирования. А сочетание вирусного гепатита и неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) приобретает особую медико-социальную значимость, из-за высокой распространенности, тяжелого клинического течения, раннего возникновения осложнений, высокого уровня смертности в сравнении с изолированным поражением печени вирусного или алкогольного генеза, а также более частого развития первичного рака печени. Сочетание HCV-инфекции и употребление алкоголя в значительной мере утяжеляет поражение печени и требует дифференцированной своевременной патогенетической терапии. Препарат Фосфоглив (фосфатидилхолин + глицирризиновая кислота) объединяет в себе свойства гепатопротектора и противовирусного препарата.

Цель: Оценить эффективность и безопасность препарата «Фосфоглив» в составе комбинированной терапии у больных хроническим гепатитом С (ХГС) в сочетании с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП), не получающих противовирусную терапию (ПВТ).

Материалы и методы. Были проанализированы истории болезней 28 пациентов (26 мужчин и 2 женщины), которые проходили курс стационарного лечения в гастроэнтерологическом отделении ЛРКБ, в возрасте от 28 до 57 лет с диагнозом ХГС в сочетании с НАЖБП, верифицированным лабораторными и инструментальными методами. Все больные были разделены на 2 группы. Пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, полу, клинико-лабораторным показателям. Больные I группы (14 человек) получали фосфоглив на фоне стандартной терапии, сначала внутривенно по 5,0 г (2 флакона) 3 раза в неделю в течение 2 недель, затем - фосфоглив форте по 2 капсуле 3 раза в день до 1 месяца. Больным II группы (14 человек) фосфоглив не назначали, они получали стандартную терапию гепатопротекторами (гептрал, эссенциале, карсил), дезинтоксикационную терапию. Проводили анализ данных клинической картины, показателей функции печени, углеводного и липидного обменов, вирусологической нагрузки, выполняли УЗИ гепатобилиарной системы, эластометрию. Биопсия не проводилась. В исследование включались пациенты с различными генотипами вируса. Клинический эффект оценивался 2-ой и 4-ой неделе исследования.

Результаты и их обсуждение. Анализ клинической симптоматики показал, что у больных I группы достоверно быстрее, по сравнению со II группой, исчезала тошнота: на $6,5 \pm 1,2$ и $12 \pm 2,0$ день. В I группе отмечали улучшение аппетита через $5 \pm 1,6$ дня, а у пациентов II группы – через 11 ± 1 дней. Астено-вегетативный синдром уменьшился или исчез у пациентов I группы через 15 ± 2 дней, а во II группе через 20 ± 4 дня. Ранний устойчивый биохимический ответ проявлялся достоверным снижением уровня АлАТ, АсАТ на $\geq 50\%$ уже на 2-й неделе терапии в I группе, тогда как во II группе снижение АлАТ, АсАТ заняло более 30 ± 6 дней. Достоверно снизилась активность АсАТ — с $175,8 \pm 14,6$ до $52,5 \pm 7,5$ ед/л в, АлАТ — с $164,9 \pm 17,4$ до $38,3 \pm 6,4$ ед/л. Уровень общего билирубина у больных I группы снизился с $64,4 \pm 12,5$ мкмоль/л до $28,3 \pm 4,6$ мкмоль/л, а во II группе с $58,8 \pm 5,9$ мкмоль/л до $34,3 \pm 4,7$ мкмоль/л. Темп снижения общего билирубина в I группе был в 1,4 раза быстрее, чем во II группе. Снижение вирусной нагрузки в I группе зарегистрировано у 8 больных на 30%, у 4 пациентов – на 65%, у 2 пациентов – на 16% на 8 неделе исследования, тогда как во II группе не было зафиксировано никаких изменений. Ни один пациент не выбыл из исследования из-за развития нежелательных реакций, которые можно было бы связать с исследуемым препаратом.

Выводы. Таким образом, фосфоглив обладает высокой эффективностью у пациентов с ХГС в сочетании с алкогольной болезнью печени (АБП) и может быть рекомендован для включения в схему лечения пациентов с ХГС в сочетании с АБП.

УДК 616.9:316.32

Агеева Д. В.

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Научный руководитель д-р. мед. наук, профессор. Соцкая Я. А.

*Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии имени В. М. Фролова
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», г. Луганск*

Актуальность. Медико-социальная важность менингококковой инфекции (МИ) определяется в первую очередь поражением детей и подростков, высокой смертностью, и большой долей инвалидизации после перенесенной болезни: умственная неполноценность, глухота, потеря конечностей и др.

Изменяющийся серогрупповой пейзаж с увеличением частоты новых высокопатогенных штаммов, таких как *Neisseria meningitidis* серогруппы W в комплексе с возрастающей антибиотикорезистентностью микроорганизма требуют поиска современных методов диагностики и терапии менингококковой инфекции. Лечение заболевания, учитывая расходы на реабилитацию переболевших и их социальную адаптацию, требует значительных экономических затрат. Принимая во внимание тяжелый характер течения и плачевность последствий МИ, даже небольшая заболеваемость имеет важную медицинскую, экономическую и социальную значимость.

Цель: Выяснить медико-социальные проблемы менингококковой инфекции для дальнейшего предотвращения описанных проблем.

Материалы и методы. Анализ статистических данных, анализ научной литературы, изучение клинических случаев, обобщение, выводы.

Результаты и их обсуждения. Основные моменты медико-социальной значимости МИ:

1. Заболеваемость и смертность.

Заболеваемость МИ в 2018 году 0,7 на 100 тыс. населения, а в 2019 г. – 0,74 на 100 тыс. населения, среди детей до 17 лет – 2,12. По показателю смертности МИ занимает в Российской Федерации 3-е место среди инфекционных заболеваний. Среди детской смертности МИ занимает 2-е место в Российской Федерации.

Есть характерная цикличность с эпидемическим ростом в среднем раз в 20-30 лет. Эта закономерность даёт возможность предположить, что отмечающееся за последние годы возрастание числа заболевших является началом еще одного периодического эпидемического подъема МИ в ближайшее время.

2. Снижение настороженности к МИ и поздняя госпитализация.

Достаточно редкая частота встречаемости МИ привела к снижению настороженности медицинских работников по отношению к этому заболеванию, что в некоторых случаях является фактором поздней госпитализации и результатом развития и прогрессирования тяжелого инфекционно-токсического шока, а также безуспешности реанимационных мероприятий. Анализ летальных исходов за предшествующий период доказывает, что среди причин, влекущих за собой летальный исход, как прежде лидируют поздняя диагностика, преуменьшение тяжести состояния и несоответствие лечения на догоспитальном этапе.

3. Фульминантные формы генерализованной МИ.

Клинический случай: Больная Н., 8 месяцев заболела 01.11 в 22:00 — $T=39,1^{\circ}\text{C}$, беспокойство. Родители самостоятельно дали Нурофен, температура понизилась до $37,2^{\circ}\text{C}$. В 5:00 родителей разбудил пронзительный крик ребенка. Они обнаружили на коже сыпь по типу «синячков». Вызвали скорую медицинскую помощь. В 5:40 девочка была осмотрена врачом СМП. Был установлен диагноз: Генерализованная МИ, менингококцемия, септический шок. Вызвана реанимационная бригада. На догоспитальном этапе проводилась инфузионная терапия через внутрикостный доступ, глюкокортикоиды, интубация трахеи, перевод на ИВЛ.

Госпитализирована в ОРИТ в 7:50 02.11. При поступлении состояние крайней степени тяжести за счет рефрактерного синдрома полиорганной недостаточности и септического шока.

ОАК: $\text{Hb}=77\text{г/л}$, $\text{Лейк.}=17,1\times10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до метамиелоцитов, $\text{Тр.}=150\times10^9/\text{л}$. БАК: ПКТ — 122, гипопротейнемия, гипоальбуминемия. В крови методом ПЦР — ДНК *N. meningitidis*.

На УЗИ: В проекции надпочечников массивные кровоизлияния: кистозно-солидные образования овоидной формы с четкими контурами размером $5,4\times4,0\text{ мм}$, с неоднородным анэхогенным содержимым в середине и гиперэхогенным ободком по периферии без признаков кровотока.

Лечение

- ИВЛ, медикаментозная кома;
- Инотропная и вазопрессорная поддержка;
- Антибактериальная терапия;
- Иммунозаместительная терапия (пентаглобин);

- Заместительная терапия минералокортикоидами (гидрокортизон);
- Ингибиторы протонной помпы;
- Инфузионная поддержка, коррекция метаболических нарушений.

Несмотря на осуществлявшееся лечение, наблюдалась нарастающая брадикардия с последующими остановками кровообращения и в 11:20 02.11 констатирован летальный исход.

Длительность заболевания 13 часов 20 минут, из них 5 часов 40 минут — реанимационные мероприятия.

4. Появление новых гипервирулентных штаммов МИ.

В последнее время наблюдается явная склонность к модификации серогрупповой картины МИ и возрастанию числа случаев заболеваний, вызванных сравнительно редкими штаммами. Так, процент случаев заболеваний, вызванных *N. meningitidis* серогруппы W в РФ, составила в 2018 году уже 8,4%, а возрастание заболеваемости этим штаммом составил более чем 30% за 2 года.

5. Дорогостоящее лечение.

Стоимость оказания лечения и реабилитации одного больного с гипертоксической формой менингококковой инфекции доходит до 450–500 тыс. рублей. В сумме стоимость лечения пациента с генерализованной формой МИ с использованием экстракорпоральных методов терапии составляет 22 млн рублей на одного пациента.

6. Инвалидизация.

У детей, переболевших генерализованной формой МИ, в дальнейшем, в 15%–20% случаев наблюдаются невротические заболевания и диэнцефальные патологии, у 10% детей, перенесших ГФМИ в раннем возрасте, обнаруживаются признаки задержки психомоторного и речевого развития, расстройства слуха имеют 2%, эпилепсию — 1% переболевших. Последующие хирургические вмешательства, ортопедическое лечение, протезирование после ампутации конечностей в связи с перенесенной генерализованной формой МИ, необходимо в 0,3% случаев.

Выводы. Исходя из вышеизложенных аспектов медико-социальной значимости менингококковой инфекции, можно сделать вывод, что наиболее эффективной мерой борьбы с данными проблемами является массовая иммунизация детей и подростков с использованием современных четырехвалентных (A, C, W, Y) вакцин. Вакцинация от менингококковой инфекции снизит уровень заболеваемости, процент инвалидизации и летальности и уменьшит социально-экономическую нагрузку на социум, что доказывается опытом большинства стран.

Андриянова О. А., Ковалев В. Б., Ковалева И. С., Литвинова О. Н.
**ДИАГНОСТИКА НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ:
АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19**

Научный руководитель к. мед. н., доцент Ковалев В.Б.
Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
им. Святителя Луки», г. Луганск

Актуальность. Эпидемия COVID-19 («coronavirus disease 2019») на данный момент вошла в историю как чрезвычайная ситуация мирового значения. Медикам еще только предстоит изучение особенностей этой эпидемии, извлечь уроки, проанализировать недостатки обеспечения биологической безопасности населения. Ясно, что новые вирусы будут появляться, это неотъемлемая часть нашего мира. Люди должны научиться противостоять этим угрозам, быстро выявлять данное заболевание, и так же скоро оказывать необходимую медицинскую помощь.

Цель: ознакомиться с методами диагностики новой коронавирусной инфекции. Изучить алгоритм обследования людей с подозрением на COVID-19, провести дифференциальную диагностику COVID-19.

Материалы и методы. Изучение медицинской документации (Временные методические рекомендации, 10-я версия (08.02.2021); клинические протоколы). Был проведен анализ и структуризация полученного материала.

Результаты и их обсуждение. При наличии факторов, свидетельствующих о случае, подозрительном на COVID-19, пациентам вне зависимости от вида оказания медицинской помощи проводится комплекс клинического обследования для определения степени тяжести состояния, включающий сбор анамнеза, физикальное обследование, исследование диагностического материала с применением МАНК, пульсоксиметрию. По результатам проведенного комплекса клинического обследования решается вопрос о виде оказания медицинской помощи и объеме дополнительного обследования. Диагноз устанавливается на основании клинического обследования, данных эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторных исследований.

Выводы. Проведенный обзор научной литературы, позволяет четко сформулировать алгоритм обследования при подозрении на COVID-19, мы получили четкое представление о всех методах диагностики новой коронавирусной инфекции, использование МАНК для исследования биологического материала, пульсоксиметрию, для выявления дыхательной недостаточности, а также методы рентгенологической и другой визуализации патологического процесса в легких.

Антонов К. А., Водопьянова А. А., Ковалева И. С., Ковалев В. Б.
**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ
КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ: ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ,
МАРШРУТИЗАЦИИ, ПОНЯТИЕ О ШКАЛЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ
МАРШРУТИЗАЦИИ**

*Научный руководитель к. мед. н., доцент Ковалева И. С.
Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
им. Святителя Луки», г. Луганск*

Актуальность. Реабилитация представляет важное звено в современной медицине, она способствует улучшению качества жизни и восстанавливает или приближает человека к состоянию, которое было до заболевания. Реабилитация пациентов с COVID-19 предотвращает развитие отдаленных осложнений. На данный момент в медицинском сообществе обсуждаются современные подходы к реабилитации пациентов с использованием актуальной в нынешнее время online-средств телемедицины.

Цель: ознакомиться с медицинской реабилитацией пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Изучить принципы организации, маршрутизации, понятие о шкале реабилитационной маршрутизации.

Материалы и методы. Исследование медицинской документации (Временные методические рекомендации, 10-я версия (08.02.2021); клинические протоколы). После изученного материала проведен его анализ и структуризация.

Результаты и их обсуждение. Медицинская реабилитация у пациентов с коронавирусной инфекцией проводится в 3 этапа в соответствии с тяжестью состояния к моменту выписки пациента из отделения первичной неотложной медицинской помощи и проводится исходя из шкалы реабилитационной маршрутизации.

Пациент, которому провели мероприятия по медицинской реабилитации на любом из этапов и имеющий оценку состояния здоровья и ограничений жизнедеятельности (функции и структуры организма, активности и участия пациента) согласно ШРМ 0- 1 балла (отсутствуют значимые нарушения жизнедеятельности, несмотря на имеющиеся симптомы заболевания), не нуждается в продолжении медицинской реабилитации.

Пациент, которому провели мероприятия по медреабилитации на первом и/или втором этапах со значениями ШРМ 2- 3 балла (легкое или умеренное ограничение жизнедеятельности: пациент может проживать дома без посторонней помощи более 1 дня- недели) - показано направление на третий этап медицинской реабилитации.

Пациент, которому провели мероприятия по медреабилитации на первом этапе и имеющий значения ШРМ 4- 5 баллов (выраженное или грубое ограничение жизнедеятельности: пациент способен проживать самостоятельно до суток или нуждается в уходе постоянно- и днем, и ночью,- не может быть оставлен один дома без посторонней помощи) - показано направление на второй этап медицинской реабилитации.

Пациент, которому провели оценку состояния здоровья и значение согласно ШРМ 6 баллов- отображает неблагоприятный прогноз. У пациента имеются необратимые осложнения болезни, возможен высокий риск ухудшения состояния, при этом

вероятность выздоровления- низкая. Такие пациенты направляются в отделения реанимации, в которых есть возможность постоянно контролировать показатели функций организма. Так как пациенты не способны самостоятельно принимать пищу, при отсутствии ухода им грозит гибель от истощения. Для предотвращения этого, проводится питание через зонд или внутривенно. Так же, в отделении реанимации имеются все условия для оказания экстренной медицинской помощи, которая может потребоваться пациенту в любой момент.

Выводы. Пациентам с COVID-19 необходима в изоляция на период 14-ти дней после выписки с этапа первичной медицинской помощи. На данном этапе возможно проведения занятий для пациентов дистанционно с применением технологий телемедицины. По окончании периода изоляции пациентам для дальнейшей медицинской реабилитации рекомендовано направление в учреждения первого, второго или третьего этапа, в соответствии со шкалой реабилитационной маршрутизации.

Медицинскую помощь по медицинской реабилитации в специализированных отделениях медицинской реабилитации у пациентов вследствие новой коронавирусной инфекции COVID-19 рекомендуется оказывать и напрямую в отделениях, и дистанционно с использованием технологий телемедицины, применяя аудио и видеоматериалы.

Рекомендуется, по возможности, заменить третий этап реабилитации пациентов с COVID- 19 в условиях дневного стационара и/или амбулаторной медицинской организации на дистанционные занятия с использованием информационных и телемедицинских технологий.

УДК 615.8 : 616.98

Донцов С. О., Литвинова О. Н., Ковалева И. С., Ковалев В. Б.
АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЙ ЭТАП МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ
КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Научный руководитель ассистент Литвинова О. Н.
Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
им. Святителя Луки», г. Луганск

Актуальность. В настоящий момент в мире сложилась ситуация, при которой достоверной профессиональной информации об оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации пациентам с COVID-19 недостаточно, так как это заболевание является новым. Учитывая необычность самой ситуации пандемии и особенности патогенеза заболевания, вызванного SARS-CoV-2, шаблонное применение общепринятых методов реабилитации после перенесенных респираторных заболеваний может быть небезопасным или неэффективным.

Цель: Ознакомление с методами реабилитации больных новой коронавирусной инфекцией на поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. В работе были использованы литературные источники ведущих научных медицинских изданий РФ, временные методические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции от

08.02.2021, а также методические рекомендации по медицинской реабилитации больных с новой коронавирусной инфекцией от 31.07.20 г., интернет-ресурсы и статистические данные по обсуждаемой проблеме лечебно-профилактических учреждений ЛНР.

Результаты и их обсуждение. Учитывая распространенность коронавирусной инфекции, продолжительность лечения в специализированном стационаре и стационаре медицинской реабилитации, длительное вирусоносительство и выраженное снижение функций организма, значительно ограничивающее активность и участие пациента с COVID, рекомендуется, на сколько возможно, проводить мероприятия по медицинской реабилитации 3 этапа дистанционно с использованием телемедицинских технологий. Рекомендовано ограничить число процедур, для которых необходимо посещение пациентом поликлиник или стационара дневного пребывания.

Особенностью пациентов с COVID-19 является необходимость в изоляции в течение 14 дней после выписки с этапа специализированной или реабилитационной стационарной помощи. Это оптимальное время для проведения мероприятий по медицинской реабилитации дистанционно на дому с использованием телемедицинских технологий.

Пациентам, которые получают долговременную не инвазивную вентиляцию легких по месту жительства по поводу хронической дыхательной недостаточности, должна быть предоставлена возможность заниматься с дополнительной кислородной поддержкой во время занятий лечебной физкультурой, если это приемлемо для пациента.

Рекомендуется по показаниям продолжить использование дыхательных упражнений с постоянным или прерывистым положительным давлением на выдохе.

Аэробные нагрузки продолжительностью 20–30 минут должны производиться 3 раза в неделю на протяжении 8–12 недель.

Рекомендуется продолжить тренировки с сопротивлением и отягощением для восстановления мышечной силы, выносливости мышц конечностей и устойчивости к мышечной усталости. Рекомендовано сочетать прогрессирующее мышечное сопротивление и аэробную нагрузку во время занятий лечебной физкультурой.

Пациентам рекомендовано, продолжать эффективную тренировку с отягощениями после окончания занятий под наблюдением.

Пациентам, которые по каким-то причинам не могут или не хотят проходить активную программу реабилитации, при наличии признаков слабости четырехглавой мышцы и ягодичных мышц может быть предложена NMES (Нервно-мышечная электростимуляция.)

Рекомендуется организовать работу службы психологической поддержки, основываясь на результатах первого и второго этапов медицинской реабилитации, формировать мотивацию пациентов на продолжение самостоятельных занятий и формирование здорового образа жизни.

При наличии 2-х отрицательных тестов ПЦР /или наличии антител после перенесенной COVID-19 инфекции могут использоваться следующие физиотерапевтические методы лечения:

1. ЭМП СВЧ – электромагнитное поле сверхвысокой частоты (ДМВ, СМВ) – с целью противовоспалительного действия.

2. Низкочастотная магнитотерапия – с целью противовоспалительного, противоотечного, репаративно-регенеративного действия; улучшения микроциркуляции, ускорения сроков рассасывания инфильтративных изменений.

3. Высокочастотная импульсная магнитотерапия с целью противоболевого действия.

4. Электрофорез лекарственных препаратов.

5. СМТ-терапия (лечение синусоидальными модулированными токами) – с целью спазмолитического действия, уменьшения бронхиальной обструкции, активации дренажной функции, стимуляции кашлевых рецепторов, расположенных в области бифуркации трахеи, поперечнополосатых, гладких и дыхательных мышц, улучшения эвакуации мокроты.

6. Ультразвуковая терапия – с целью противовоспалительного, десенсибилизирующего, спазмолитического, дефибрирующего действия, воздействия на гладкую мускулатуру бронхов, способствуя отхождению мокроты.

7. Индуктотермия – с целью бактериостатического, противовоспалительного, рассасывающего, спазмолитического действия, улучшения микроциркуляции.

Методами контроля эффективности реабилитации на 3 этапе являются:

- оценка SpO2 в покое и при физической нагрузке;
- оценка переносимости физической нагрузки по Шкала Борга;
- оценка выраженности одышки по шкале MRC (одышка);
- оценка силы мышц по шкале MRC (мышцы);
- оценка интенсивности тревоги и депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS);
- оценка функциональных нарушений, трудностей в выполнении повседневных задачи степени необходимых усилий по шкалам BDI (исходный индекс одышки) и TDI (динамический индекс одышки);
- оценка качества жизни по результатам Европейского опросника качества жизни EQ-5.

Рекомендуется для достижения наилучшего результата организовать выполнение ИПМР пациентами с новой коронавирусной инфекцией на третьем этапе медицинской реабилитации 3 раза в неделю. Два раза в неделю под наблюдением специалистов, один раз – без наблюдения.

В ИПМР следует включать как минимум 12 занятий под наблюдением специалистов. Рекомендованная длительность программ реабилитации составляет от 6 до 12 недель.

Всем пациентам, завершившим индивидуальную программу медицинской реабилитации после пневмонии в следствии COVID-19, следует рекомендовать продолжать занятия самостоятельно.

Повторный курс реабилитации следует проводить для пациентов, которые прошли курс реабилитации более 1 года назад.

Выводы. Учитывая новизну инфекции, сложность поиска достоверной информации о лечении и реабилитации больных COVID– 19, а также особенности течения и распространения заболевания, необходимо оптимизировать и предоставить информацию наиболее доступном виде. Для повышения эффективности работы всей логической цепочки оказания медицинской помощи, в том числе и первичного звена.

Игнатьева Т. Д., Ковалев В. Б., Литвинова О. Н., Ковалева И. С.
ВАКЦИНАЦИЯ, КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НОВОЙ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ВАКЦИНЫ,
ПРИНЦИПЫ ИХ СОЗДАНИЯ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ,
ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ

Научный руководитель к. мед. наук, доц. Ковалев В.Б.

*Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
им. Святителя Луки», г. Луганск*

Актуальность. Вспышка нового коронавирусного заболевания, впоследствии получившего название COVID-19, начавшаяся в декабре 2019 г. в г. Ухань (КНР), переросшая в объявленную ВОЗ 11 марта 2020 г. пандемию, охватившую свыше 200 стран. Главной установкой современной медицины является тезис о том, что массовая вакцинация является единственным средством прерывания пандемии. В условиях пандемии принято положение о возможности ускорения этапов разработки и тестирования вакцин и возможности их применения до завершения 3-фазы клинических испытаний.

Цель: анализ перспективных направлений создания вакцин против новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Материалы и методы. Представлены результаты обобщения информации о разработке и клинических исследованиях вакцин против COVID-19 в различных странах, проведен анализ достоинств и недостатков различных платформ для создания вакцин. Представлены статистические данные доли населения, полностью вакцинированного против COVID-19 на 2 апреля 2021 г.

Результаты и их обсуждение. Наиболее распространены в борьбе против COVID-19 инаktivированные, векторные рекомбинантные, РНК-вакцины и синтетические пептидные вакцины.

Вакцины должны соответствовать требованиям ВОЗ: иммуногенность, безопасность, стабильность, стандартизуемость, практические соображения (удобство применения, экономическая доступность).

Большинство вакцин имеет общие противопоказания и частые побочные эффекты, продолжительность которых обычно не превышает 3-х суток.

Побочные реакции:

- Местные реакции: покраснение, боль, уплотнение и отек в месте инъекции.
- Общие реакции: повышение температуры тела, головная боль, астения, миалгии, артралгии.

Противопоказания: гиперчувствительность к компонентам вакцины; первичный иммунодефицит; тяжелые аллергические реакции в анамнезе; острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний – вакцинацию проводят через 2-4 недели после выздоровления или ремиссии; беременность и период грудного вскармливания; возраст до 18 лет (в связи с отсутствием данных об эффективности и безопасности).

Вакцины нацелены на спайковый белок, который связывается с рецептором ангиотензинпревращающего фермента 2, чтобы проникнуть в клетку-хозяин.

Инактивированные вакцины получают путём выращивания коронавируса SARS-CoV-2 в культуре клеток, обычно на клетках Vero, с последующей химической инаktivацией вируса.

Примерами инактивированных вакцин являются:

1. CoronaVac, Китай, SinoVac Biotech Corporation. Имеет невысокую эффективность и используется в развивающихся странах, из-за дешевизны производства.

2. КовиВак, Россия, ФНЦИРИП имени М. П. Чумакова. Проходит клинические испытания, предполагается, что эффективность вакцины будет составлять выше 90%.

РНК-вакцина — вакцина, действующая часть которой — рибонуклеиновая кислота, кодирующая белок, характерный для патогена. Присутствует липидная оболочка, защищающая РНК и обеспечивающая проникновение в клетку.

Пример РНК-вакцины: Comirnaty производства США (Pfizer), Германия (BioNTech), Китай (Fosun Pharma). Эффективность 95%. Температура хранения –70 °С.

Имеет существенные недостатки: высокая аллергенность; необходимо использовать ультранизкие температуры для долгосрочного хранения; дороговизна производства.

Векторные рекомбинантные вакцины – вакцины, полученные путем клонирования антигенов коронавируса и встраивания их в геном непатогенного носителя, чаще всего аденовируса.

Примерами векторной вакцины являются:

1. Гам-КОВИД-Вак, НИЦЭМ имени Н. Ф. Гамалеи. Двухвекторная вакцина, в которой используются редкие аденовирусы человека. Эффективность вакцины 91,6 %. Побочные эффекты незначительные. Перед вакцинацией рекомендуется пройти тест на выявление антител.

2. AstraZeneca, Великобритания – вакцина, состоящая из одного рекомбинантного вектора аденовируса шимпанзе с дефицитом репликации, кодирующего гликопротеин S SARS-CoV-2. Эффективность 70%. Имеет высокий риск развития тромбозов.

Синтетические пептидные вакцины содержат искусственно синтезированные короткие пептиды, имитирующие небольшие участки антигенов вируса. Преимущество состоит в том, что они не перенапрягают иммунитет.

Пример: ЭпиВакКорона, ГНЦББ «Вектор» — химически синтезированные пептидные антигены белка S вируса SARS-CoV-2, конъюгированные с белком-носителем и адсорбированные на алюминий-содержащем адъюванте. Эффективность вакцины 100 %.

Лидирующими странами по доле полностью вакцинированного населения против COVID-19, по состоянию на 2 апреля 2021 г., являются Израиль (55%), Чили (20%), США (17%). Россия по доле вакцинируемого населения в настоящее время сопоставима с ведущими европейскими странами.

Выводы. В настоящее время из векторных вакцин наибольшим профилем безопасности и эффективности обладает вакцина Гам-КОВИД-Вак – Россия, НИЦЭМ имени Н. Ф. Гамалеи. РНК-вакцины имеют свои особенности (дороговизна производства, необходимость использовать ультранизкие температуры при хранении и транспортировке и возникновение побочных реакций в виде аллергии). В связи с этим приоритетное положение занимает создание векторных рекомбинантных вакцин на основе аденовируса человека (например, Гам-КОВИД-Вак), которые соответствуют требованиям ВОЗ таким как безопасность, эффективность, удобство хранения и транспортировки, экономическая доступность.

УДК 616.98-06-07

Колтунова А. М., Зайченко В.Ю., Зенина Л. В.

ОСЛОЖНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ. КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

Научный руководитель: к. м. н., доц. Зенина Л.В.

*Кафедра общей врачебной практики и медицинской реабилитации
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
им. Святителя Луки», г. Луганск*

Актуальность проблемы. По мере роста числа заболевших накапливается все больше данных об особенностях клинического течения и возможных осложнениях новой коронавирусной инфекции. Особенностью клинического синдрома COVID-19 является развитие выраженных иммунопатологических реакций и нарушений гомеостаза, ведущих к поражению многих систем организма.

Цель: исследование основных осложнений коронавирусной инфекции у детей и взрослых, их классификации, принципов диагностики.

Материалы и методы. Истории болезни курируемых больных, научные статьи по исследованию конкретных осложнений коронавирусной инфекции.

Результаты и их обсуждения. Анализируя изученные источники информации нами в подтверждение данных литературы уточнено, что к наиболее распространенным тяжелым осложнениям новой коронавирусной инфекции относятся:

- острый респираторный дистресс-синдром;
- острая сердечная недостаточность;
- тромбозы, тромбоэмболии, ДВС – синдром;
- острая почечная недостаточность;
- сепсис, инфекционно - токсический шок;
- вторичные бактериальные инфекции;
- полиорганная недостаточность (нарушение функций многих органов и систем).
- Сердечная недостаточность (ПЖ/ЛЖ);
- Миокардит, кардиомиопатии.

Бактериальные и грибковые суперинфекции

Большой интерес представляет выявление признаков синдрома Кавасаки у детей, перенесших COVID-19.

Точная частота неврологических осложнений при SARS-CoV-2 неизвестна. Пациенты с тяжелой формой COVID-19 чаще имеют неврологические симптомы, чем пациенты с легкими формами. Исследования некропсии показали наличие отека головного мозга и дегенерации нейронов у умерших пациентов с COVID-19.

- Отмечается многообразие наблюдаемых дерматозов и кожных сыпей).

С коронавирусной инфекцией также связывают развитие острой телогеновой алопеции.

Возможными отсроченными осложнениями следует считать поражение нижних дыхательных путей с формированием фиброза и интерстициальной болезни легких,

миокардит, кардиомиопатию, поражение почек, печени и т. д. Лидирующим патогенетическим механизмом этих поражений - фиброз.

Выводы. Нами установлено, что при новой коронавирусной инфекции развиваются полиорганные поражения и осложнения, что требует от специалистов тщательного изучения данной проблемы с разработкой стратегии, тактики лечения и реабилитационных мероприятий.

1. Тяжесть течения заболевания определяет наличие грозных осложнений, приводящих к инвалидизации пациентов и, возможно, смертельному исходу болезни.
2. Идет активное изучение данного вирусного заболевания, но еще не разработана общепринятая классификация всех осложнений, т.к. не накоплен достаточный опыт профилактики, лечения и наблюдения за больными.

Перспективы дальнейших исследований: углубленное изучение возникших осложнений, требующих индивидуализированного подхода к профилактике и лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19, дальнейшая систематизация данных по развитию осложнений.

УДК 616.127-002-036.12-022

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОГО МИОКАРДИТА

Мищенко В. В.

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

Кафедра пропедевтики внутренней медицины

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

Актуальность. В настоящее время во всем мире отмечается рост числа некоронарогенных заболеваний миокарда и связанная с ним высокая частота нетрудоспособности и эпизодов внезапной сердечной смерти. Инфекционно-аллергические миокардиты занимают одно из основных мест среди некоронарогенных заболеваний миокарда в связи с высоким риском возникновения дилатационной кардиомиопатии в 48% случаев по данным ESC. Сложность ранней диагностики заболевания заключается в часто бессимптомном течении, а также в схожести симптоматики с ишемической болезнью сердца, ревматическими пороками сердца, легочной гипертензией и др. Часто развитие инфекционно-аллергического миокардита связано с ранее перенесенной вирусной или бактериальной инфекцией. По данным ESC у 72% пациентов с диагнозом миокардита отмечалось наличие одышки, у 32% - боли в грудной клетке, у 18% - нарушения ритма и проводимости.

Цель: установить критерии ранней диагностики инфекционно-аллергического миокардита.

Материалы. Анализ данных амбулаторной карты и истории болезни пациентки, которая находилась на лечении в кардиологическом отделении городской многопрофильной больницы города Н. Ретроспективно диагностирован клинический случай инфекционно-аллергического миокардита.

Результаты и их обсуждение.

Больная N, 61 год, 21.10.2020 г. обратилась в кардиологическое отделение с жалобами на одышку в покое и при незначительной физической нагрузке (при ходьбе до 50м), слабость, периодические давящие боли за грудиной после перенесенной ОРВИ (21.09 -28.09). Ухудшение состояния началось около двух недель назад, когда вышеперечисленные симптомы стали нарастать. Из анамнеза жизни: в детском возрасте были частые ОРВИ, страдала хроническим тонзиллитом. При осмотре: температура тела 36,7°C, АД 130/80 мм рт.ст., ЧДД 16 в мин. В легких при аускультации: жесткое дыхание, хрипов нет.

Анализ крови клинический от 22.10.2020: гемоглобин 158 г/л, эритроциты $4,3 \times 10^{12}$; СОЭ - 10 мм/ч, лейкоциты $5,3 \times 10^9$; палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 33%, моноциты - 7%. Анализ мочи клинический от 22.10.2020: сахар – отр., белок отсутствует. ЭКГ от 21.10.2020: Ритм синусовый, ЧСС 78/мин, ЭОС 78, вольтаж сохранен, полная блокада левой ножки пучка Гиса. На ЭхоКС от 22.10.2020: фракция выброса (ФВ) 40%, дилатация левого предсердия II степени, умеренное снижение систолической функции и глобальной сократимости левого желудочка (ЛЖ). В полости перикарда обнаружено диффузно-минимальное количество свободной жидкости - до 7мм. Выявлен умеренный гидроторакс (справа 550 мл, слева -600 мл).

На рентгене органов грудной клетке от 22.10.20. были обнаружены признаки застоя в малом кругу кровообращения.

Осмотр невропатолога, окулиста (23.10.2020): очаговой патологии не выявлено.

УЗИ щитовидной желез от 24.10.2020: эхонегативных структур не выявлено.

МСКТ-ОГК от 24.10.2020: очагово-инфильтративных изменений не выявлено. Аортокардиосклероз. Гидроперикард. Спондилез грудного отдела позвоночника.

По данным анамнеза (ранее перенесенная ОРВИ), данных инструментального исследования был выставлен диагноз: инфекционно-аллергический миокардит, острое течение средней степени тяжести. ИБС, стабильная стенокардия, диффузный кардиосклероз.

Назначена антиагрегантная и гиполипидемическая терапия, Торасемид 2,5мг, Верошпирон 25 мг.

На третий день лечения (26.10.20) больная отметила уменьшение одышки при физической нагрузке (одышка при ходьбе до 150 м).

На ЭКГ от 26.10.20. Ритм предсердный, ЧСС 67/мин, ЭОС 22, вольтаж сохранен.

Анализ крови на ревмопробы от 27.10.20: титр АСЛ-О 800МЕ/мл (норма 63-250 МЕ/мл). С-реактивный белок и ревматоидный фактор - отрицательно.

28. 10.20 к прежней терапии был добавлен Бициллин-5 внутримышечно 1 раз в месяц, 3 месяца.

При повторном анализе крови на ревмопробы от 03.11.20 отметилась снижение титра АСЛ-О до 400 МЕ/мл. ЭхоКС от 02.11.20: ФВ 30%, дилатация левого предсердия I степени, значительное снижение систолической функции ЛЖ, акинез межжелудочковой перегородки. Свободной жидкости в полостях перикарда определяется до 7 мм, в плевральных полостях патологической жидкости зарегистрировано не было.

Больная выписана из отделения со слабopоложительной динамикой: нет одышки в покое, увеличилась толерантность к физической нагрузке, но остается низкой и соответствует ФК III (три, клинически) СН по NYHA, остается низкой ФВ (30%).

Выводы.

Данный клинический случай демонстрирует необходимость проведения дифференциально-диагностического поиска у больных с жалобами на боли в области сердца и признаками нарушения ритма и проводимости. У данной пациентки имелись характерные для ИБС жалобы на давящие боли в области сердца, но они не имели связи с физической нагрузкой или эмоциональным напряжением, были достаточно продолжительны по времени, что ставило под сомнение диагноз острого коронарного синдрома.

Таким образом, тщательный сбор анамнеза, установление связи с аллергической реакцией, перенесенной инфекцией, употреблением некоторых лекарственных средств, использованием всех доступных методов обследования, а также настороженность врача в отношении воспалительных заболеваний миокарда могут быть ключом к успешной диагностике и дальнейшей тактике ведения больного.

УДК 616.127-002:616.24-002-022

Лебедь Е.Д., Поздняков А.С., Липатникова А. С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОГО МИОКАРДИТА У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТА ПО ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ

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

Кафедра пропедевтики внутренней медицины

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

Актуальность. На сегодняшний день актуальным вопросом в сфере медицины является относительно новый и недавно изученный вирус Covid-19. Ежегодно по причине сердечно – сосудистых заболеваний число смертей по всему миру находится в пределах 18 млн человек, что составляет более 30% общего числа смертей в мире.

Вследствие поздней диагностики и наличия латентных форм протекания болезни, реальная частота заболеваемости миокардитом намного превышает статистические данные. От острой формы заболевания умирает от 1 до 7% больных, а у людей молодого возраста миокардит становится причиной внезапной смерти в 17-21% случаев.

Цель исследования. Изучить тему осложнения перенесенной вирусной инфекции Covid-19, связанную с патологиями сердечно – сосудистой системы, в частности – в виде диффузного миокардита, на примере стационарного больного кардиологического отделения, перенесшего вирусную пневмонию.

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

Результаты и их обсуждение. Обследуемый нами больной поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительных физических нагрузках, подъеме вверх на 1 лестничный пролет, преодолении дистанции более 200 метров в наклонной плоскости (низкая толерантность к физическим нагрузкам), при увеличении нагрузки наблюдаются ангинозные боли в области сердца. Пациент

отметил быструю утомляемость, нестабильность артериального давления, приступы учащенного сердцебиения, нарушения сна, ощущения дискомфорта, лежа на левом боку.

Из анамнеза жизни установлено, что больной - реконвалесцент по инфекционной пневмонии (за 3 месяца до поступления в отделение), на момент стационарного лечения больного ПЦР тест сделан не был, что не дает нам права достоверно говорить о наличии вируса Covid-19 у больного, однако, клиническая картина, особенности течения и эпидемиологическая обстановка по области позволяют утверждать наличие у больного именно этого вируса.

При общем осмотре обращают внимание:

- антропометрические данные больного (рост – 187 см; масса тела – 120 кг);
- при перкуссии расширение границ относительной сердечной тупости: левая - +1,0 см кнаружи; правая - +1,0 см кнаружи;
- при аускультации: тоны приглушены, систоло-диастолический шум с максимумом на верхушке и проведением в другие точки (во 2-5 точки);
- сердечный ритм правильный, пульс и ЧСС - 115 ударов/мин;
- показатели артериального давления: справа и слева - 160/100 мм рт.ст.

Для подтверждения диагноза и установления степени тяжести заболевания больному был назначен план обследования: клинический анализ крови, биохимический анализ кров на мочевины, холестерин, липиды, триглицериды, АлАТ, на сахар, креатинин, кровь RW. Была назначена консультация у окулиста и невропатолога, методы обследования: ЭКГ, ЭхоКС, МСКТ- аортография.

- По результатам обследования окулистом выявлена ангиопатия сетчатки.
- По результатам проведения ЭКГ установлено: ритм - синусовый, ЧСС=70 уд/мин, угол ЭОС=26°, нарушение предсердной проводимости 1 степени; ишемия V5, V6.
- МСКТ-аортография показала расширение восходящего отдела аорты до 43 мм на уровне синуса Вальсальвы, восходящий отдел- 46 мм.
- В результате суточного мониторирования электрической активности сердца выявлена брадикардия на фоне терапии В-блокаторами, понижение циркадного индекса до 1,04 (Норма: 1,22-1,44), межпредсердная блокада 1 степени и гипертрофия левого предсердия, эпизоды бессимптомной ишемии миокарда боковых отделов ЛЖ, наличие экстрасистолии: А) суправентрикулярная - единичная (24р/сут), преимущественно в ночное время. Б) Желудочковая - единичная, полиморфная, политопная, преимущественно в ночное время.
- По результатам ЭхоКГ наблюдается увеличение толщины МЖП в диастолу до 2,4 см (Норма: 0,8-1,1), толщина задней стенки ЛЖ в диастолу до 1,98 см (Норма: 0,8-1,1). Увеличение массы миокарда ЛЖ до 522 г (Норма: 140-180), увеличение индекса массы миокарда ЛЖ до 212 г/м² (Норма: 95-115). Также отмечалось увеличение синуса Вальсальвы на аорте до 4,4 см (Норма: 2,5-3,7) и восходящей аорты до 4,44 см (Норма: 2,1-3,4), дилатация ЛП 1 ст., расширение восходящего отдела аорты, утолщение миокарда, концентрически выражена гипертрофия ЛЖ - вторичная необструктивная ГКМП. В заключении ЭхоКГ можно отметить фиброз МЖП, кольца АК и МК, створки МК неравномерно утолщены,

уплотнены; стенки аорты и полулуния аортального клапана уплотнены, с мелкими кальцинатами в основании.

- При биохимическом анализе крови выявлено титр АСЛ-О 400 МЕ/мл (Норма: 63-250), повышение уровня глюкозы до 6,7 ммоль/м (Норма: 4,22-6,11).

- Клинический анализ крови показал наличие относительной нейтропении на фоне абсолютного лимфоцитоза (54%).

- Клинический анализ мочи показал большое количество уратов.

- Пациенту был поставлен диагноз:

- Подострый диффузный инфекционно-аллергический миокардит, аритмический вариант средней тяжести. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения ФК 3 (клин). Диффузный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 2 стадии (вторичная необструктивная гипертрофическая кардиомиопатия), 2 степени, риск 4, кризовое течение. СН 2А со сниженной ФВ ЛЖ. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. Аневризма восходящего отдела аорты.

На первое время больному был назначен план лечения, включающий в себя: В-блокаторы, АПФ, блокаторы кальциевых каналов, нитраты, диуретики.

С учетом установленного диагноза, больной был направлен на консультацию для решения вопроса об утрате трудоспособности.

Выводы. Суммируя, приведенные мировые опыты, теоретические показатели статистики, а также подтвержденные вышесказанные факты и показатели рассмотренного клинического случая, можно сказать, что новая вирусная инфекция Covid-19 является серьезным заболеванием с преимущественным поражением дыхательной системы, помимо этого имея в своем патогенезе тяжелые осложнения в виде поражений сердечно-сосудистой системы.

Обследовав больного с реконвалесценцией по вирусной пневмонии, удалось сделать выводы о наличии отрицательной динамики прогрессирования хронических заболеваний сердца, появлении обострений и рецидивов.

Проведя исследования мировых статистических данных об осложнениях Covid-19 на сердечно-сосудистую систему, выявлено наличие негативной тенденции к появлению рецидивов у хронических кардиологических больных, что подтверждает данные о курируемом нами пациенте.

Серьезную значимость, а в связи с этим и распространённость, получили антикоагулянтные препараты (как пероральные, так и парентеральные), которые, по мнению большинства экспертов, являются передовыми для борьбы с факторами, отягощающими течение заболевания (тромбы, микротромбы, спаечные процессы и т.д.).

Изучив тематику данного доклада, стоит сделать главный вывод: вирусная инфекция Covid-19 способна вызывать большое количество расстройств и осложнений на многие органы и системы органов человека, в том числе на систему сердца и сосудов. Важно помнить, что большинство подобных заболеваний полностью излечимо, но требует скорейшего медицинского вмешательства и, зачастую, стационарного курирования. Придерживаясь правил, вероятность заболеть данной вирусной инфекцией становится минимальной, вероятность развития осложнений и их усугубления и вовсе стремятся к нулю.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИБС У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННОЙ ВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ*Научный руководитель к.м.н., доцент Липатникова А.С.**Кафедра пропедевтики внутренней медицины**ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»*

Актуальность. ИБС- широко распространенное заболевание. Одна из основных причин смертности, временной и стойкой утраты трудоспособности во всем мире. В структуре смертности сердечно-сосудистые заболевания стоят на первом месте, из них на долю ИБС приходится около 40%.

В настоящее время в связи с пандемической ситуацией коронавирусной инфекции во всем мире особое значение уделяют вирусным пневмониям и их осложнениям на заболевания сердечно-сосудистой системы. В ряде исследований было показано, что наиболее высокая смертность от Covid-19 наблюдается у пациентов, страдающих ИБС, и составляет 10,5%.

Цель: Изучить влияние вирусной пневмонии на изменения функционирования систем организма, в частности- проследить влияние на сердечно-сосудистую систему, выявить взаимосвязь между осложнениями ИБС и перенесенной вирусной пневмонией, а также проследить данные закономерности в клинической практике и выявить 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 Г. 58 лет с жалобами на частые боли в сердце при сильной физ. нагрузке с иррадацией в левую руку, левую лопатку; одышку при физ. нагрузке, перебои в сердце и плохой сон.

Из анамнеза жизни известно, что больной является реконвалесцентом по вирусной пневмонии в декабре 2020г. У пациента наблюдалась повышенная температура тела, кашель, потеря вкуса и запаха, отмечались головные боли. Исходя из этих данных предполагается, что больной перенес Covid-19. Однако, этот диагноз не подтвержден, так как у пациента не было возможности сдать ПЦР-тест по месту жительства, а также сдать анализ на наличие антител против коронавируса при поступлении в ЛРКД. Но с учетом всех клинических данных и пандемии коронавирусной инфекции во всем мире, а также учитывая ухудшение основного состояния больного на фоне перенесенной вирусной пневмонии, можно сделать вывод о том, что пациент переболел именно Covid-19.

Для уточнения диагноза был назначен ряд лабораторных и функциональных методов исследования, на основании которых был выставлен *заключительный диагноз:* ИБС. Стенокардия напряжения ФК 3, постинфарктный (ИМ 2009г., 2016г.) кардиосклероз. Стентирование ВТК (24.03.10г), RCA и LAD (05.04.16г.). СН2А с сохраненной ФВ ЛЖ. Гипертоническая болезнь 3 стадия.

С целью лечения были назначены ингибиторы АПФ, β - адреноблокаторы, нитраты, диуретические лекарственные препараты.

Вследствие выявленной вирусной пневмонии и в связи с патологией сердечно-сосудистой системы стандартная терапия пациента была дополнена антикоагулянтами, антиагрегантами и статинами.

На фоне коррекции лечения у пациента наблюдалось улучшение общего состояния, гемодинамических показателей, работы сердца, стабилизация АД в пределах 130/90. Было рекомендовано придерживаться диеты стол № 10 (гипохолестериновый), осуществлять постоянный контроль АД, наблюдаться у кардиолога.

Выводы:

Полученные данные имеют большое практическое значение для общественного здравоохранения, особенно в настоящее время в связи с пандемической ситуацией коронавирусной инфекции, способствующей развитию вирусной пневмонии. Было показано, что наличие в анамнезе у больного перенесенной вирусной пневмонии осложняет течение уже имеющейся ИБС, так как пневмония способствует образованию тромбов в легочных артериях и венах, обуславливая тем самым развитие тромботических осложнений. Также было показано, что вирус-индуцированное воспаление может привести к разрыву атеросклеротических бляшек. Для предупреждения данного осложнения пациентам, страдающим СН и ИБС необходимо назначать статины, которые стабилизируют бляшки.

Помимо терапии, направленной на устранение вирусной пневмонии, больным ССЗ необходимо назначать антикоагулянтную и антиагрегантную терапию.

УДК 616.12-009.72-08

Назарян Д. С, Пилиева Е.В.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ИБС, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА В ДОНБАССЕ

Научный руководитель: к. мед. н., доц. Пилиева Е.В.

Кафедра пропедевтики внутренней медицины

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

Актуальность. Во всем мире, сердечно-сосудистая патология по-прежнему занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности. Актуальность этой проблемы для здравоохранения обусловлена высоким показателем смертности и инвалидизации, значительными социально-экономическими потерями, которые влияют на трудовой потенциал страны. При этом отмечается значительное снижение качества жизни данных пациентов, проявляющихся в утрате способности осуществлять повседневную деятельность в привычном стиле.

Качество жизни является интегральным показателем, характеризующим как физическое, так и психологическое, социальное и эмоциональное состояние пациента, оцениваемое исходя из его субъективного восприятия.

Цель: провести сравнительную оценку качества жизни пациентов мужского и женского пола, проживающих на территории Луганской области во время активной

фазы боевых действий (2014–2016 гг.) со стабильной стенокардией напряжения II функционального класса (ФК).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 40 пациентов с установленным диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. II ФК, наблюдавшихся в кардиологическом отделении ЛРКБ в 2020-2021 гг. и проживающих в условиях активных боевых действий. Пациенты были разделены на две группы: I – мужчины (n=20, средний возраст – $60,95 \pm 2,26$), II – женщины (n=20, средний возраст – $62,13 \pm 2,12$).

Для оценки уровня качества жизни всем пациентам, включенным в исследование, предлагалось заполнить Сиэтлский опросник для больных ИБС – SAQ (Seattle Angina Questionnaire).

Данная анкета состоит из 19 вопросов, объединенных в 5 шкал, что позволяет оценить наиболее важные аспекты качества жизни пациентов с ИБС. С целью более подробного анализа изменения изучаемых параметров пациентов были использованы новые подходы оценки результатов SAQ и проведено ранжирование показателей каждой из шкал опросник.

Результаты исследования обработаны с применением статистического пакета лицензионной программы «Microsoft Excel 2010». Исследуемые величины представлены в виде: выборочное среднее значение $\pm$ стандартная ошибка среднего значения ($M \pm m$). Нормальность распределения оценивали по критерию Колмогорова-Смирнова. Для оценки достоверности различий использовали двухвыборочный t-критерий Стьюдента ($p \leq 0,05$).

Результаты и их обсуждение. При сравнении показателей качества жизни между мужчинами и женщинами по критериям опросника SAQ были выявлены следующие изменения. Уровень ограничения физических нагрузок у женщин на 19,90% превышал данный параметр у мужчин. По шкале стабильности приступов разница составляла 14,61%. Данные указывали на то, что течение болезни у мужчин более стабильно, чем у женщин. Частота приступов среди пациенток женского пола незначительно превышала аналогичные параметры у мужчин на 4,56%. При сравнении данных об удовлетворённости пациентов в лечении было установлено, что большее количество больных полностью удовлетворены, однако изучаемый показатель среди мужчин выше на 13,68%. Касаемо шкалы отношения к болезни можно сделать вывод о том, что пациенты резко негативно относятся к своей болезни, при этом отношение женщин критичнее, чем у пациентов мужского пола на 26,93%.

Для оценки результатов опросника SAQ в дополнение к анализу показателей по отдельным шкалам стали использовать результаты вычисления среднего балла по всем 5-ти шкалам SAQ — SAQ summary score Japanese version (SAQ-J). Этот подход оценки результатов опроса был использован в данной работе. Средний балл, набранный пациентами мужского пола, составлял $73,04 \pm 3,63$, у женщин – $60,19 \pm 3,95$.

Выводы. Полученные данные указывают на то, что у пациентов со стабильной стенокардией напряжения II ФК наблюдается значительное снижение уровня качества жизни по четырём из пяти изученных параметров.

В группе женщин отмечалось статистически значимое снижение изучаемых характеристик в сравнении с пациентами мужского пола. Наибольшее ограничение качества жизни больных отмечалось по шкале отношения к болезни, что может указывать на поражение не только соматического, но и психического здоровья.

Нарушение функции внешнего дыхания при метаболическом синдроме
Научный руководитель к.м.н., доцент Сысойкина Т. В.

Кафедра пропедевтики внутренней медицины

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

Актуальность. Одной из ярких патологий современного мира является метаболический синдром (МС). Он представляет из себя комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, которые характеризуются наличием у одного больного тканевой инсулинорезистентности, гиперинсулинемии, нарушения толерантности к глюкозе, первичной артериальной гипертензии, дислипидемии, а также абдоминального ожирения и гиперурикемии.

Ведущим клиническим признаком метаболического синдрома является абдоминально-висцеральное ожирение. При ожирении имеет место расстройства дыхания, главным образом функции внешнего дыхания, которые проявляются в виде синдрома обструктивных апноэ во сне.

Функция внешнего дыхания и его нарушения являются мало изученным аспектом метаболического синдрома.

Еще в конце 80-х годов XX века в двух больших исследованиях выявлена достоверная роль ожирения как фактора риска развития бронхиальной астмы. Однако этим исследованиям не было уделено должного внимания и лишь спустя 10 лет проведено первое проспективное когортное исследование, определившее роль ожирения в развитии бронхиальной астмы. Наша работа посвящена изучению связи между бронхиальной астмой и метаболическим синдромом, а также развитию различных нарушений функции внешнего дыхания при метаболическом синдроме.

Цель: выявить нарушения функции внешнего дыхания у пациентов с метаболическим синдромом, а также определить связь между бронхиальной астмой и метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования. Изучение и анализ научной литературы, интервьюирование пациентов, изучение клинических случаев, наблюдение за течением заболевания у пациентов.

Результаты и их обсуждение. Был проведен анализ историй болезни больных пульмонологического отделения ГУ «ЛГМБ №7» ЛНР за 2019г. с диагнозом: бронхиальная астма и сопутствующим метаболическим синдромом. Проанализировано 18 историй болезни с МС и 12 без метаболических нарушений. Пациента в первой группе были возрасте от 31 до 70 лет (средний возраст $54,3 \pm 0,8$ лет). В контрольной группе пациенты были сходны по возрасту и полу. Женщины в первой группе составили 64,8 % (11 человек), мужчины – 35,2% (7 человека).

Инструментальное обследование включало ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, исследование функция внешнего дыхания проводилось с помощью спирографа «Спиروкардио +».

Была проанализирована частота обострения основного заболевания у данных групп больных. Так в группе больных БА с МС отмены обострения с частотой 1 раз в

год у 4 больных - (22,2 %); 2 раза - у 10 (55,5 %); 3 раза - 4 больных (22,2 %). Без МС – 1 – 5 (41,6 %); 2 - 4 (33,3%); 3 – 1 (8,3%).

В первой группе изменения ФВД характеризовались как смешанные нарушения у 100% больных, и степень обструктивных (ОФВ1, МОС 25-75) нарушений умеренной степени отмечались у 4 больных (22,2%); значительной степени у 10 больных (55,5%) и резкой степени у 4 больных (22,2%). В группе больных без МС обструктивные нарушения умеренного типа отмечены у 6 больных (50%), значительные - 5 (41,6%) и резкие у 1 больного (8,3%).

На фоне проведенной терапии при обострении БА, ассоциированной с МС, не происходило полное восстановление показателей функции внешнего дыхания по данным спирометрии и пикфлоуметрии. Степень рестриктивных нарушений (ЖЕЛ снижается) находилась в прямой зависимости от величины индекса массы тела.

Наличие МС у лиц первой группы значительно ухудшало клиническое течение заболевания и продолжительность нахождения больного в стационаре. Так, средняя продолжительность лечения больных первой группы составила $14 \pm 1,07$ дней, а в группе без МС $12 \pm 0,45$ дней.

Выводы. Метаболический синдром является одной из основных проблем 21 века, которая касается не только людей среднего и пожилого возраста, но также и молодого. Нарушения функции внешнего дыхания при метаболическом синдроме не достаточно хорошо изучены, но имеют большое значение в патогенезе метаболического синдрома. Поэтому изучение данной проблемы очень важно, т.к. получение большей информации поможет облегчить диагностику и лечение пациентов с МС.

УДК 616.12-008.331.1-085:616- 002.78.

Бельская В.С., Свеженцев О.В., Боднар Б.Р., Сысойкина Т.В.

ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОДАГРЕ

Научный руководитель к.м.н., доцент Сысойкина Т.В.

Кафедра пропедевтики внутренней медицины

ГУ ЛНР «Луганский Государственный Медицинский Университет им. Святителя Луки»

Актуальность: На сегодняшний день артериальная гипертензия при подагре имеет достаточно резистентный характер течения, имеет особенности подбора препаратов с учётом их влияния на метаболизм.

Цель: Обосновать рациональное применение препаратов определенных фармакологических групп для лечения артериальной гипертензии на фоне подагры

Материалы и методы: Анализ научной литературы. Изучение клинического случая. История болезни больного А. находящегося на лечении в ГУ «ЛГМБ №7» ЛНР кардиологическое отделение №1.

Результаты и их обсуждение: Больной 53 года поступил в кардиологическое отделение с жалобами на головные боли, учащенное сердцебиение, ночную одышку, достигающую до приступов удушья, загрудинные боли, общую слабость, «мушки» перед глазами.

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

выставлен заключительный диагноз: ИБС. Впервые возникшая стенокардия. Диффузный кардиосклероз. ГБ II (ГЛЖ), 3 степень, риск 4. СН IIА.

Сопутствующие заболевания: Метаболический синдром: Ожирение III степени. Межприступная («интервальная») подагра.

С учетом диагноза были назначены: антагонист рецепторов ангиотензина II- Лозартан, блокатор Са-каналов-Леркамен, гипотензивное ЛС центрального действия- Моксонидин. В схему лечения также были добавлены диуретики как для купирования гипертонического криза и для длительного приема- это был арифон. К седьмому дню лечения, артериальное давление больного снизилось до 160/90, а к десятому дню до вышли на целевые 130/80.

При выписке назначена поддерживающая терапия и обязательное наблюдение у врача кардиолога по месту жительства.

Выводы: АГ при подагре имеет достаточно высокую распространенность среди больных подагрой и является самостоятельным ФР сердечно-сосудистых осложнений и смертности и при наличии дополнительных ФР (избыточная масса тела, дислипидемия, инсулинорезистентность, СД), необходимо проведение ранней диагностики АГ и выявление повреждения органов-мишеней (сердца, почек, сосудов) с целью профилактики развития сердечно-сосудистых осложнений.

Согласно современным рекомендациям, для лечения повышенного АД препаратами выбора считаются: Лозартан, Леркамен, Моксонидин, Доксазозин, Лодоз, Арифон и малые дозы тиазидных диуретиков.

УДК 616.248-06:616.366-002-036.12-085.456.1'322:582.736

Самойлов А. В.

ПРИМЕНЕНИЕ СИРОПА КОРНЯ СОЛОДКИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Научный руководитель - к.мед н, доц. Чуменко О. Г.

Кафедра факультетской терапии

ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»

Бронхиальная астма (БА) является одной из наиболее распространенных патологий органов дыхания, длительное течение которой достаточно часто способствует ее сочетанию с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ). Проведение медицинской реабилитации таких больных является необходимым компонентом лечения, что позволяет уменьшить расходы, связанные с нетрудоспособностью и улучшить качество жизни пациентов. Однако, использование традиционных методов реабилитации: спелеотерапии, галоаэрозольтерапии не всегда возможно для больных из-за удаленности места нахождения реабилитационных учреждений, или из-за наличия противопоказаний для данных методов реабилитации. Известно, что препараты корня солодки имеют мембранопротекторные, иммуностимулирующие, гепатопротекторные свойства и возможность положительно влиять на заболевания бронхолегочной системы. Эти свойства данного препарата дают возможность использовать его в реабилитации больных БА в сочетании с ХНХ.

Цель работы - изучить влияние реабилитационной терапии с помощью экстракта корня солодки у больных бронхиальной астмой в сочетании с хроническим некалькулезным холециститом.

Материалы и методы. Под диспансерным наблюдением в течение 1 года после выписки находился 61 больной БА среднетяжелого течения в сочетании с ХНХ. Для медицинской реабилитации указанных больных был использован препарат сиропа корня солодки в дозе по 1 десертной ложке утром натощак в течение 14 дней после обострения БА. Случаев побочного действия названного препарата зафиксировано не было. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц.

Результаты и их обсуждение. В начале исследуемого периода у пациентов отмечался респираторный, астено-невротический и диспепсический синдромы. К концу первого года исследования у пациентов существенно снизились проявления астено-невротического синдрома в виде уменьшения раздражительности, слабости, и диспепсического синдрома в виде снижения чувства тяжести в правом подреберье. Существенное влияние реабилитационное лечение оказало на проявления респираторного синдрома. У больных, в среднем на 9,7% улучшился астма-счет. В течение одного года наблюдения количество обострений БА среди исследованных больных снизилось в среднем на 7,4%. Количество эпизодов клинической нестабильности ХНХ также уменьшилось примерно на 12,8% случаев, что объяснялось антиоксидантным, иммуномодулирующим и противовоспалительным действием сиропа корня солодки на бронхолегочную систему.

Таким образом, данный способ реабилитационной терапии способствует снижению количества обострений БА и эпизодов клинической нестабильности ХНХ.

УДК 616.248-06:616.366-002-036.12-085.456.1'322:582.736

Фесенко М.Б.

ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА: В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ ГИПЕРУРИКЕМИЯ

Руководитель работы доц. Одуд А.М.

Кафедра факультетской терапии

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

Актуальность. Первичная цель лечения гипертонической болезни – снижение длительного суммарного риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. В реализации этой цели ключевую роль играет рациональная гипотензивная терапия, в том числе использование эффективных комбинаций гипотензивных препаратов. Ряд исследований продемонстрировал перспективные результаты совместного назначения блокаторов ренин ангиотензин альдостероновой системы (РААС) и тиазидных диуретиков. Но при этом тиазидные диуретики провоцировали развитие бессимптомной гиперурикемии в течение 1 года у 50% пациентов (SHER, 1997). В данном исследовании было показано, что гиперурикемия является независимым фактором риска развития гипертрофии левого желудочка сердца и инсульта.

Цель работы. Показать возможность применения сартанов в комбинации с тиазидными диуретиками у больных с гиперурикемией.

Материалы и методы. К настоящему времени имеются убедительные доказательства эффективного контроля АД и первичной и вторичной профилактики инсульта на фоне гиперурикемии с помощью комбинации тиазидных диуретиков с лосартаном – ингибитором рецепторов ангиотензина II (LIFE, 2009). Лосартан является единственным препаратом из группы сартанов, который снижает уровень мочевой кислоты у пациентов, страдающих артериальной гипертензией, получающих тиазидные и тиазидоподобные диуретики, и у больных подагрой и метаболическим синдромом, и тем самым уменьшает риски развития фатальных и не фатальных сердечно-сосудистых осложнений. Сегодня накоплены многочисленные данные, свидетельствующие том, что лосартан – препарат выбора в лечении артериальной гипертензии у пациентов с гиперурикемией. Необходимо продолжать поиск рациональных комбинаций гипотензивных препаратов для реализации главной цели терапии артериальной гипертензии – минимизации длительного суммарного риска кардиоваскулярной заболеваемости и смертности.

Выводы.

1. Гиперурикемия является независимым фактором риска развития гипертрофии левого желудочка сердца и инсульта.
2. Лосартан – препарат выбора в лечении артериальной гипертензии у пациентов с гиперурикемией.

УДК 616.248-06:616.366-002-036.12-085.456.1'322:582.736

Мельничук М.Г.

Ферритин - триггер воспаления при атипичной вирусной пневмонии

Руководитель работы доц. Белая И.Е.

Кафедра факультетской терапии

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

Актуальность - патология легких при COVID-19 характеризуется массивной инфильтрацией иммунными клетками и клинически проявляется гипоксией разной степени тяжести. При этом повышение ферритина в сыворотке крови отражает степень выраженности системного воспаления и является основным маркером «цитокинового шторма».

Цель исследования – оценить маркеры «цитокинового шторма» при атипичной пневмонии.

Материалы и методы. Обследована больная К., 42 лет, которая поступила в ЛГКМБ № 1 г. Луганска на 8-е сутки заболевания с диагнозом: «Подозрение на коронавирусную инфекцию, внегоспитальная двусторонняя полисегментарная пневмония, III клиническая группа, средней тяжести, ЛН II». Кроме общеклинических методов исследований, больная дополнительно обследована на ферритин, С-реактивный белок и D-димер.

Результаты и обсуждение. Больная поступила с жалобами на выраженную общую слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, повышение температуры тела до 39 °С. Общее состояние средней тяжести. Над легкими определялось укорочение перкуторного звука с обеих сторон, выслушивалось жесткое дыхание, чдд

– 24 в минуту. Сатурация кислорода составила 88 % в покое. Получен отрицательный результат ПЦР на РНК 2019-н CoV. Ферритин – 189 нг/мл, С-реактивный белок – 0,640 мг/л, Д-димер – 679 нг ФЭЕ/мл. Повышению уровня ферритина способствует избыток железа в организме из-за повреждения коронавируса гена гемоглобина с блокированием атома железа. Избыток ферритина в организме активирует макрофаги с последующим выделением цитокинов, которые сами стимулируют печень к выработке, в первую очередь, ферритина и С-реактивного белка. Образование Д-димеров может быть связано с высокой протеолитической активностью плазмы и зависеть от разрушающихся в гнойных очагах легких нейтрофилов. Однако анализ на Д-димер может быть ложноотрицательным, так как антикоагулянтная терапия уже была назначена до забора крови. В клиническом анализе крови – абсолютный моноцитоз (13 %). При МСКТ органов грудной клетки (ОГК) определялись двусторонние множественные участки уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» (вирусная пневмония, КТ-2, с объемом поражения легких 48 %). Больная получала противовирусную, противовоспалительную и антикоагулянтную терапию. К 15 дню заболевания несколько уменьшилась одышка, однако сохранялась субфебрильная температура тела и выраженная слабость. Сатурация кислорода – 93 %. В клиническом анализе крови определялись лейкоцитоз ($12,9 \times 10^9/\text{л}$), лимфоцитопения (9 %) при относительном уменьшении моноцитов (3 %) и тромбоцитоз ($465 \times 10^9/\text{л}$). Отмечается повышение уровня ферритина (238 нг/мл) при отсроченном увеличении С-реактивного белка более чем в 3 раза (15,6 мг/л). Более раннее повышение ферритина может быть связано как с избытком железа при повреждении гена гемоглобина, так и с тем, что СРБ синтезируется преимущественно в печени, а ферритин, кроме печени, синтезируется в легких и миокарде. При МСКТ-контроле ОГК сохранялись признаки интерстициальных изменений легких с объемом поражения легких 28 %.

Выводы:

1. В случае отрицательного ПЦР решающее значение в постановке диагноза COVID-19 приобретает КТ ОГК.
2. Гипервоспаление при атипичной пневмонии может манифестировать активацией макрофагов (повышением уровня ферритина сыворотки крови).
3. Развитие “цитокинового шторма” с увеличением ферритина, СРБ в сочетании с лимфоцитопенией у пациентов с атипичной пневмонией может указывать на затяжной характер течения инфекционно-воспалительного процесса.

Актуальность- коронавирусы это семейство вирусов, включающее на май 2020 года 43 вида РНК-содержащих вирусов, объединённых в два подсемейства, которые поражают млекопитающих (включая человека), птиц и земноводных. Название связано со строением вируса, шиповидные отростки которого напоминают солнечную корону. Известно 7 коронавирусов, поражающих человека. Практически в каждой стране тысячи зараженных этим вирусом. На 09 апреля 2021 в России зафиксировано 4 623 984 случая заражения коронавирусом Covid-19. За последние сутки число зараженных выросло на 9 150 человек.

Основные виды мутаций:

- 1.Испания - Штамм 20A.EU1,
2. Великобритания – Штамм B.1.1.7
3. Китай- Штамм SARS-CoV

Важны лабораторные методы исследования у пациентов с данной патологией:

Биохимический анализ крови демонстрирует повышение АЛТ, АСТ, С-реактивного белка, креатинина, провоспалительных цитокинов, молочной кислоты и прокальцитонина, высокий уровень D-димера.

РИФ — реакция иммунофлюоресценции на выявление антигена.

ИФА — иммуноферментный анализ на выявление специфических антител (IgM и

ПЦР диагностика позволяет определить тип вируса с помощью выявления РНК.

Важными методами диагностики коронавирусной пневмонии являются:

- 1.Рентгенологическое исследование, которое позволяет обнаружить инфильтраты в лёгочной ткани при пневмонии, по типу "матового стекла".
- 2.Компьютерная томография - метод, который на начальных этапах развития заболевания дает возможность выявить пневмонические изменения. Компьютерная томография на сегодняшний день является самым достоверным методом диагностики состояния легких на фоне протекания коронавируса.
- 3.УЗИ.
- 4.МРТ.

У данной патологии выявляются серьезные осложнения: ТЭЛА, экссудативный плеврит, эмпиема, деструкция / абсцедирование легочной ткани, острый респираторный дистресс-синдром, острая дыхательная недостаточность, септический шок, перикардит, миокардит, нефрит и др.

Своевременность диагностики и динамическое наблюдение пациента стало возможным при использовании УЗИ легких. Кроме того – этот метод доступен, безопасен и безвреден, применяется у беременных и детей, дает возможность выявлять и дифференцировать сопутствующую патологию, отсутствует необходимость дополнительной подготовки больного, удобен в применении,

экономичен. Согласно технологии проведения обследования больного при УЗИ-диагностике легких патология при пневмонии COVID-19 характеризуется следующими изменениями:

1. Неровность плевральной линии.
2. Утолщение плевральной линии.
3. Прерывистость плевральной линии.
4. Отсутствие плевральной линии по поверхности консолидации.
5. Появление В-линий в различных вариантах-единичные, множественные и сливающиеся.
6. Консолидации-кортикальные локальные, распространенные, сегментарные и долевые.
7. Воздушная эхобронхограмма, которая встречается в сегментарных и долевыми консолидациях.
8. Плевральный выпот.
9. Появление А-линий на стадии выздоровления.

Цель работы. На примере клинического случая показать возможность применения нового диагностического метода у больной с атипичной пневмонией.

Материалы и методы. Больная Н., 34 года, рост 164, вес 89, ИМТ – 33 см/кгм², поступила в диагностическое отделение ГУ «ЛГМБ№7» ЛНР с жалобами на чувство жара с повышением температуры до 39,2 °С, выраженная слабость, мышечная боль, чувство нехватки воздуха, малопродуктивный кашель, трудноотделяемая слизистая мокрота, одышка, усиливающаяся при минимальной бытовой нагрузке, выраженная потливость, головокружение. После проведения КТ зона поражения соответствует 36% (КТ 2, двусторонняя полисегментарная пневмония).

Получены результаты лабораторного обследования: СРБ- больше (+++), показатели других клинических и биохимических анализов в пределах референтных интервалов. Лечение проводилось согласно протокола.

Учитывая состояние пациентки: клиническое улучшение при сохраняющейся аускультативной картине пневмонии назначен рентген контроль ОГК в прямой проекции: отмечается снижение прозрачности легочной ткани с обеих сторон по типу «матового стекла». Для сравнения назначено УЗИ легких – выраженные (8б) интерстициальные изменения в зоне 2 с положительной градацией 1б – что соответствует рентгенологической картине изменений легких.

Учитывая отсутствие возможности контроля КТ, ОГК и повторяемость рентгенологического обследования, дальнейшее динамическое наблюдение проводилось методом УЗИ легких. При выписке: динамика положительная, сомнительно только в зоне 10 и 6 (слева), линии четкие, плевральная линия утолщена, неровная. Улучшение с положительной динамикой на УЗИ соответствует клинической картине заболевания и аускультативной картине легких (дыхание везикулярное, хрипов нет).

Выводы.

1. В условиях карантинной инфекции ранняя диагностика атипичной пневмонии позволяет своевременно корректировать медикаментозную терапию, что позволит снизить смертность и вероятность развития осложнений.

2. КТ – наиболее информативный метод, однако доступность, кратность использования и затратность не дает возможности применить этот метод повсеместно.
3. Сочетание рентгенологического метода и УЗИ обследования легких позволяет в достаточно высокой точностью оценить степень поражения, и вести динамическое наблюдение за процессом с использованием в дальнейшем только УЗИ.

УДК: [616-002.5-085+547.262]: 611.61.099-092.9

Дещинский М. Р., Севостьянова В. С., Вайленко Д. С., Баранова В. В.

**ИЗУЧЕНИЕ ТОКСИЧЕСКОГО ВЛИЯНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ
ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С РАСТВОРОМ ЭТИЛОВОГО СПИРТА НА
ПОЧКИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ**

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

Кафедра медицинской химии, Кафедра физиологии

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

Актуальность. Нефротоксичность— способность некоторых химических веществ (включая лекарства) оказывать токсическое действие, проявляющееся поражением почек. На фоне длительной лекарственной терапии может возникнуть проблема повреждения почек, которая является актуальной и важной для оценки прогноза жизни больных туберкулезом легких, злоупотребляющих алкоголем. В настоящее время синтезировано большое количество новых противотуберкулезных препаратов, но, к сожалению, они не лишены собственных токсических свойств. В связи с чем, возникает необходимость оценить токсические свойства сочетанного воздействия алкоголя и противотуберкулезных средств на организм.

В диапазоне нежелательных реакций (НР) при химиотерапии (ХТ) больных туберкулезом, частота нефротоксических реакций варьирует от 5 до 16% по данным авторов. Для развития лекарственно индуцированной нефротоксичности у больных туберкулезом имеются все предпосылки: наличие тяжелого инфекционного заболевания с интоксикационным синдромом и полиорганным поражением внутренних органов, длительный прием большого количества (5-6 и более) противотуберкулезных препаратов (ПТП), наличие сопутствующей патологии (хронические заболевания почек, диабет, гепатиты).

Алкоголь - является психоактивным веществом, вызывающим зависимость, которое широко используется во многих культурах на протяжении столетий. Поражение почек при алкоголизме развивается вследствие прямого токсического действия суррогатов алкоголя и его метаболитов на почечную ткань. Небольшие дозы алкоголя повышают мочеотделение, что связано с раздражающим действием спирта. Поражения почек определяется формой алкоголизма, длительностью злоупотребления алкоголем, взаимодействием его с лекарственными препаратами, тяжестью поражения внутренних органов (печени, поджелудочной железы, скелетных мышц, системы иммунитета и кроветворения), что позволяет рассматривать поражение почек при алкоголизме в рамках алкогольной болезни. У больных туберкулезом на фоне употребления алкоголя токсические изменения могут быть обусловлены суммационным нежелательным действием и химиопрепаратов, и алкоголя.

Цель: Изучение токсического влияния противотуберкулезной терапии в сочетании с раствором этилового спирта на почки экспериментальных животных.

Материалы и методы. Эксперимент был проведен на белых беспородных половозрелых крысах мужского и женского пола массой 200-230г на базе вивария ГУ ЛНР «ЛГМУ им. Св. Луки».

Животные в течение всего срока исследования содержались в условиях вивария на стандартном рационе не более шести особей в клетке в соответствии с правилами работы с лабораторными животными.

Эксперимент был проведен на 60 белых беспородных крысах обоего пола, которые были разделены на группы: контрольная (К), группа 1 - животные употребляющие ежедневно 15% спирт (С), группа 2 – крысы получавшие ежедневно I ряд противотуберкулезных препаратов (I), группа 3 - крысы получавшие ежедневно I ряд и 15% спирт (IC), группа 4 крысы получавшие ежедневно II ряд противотуберкулезных препаратов (II), группа 5 крысы получавшие ежедневно II ряд и 15% спирт (IC). Препараты вводились внутривенно, за исключением канамицина, он вводился внутримышечно. Забои проводились на протяжении 120 дней с интервалом 30 день.

Изменения морфометрических показателей экспериментальных крыс сравнивались с показателями животных группы контроля.

Массовые коэффициенты (МК) органов рассчитывались по формуле:

$$MK, (\%) = \frac{\text{масса органа} * 100}{\text{масса тела}}$$

Результаты и их обсуждение. В результате исследования при проведении морфометрии, было выявлено, что наибольшее увеличение всех параметров органа в группе (длина почки на 40%, ширина - на 38 % и толщина - на 4%), получавшей препараты второго ряда в комбинации с раствором этилового спирта по сравнению с аналогичными показателями в контрольной группе. Это может подтверждать аддитивный факт токсического действия противотуберкулезных препаратов с добавлением к приему препаратов 15% раствора этилового спирта, по сравнению с другими экспериментальными группами.

Как правило, успешное лечение туберкулеза сопровождается нормализацией гемограммы. Однако у части больных в ходе противотуберкулезной терапии появляются негативные сдвиги гематологических показателей, свидетельствующие о нежелательном побочном действии противотуберкулезных препаратов. В норме содержание креатинина в плазме крови крыс колеблется от 60 до 90 мкмоль/л. Применение противотуберкулезных препаратов с добавлением 15% раствора этилового спирта, привело к некоторым изменениям концентрации креатинина в крови крыс.

Показатели креатинина крови при применении противотуберкулезных препаратов в сочетании с этиловым спиртом, (мкмоль/л)

Экспериментальные группы, n=60	Сроки забоев			
	30 день	60 день	90 день	120 день
К	54,3	68,2	64,2	59,2

С	59,6	35,7	75,4	64,2
I	41,8	60,8	115	150
IC	64,3	66,6	59	78,9
II	66	61,8	160,5	127
IIC	55	61,8	191,9	119,5

Так, при воздействии препаратов на 30 день проведения эксперимента отмечается снижение уровня креатинина крови на 37%; на 60 день – все показатели были в пределах нормы, и только в группе животных, получавших ежедневно спирт (С)- на 40% ниже нормы, в случае совместного потребления противотуберкулезных препаратов и спирта (IIC) – на 62% повышен. К третьему месяцу проведения эксперимента на 90 день– показатель креатинина был превышен максимально - на 69% также при совместно употреблении ПТП 2-го ряда и спирта. К четвертому месяцу (на 120 день) – уровень креатинина был повышен на 64 % в этой же группе, возможно из-за развития компенсаторных механизмов организма животных.

Становится очевидным, что применение противотуберкулезных препаратов с добавлением 15% раствора этилового спирта, имеет выраженное токсическое действие на почки.

Выводы. У животных всех экспериментальных групп к концу второго месяца проведения эксперимента регистрировались увеличение не только абсолютных показателей органометрии, но и относительного интегрального показателя массового коэффициента (МК) – позволяющего оценить и подтвердить наличие токсического воздействия на изучаемые органы.

Наиболее выраженные изменения проведенной органометрии наблюдались у крыс, принимавших препараты 2-го ряда совместно с 15%-ным раствором этилового спирта, что может указывать на взаимоотягощающее токсическое влияние алкоголя и химиопрепаратов на почки, что приводит не только к морфологическому повреждению, но и нарушению функционирования органа.

Исследование креатинина крови показывает, что к концу наблюдений на 120 день – его уровень был повышен на 64% в группе при сочетанном употреблении спирта и противотуберкулезных препаратов второго ряда, это свидетельствует о токсичном действии противотуберкулезных препаратов.

УДК: [616-002.5-0,85+612.392.4]:616-092.9 «4641»

Копытин И. М., Копытин Д. М., Баранова В.В., Паринов Р.А., Вайленко Д.С.
ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ И ВЫЖИВАЕМОСТИ КРЫС В
УСЛОВИЯХ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ НА
ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИЕЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Тананакина Т.П.

Кафедра физиологии

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

Актуальность. Туберкулез остается глобальной мировой проблемой, унося более 1,5 млн. жизней ежегодно. Лечение этого заболевания требует длительного одновременного приема 4-5 противотуберкулезных химиопрепаратов. К сожалению, пациенты с туберкулезом достаточно часто относятся к дезадаптированным слоям населения и продолжают употребление алкоголя в процессе длительного лечения туберкулеза (основной курс лечения может длиться от 6 до 20 месяцев), что существенно может осложнять клиническую картину заболевания и сам процесс терапии. На этом фоне снижается эффективность лечения и повышает риск развития нежелательных явлений приема препаратов.

Цель: Учитывая вышеизложенное, является актуальным изучение сочетанного воздействия этанола на организм лабораторных животных на фоне проводимой химиотерапии туберкулеза.

Материал и методы. Эксперимент был проведен на белых половозрелых беспородных крысах на базе научной лаборатории кафедры физиологии ГУ ЛНР «ЛГМУ имени Святителя Луки».

Животные были разделены на 6 групп – контроль и пять экспериментальных в зависимости от вариантов сочетания противотуберкулезных препаратов (АБП) основного и резервного рядов, используемых для лечения туберкулеза с сохраненной чувствительностью микобактерий туберкулеза и при развитии лекарственной устойчивости МБТ к АБП. Препараты вводились крысам внутривенно, кроме канамицина, который вводился внутримышечно. Дозы препаратов рассчитывались в соответствии с руководством по проведению доклинических исследований Хабриева Р. У.

Модель хронической алкоголизации сформирована методом искусственной полидипсии, в котором животные вынуждены употреблять только 15% раствор этилового спирта в комбинации с АБП.

Для оценки поведения животных использовался метод «Открытого поля». Регистрируемые параметры метода «Открытого поля» (формы поведения): 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. Те животные, которые меньше передвигаются, считаются более тревожными, чем те, которые достаточно много передвигаются, сравнивая с поведением животных контрольной группы. Данный метод применялся для изучения поведенческих реакций в двигательном компоненте ориентировочной

реакции и эмоциональной реактивности животных, определяя уровень их стрессоустойчивости и тревожности.

Результаты и их обсуждение. При проведении эксперимента было выявлено, что у двух трети экспериментальных крыс практически во всех группах, наблюдалось больше особей с повышенным уровнем тревожности (более 75%), по сравнению с контрольной группой, где данный показатель достиг только до 40%.

В экспериментальной группе №5, все животные, получавшие II ряд препаратов и 15% спирт, погибли в период от одной до двух недель. При этом гибель животных в контрольной группе в экспериментальных 1,2,3,4 экспериментальных группах не наблюдалась. Но на этом фоне в третьей группе было отчетливо видно изменение поведения животных, получавшая, I ряд противотуберкулезных препаратов (HREZ) и 15% этанол. Животные в группе №4, принимавшие идентичные препараты II ряда с одинаковыми дозировками без сочетания спирта, выжили.

При этом, было зарегистрировано, что до гибели экспериментальных животных 5-й группы на протяжении первых двух недель наблюдения фиксировались изменения в поведении. Так, к 7-му дню наблюдения за животными у них регистрировалось раздражающее действие света и звука. Также отмечались судорожные движения конечностей у части животных данной группы. На 7-е сутки зафиксирована первая гибель, далее на 8-й, 10-й, 13-й и 14- день эксперимента.

При вскрытии были обнаружены макроморфологические изменения внутренних органов животных. В частности, увеличены размеры печени, и при визуальном осмотре определялись точечные геморрагии на капсуле органа; почки, наоборот, были уменьшены в размерах, бледные, также с участками геморрагических изменений.

Оценка функции выживаемости животных, проводилась по формуле названная множительной оценкой, которая впервые была предложена Капланом и Мейером:

$$S(t) = \frac{R_t - d_t}{R_t}, \text{ где}$$

R_t - число объектов, доживающих до момента времени, исключая выбывших,

d_t - число объектов, для которых произошёл исход в момент времени,

S_t - вероятность исхода.

Преимуществом метода Каплана-Мейера, является то, что этот метод справляется с цензурированными данными, т.е. учитывается, что особи могут выбывать в ходе эксперимента (таблица).

Определение выживаемости экспериментальных животных

П о к а з а т е л и	День эксперимента													14
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
R_t	1	1	1	1	1	1	9	8	8	6	6	5	3	1
d	0	0	0	0	0	0	1	2	2	4	4	5	7	9

и ионный транспорт, регулирует биоэнергетические реакции митохондрий, а также оказывает влияние на естественную репарацию клеточных мембран. Поэтому при воздействии на организм экзогенных и эндогенных вредных факторов (в том числе различные заболевания, прием медикаментов) процессы перекисного окисления липидов могут приобретать патологический характер и приводить к нарушениям функциональных свойств клетки, органов и систем, способствуя снижению адаптационных возможностей организма. Нарушения свойств биологических мембран – одна из наиболее важных составляющих любого патологического процесса в организме. Повреждающему действию перекисного окисления липидов препятствует многокомпонентная антиоксидантная система, которая обеспечивает связывание радикалов, предупреждает образование или инактивирует перекиси. Поэтому знать уровни показателей основных продуктов перекисного окисления и антиоксидантной системы важно при оценке влияния терапевтического лечения туберкулеза на фоне приема раствора этанола. Об интенсивности перекисного окисления липидов (ПОЛ) судят по накоплению молекулярного продукта - малонового диальдегида (МДА) в органах и крови, а об активности основных антиоксидантных ферментов крови говорит уровень супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы.

Лечение больных туберкулезом требует длительного, непрерывного и одновременного приема 4-5 антибактериальных препаратов, которые, помимо терапевтического эффекта, нередко оказывают опосредованное или прямое повреждающее действие на многие органы и системы, особенно на фоне хронической алкоголизации.

Цель работы. Оценка изменения органомерических параметров легких, перекисного окисления липидов и системы антиоксидантной защиты у экспериментальных животных, длительно принимающих противотуберкулезные препараты на фоне хронической алкоголизации.

Материалы и методы. Эксперимент был проведен на белых беспородных половозрелых крысах мужского и женского пола на базе ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки». Животные в течение всего срока исследования содержались в условиях вивария на стандартном рационе не более шести особей в клетке в соответствии с правилами работы с лабораторными животными. 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, учитывались их вес, возраст, двигательная активность и состояние шерстяного покрова.

После внешнего осмотра и отбраковки, крыс делили на шесть групп: Контрольная (крысы, не получающие ЛП и этиловый спирт); группа 1 (крысы, имеющие постоянный доступ к 15% раствору этилового спирта и не имеющие доступа к воде); группа 2 (крысы, получающие препараты 1-го ряда, применяемые при лечении туберкулеза с сохраненной чувствительностью МБТ); группа 3 (крысы, получающие препараты 1-го ряда, применяемые при лечении туберкулеза с сохраненной чувствительностью МБТ+ имеющие постоянный доступ к 15% раствору этилового спирта и не имеющие доступа к воде); группа 4 (крысы, получающие препараты 2-го ряда, рекомендуемые для лечения пациентов с мультирезистентным туберкулезом); группа 5 (крысы, получающие препараты 2-го ряда, рекомендуемые для лечения

пациентов с мультирезистентным туберкулезом + имеющие постоянный доступ к 15% раствору этилового спирта и не имеющие доступа к воде). Введение препаратов проводилось в течение 120 дней в вышеуказанных дозах. Препараты вводились животным внутривенно, кроме канамицина, который вводился внутримышечно.

Для оценки уровня МДА (малонового диальдегида, пкмоль/л %) и каталазы использовался метод спектрофотометрии и фотоэлектроколориметрии.

Экспериментальный забой крыс производился в четырехмесячном возрасте. Для проведения анализа морфометрии органов мы измеряли длину, ширину, толщину и массу органов, для более точного анализа изменений в них. Так же для нас были информативными значения массового коэффициента (МК) - процентное отношение массы органа к телу, интегральный показатель, используемый в токсикологии для оценки состояния внутренних органов.

Результаты и их обсуждение: Органы, извлеченные при некропсии взвешивали влажными, как можно быстрее после некропсии, чтобы избежать их высыхания, парные органы взвешивали вместе. Изменения морфометрических показателей экспериментальных крыс сравнивались с показателями животных группы контроля. К четвертому месяцу проведения эксперимента отмечалось наибольшее увеличение МК по сравнению с группой контроля в 3 группе (I ряд + 15% спирт) на 26,09%. В меньшей степени во 2 группе (I ряд) на 11,8% и практически не регистрировалось увеличение массового коэффициента в группах где животные получали препараты второго ряда и спирт 0,9% -1,2%.

При визуальном контроле на поверхности легких во 2 и 3 группах наблюдались точечные кровоизлияния, узелки, цвет висцеральной плеврой неравномерно-розовый.

Анализ продуктов реакций ПОЛ и каталазы позволил нам понять механизмы развития серьезных последствий после сочетанного приема противотуберкулезных препаратов с этиловым спиртом и определить так называемый маркер окислительного стресса организма (таблица).

Показатели ПОЛ в группах к 120 дню эксперимента

№ п/п	Группы	МДА	Каталаза
1	Контроль	0,205	0,127
2	1 группа: 15% спирт	1,218 (↑494,14%)	0,291 (↑129,13%)
3	2 группа: I ряд препаратов	0,321 (↑56,58%)	0,202 (↑59,05%)
4	3 группа: I ряд + 15% спирт	0,538 (↑162,92%)	0,075 (↓40,94%)
5	4 группа: II ряд препаратов	0,744 (↑262,92%)	0,202 (↑59,05%)
6	5 группа: II ряд + 15% спирт	2,000 (↑875,61%)	0,326 (↑156,69%)

Во всех группах регистрировалось увеличение как МДА, за счет выраженного нарушения перекисного окисления липидов, так и каталазы за счет включения адаптационных механизмов антиоксидантной защиты. Но необходимо отметить, что

интенсивности перекисного окисления липидов превышала показатели антиоксидантной защиты в 5,6 раза у животных 5 группы, получавших II ряд + 15% спирт, что указывает на наличие окислительного стресса при данной терапии у животных.

Выводы. У экспериментальных животных, длительно принимающих противотуберкулезные препараты на фоне хронической алкоголизации к четвертому месяцу проведения эксперимента было выявлено изменения органомерических параметров легких и отмечалось наибольшее увеличение массового коэффициента по сравнению с группой контроля у животных принимающих I ряд противотуберкулезных препаратов и 15% спирт на 26,09%. Кроме того, была зарегистрирована активация перекисного окисления липидов с увеличением уровня малонового диальдегида на 875 % по сравнению с группой контроля при ежедневном приеме противотуберкулезных препаратов II ряд и 15% спирт и нарушение баланса с системой антиоксидантной защиты. С преобладанием в 5,6 раза перекисации липидов над активностью основных антиоксидантных ферментов крови.

УДК: [616-002.5-085+612.393.1]: 611.24:616-098.9

Поздняков А. С., Першина А.С., Баранова В.В., Вайленко Д.С.

**АНАЛИЗ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПЕЧЕНЬ НА ФОНЕ
ПРИЕМА АЛКОГОЛЬСОДЕРЖАЩИХ ВЕЩЕСТВ.**

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

Кафедра физиологии. Кафедра медицинской химии

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

Актуальность. Туберкулез – это заболевание, распространившееся по всему миру. Около четверти людей в мире имеют латентную туберкулезную инфекцию – инфицированы. Это заболевание является одним из 10 ведущих причин смертности населения в мире. Туберкулез, как оппортунистическая инфекция, – главная причина смертности людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). В свою очередь, проблема злоупотребления алкоголем – огромный враг человечества. На уровне общества, наиболее пьющим регионом в мире является Европейский союз, где более одной пятой населения в возрасте старше 15 лет сообщает об эпизодическом употреблении алкоголя в больших количествах (пять или более стандартных порций, или 60 г спирта за один раз) как минимум раз в неделю. Эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах широко распространено среди всех возрастов и во всей Европе, в том числе среди молодежи. В Европейском регионе ВОЗ доля общего нездоровья и преждевременной смертности, обусловленная употреблением алкоголя, самая большая в мире. Бытовое пьянство и алкоголизм часто регистрируются среди больных туберкулезом. Противотуберкулезные препараты, как химиопрепараты, подавляющие размножение возбудителя туберкулеза – микобактерии, являются токсическими веществами для организма пациента, способные вызывать различные нежелательные явления с нарушением не только функции внутренних органов, но и приводящие к различным структурным повреждениям органов-мишеней (печени, почек, кишечника

и др.). Алкоголь в комбинации с различными препаратами, такими как антибактериальные, способен приумножать их побочные эффекты.

Цель: Оценка изменений органомерических и функциональных показателей повреждения печени крыс на фоне употребления противотуберкулезных препаратов совместно с раствором этилового спирта.

Материалы и методы: Эксперимент был проведен на 48 белых беспородных крысах обоего пола, которые были разделены на группы: контрольная (К), группа 1 – животные, употребляющие ежедневно 15% спирт (С), группа 2 – крысы, получавшие ежедневно I ряд противотуберкулезных препаратов (I), группа 3 – крысы, получавшие ежедневно I ряд и 15% спирт (IC), группа 4- крысы, получавшие ежедневно II ряд противотуберкулезных препаратов (II), группа 5- крысы, получавшие ежедневно II ряд и 15% спирт (ISC). Препараты вводились внутривенно, за исключением канамицина, он вводился внутримышечно. Забои проводились на протяжении 120 дней с интервалом 30 день.

Изменения органомерических параметров печени экспериментальных крыс проводились относительно органомерических параметров крыс контрольных групп с определением массового коэффициента (МК) печени, который рассчитывался по формуле: $МК = \frac{\text{масса органа}}{\text{масса тела}}$

Уже через месяц проведенного эксперимента были зарегистрированы увеличение массового коэффициента печени в группах получавших противотуберкулезные препараты II ряда на 0,44% по сравнению с показателями контрольной группы и на 0,94% - при их комбинации со спиртом. К второму месяцу в этих же группах рост показателя МК был более значимым и увеличился на 1,41% - без комбинации со спиртом и на 1,41% - в комбинации со спиртом, что может указывать на увеличение размер печени на фоне развившегося поражения печени. У эксперименты животных, получавших препараты в течение 90 дней МК печени был увеличен на 0,68% - без комбинации со спиртом и на 1,08% - в комбинации со спиртом. При этом появляется тенденция к уменьшению показателя изучаемого параметра по сравнению с предыдущим этапом исследования за счет возможного развития фиброз или цирроза печени, что может быть изучено на гистологическом уровне.

Для исследования функции печени на фоне проводимого эксперимента у животных каждые 30 дней наблюдения изучались биохимические показатели венозной крови (забор производился из бедренной вены). Анализировались уровень ферментов крови аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ), характеризующих наличие цитолитического поражения гепатоцитов. Для повышения объективности сравнительной характеристики данных эндогенных ферментов печени в крови рассчитывался коэффициент Де Ритиса, который представляет собой отношение АЛТ к АСТ (АЛТ/АСТ). Наибольшие изменения при изучении уровня ферментов печени были зарегистрированы в группах животных, получавших противотуберкулезные препараты 2-го ряда и спирт (таблица).

№ п/п	Срок определения биохимических показателей	Группы наблюдения	АЛТ, мкмоль/л	АСТ, мкмоль/л	Коэффициент Де Ритиса АЛТ/АСТ
-------	--	-------------------	---------------	---------------	-------------------------------

		Контроль (К)	34,45	99,5	3,12
1	На 30 день	II ряд противотуберкулезных препаратов (II)	67,9	188,4	3,1
		II ряд и 15% спирт (IIC)	87,9	214,9	2,6
2	На 60 день	II ряд противотуберкулезных препаратов (II)	73,9	230,6	3,2
		II ряд и 15% спирт (IIC)	111,4	235,6	2,2
3	На 90 день	II ряд противотуберкулезных препаратов (II)	84,4	233,4	2,8
		II ряд и 15% спирт (IIC)	118,6	230,3	1,96
4	На 120 день	II ряд противотуберкулезных препаратов (II)	96,0	480,1	4,9
		II ряд и 15% спирт (IIC)	166,9	418,0	2,1

В динамике наблюдения отмечается увеличении токсического действия противотуберкулезных препаратов на печень в большей степени при приеме противотуберкулезных препаратов через 4 месяца эксперимента: в 2,8 раза увеличен уровень АЛТ и 4,8 раза АСТ, АЛТ/АСТ в 1,6 раза, еще более значимое повышение изучаемых показателей было выявлено в группе животных, получавших кроме препаратов 15% спирт: АЛТ в 4,9 раза, АСТ в 13,9 раз, АЛТ/АСТ 1,6 соответственно.

Проведя исследования четырех поочередных забоев экспериментальных животных, наблюдалось увеличение показателей АЛТ и АСТ не только по отношению к исходным значениям контрольной группы животных, но и с течением времени эксперимента, на каждом последующем сроке проведенных забоев отмечалось стойкое существенное увеличение уровня данных маркеров цитолитического синдрома повреждения печени. При этом коэффициент Де Ритиса с течением времени имел тенденцию к уменьшению, что может указывать на возрастающее токсическое действие комбинации препаратов и спирта не только на печень, но и на сердечную мышцу, то требует дальнейшего углубленного изучения. У животных, получавших препараты в комбинации со спиртом, с течением времени данные показатели изменялись быстрее в несколько раз.

Выводы. Таким образом, выявлено в ходе проведенного эксперимента, что противотуберкулезные препараты 1 и 2 ряда обладают значительным гепатотоксическим эффектом, который становится более выраженным при употреблении спиртосодержащих веществ.

УДК: [616-002.5-085+612.393.1]: 611.24:616-098.9

Унукович К. Ю., Кривошеков М. В., Третьякова В. А. Алиева А.А., Вайленко Д.С.
**ТОКСИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ И
ЭТАНОЛА НА СЕРДЦЕ И ПОКАЗАТЕЛИ КРАСНОЙ КРОВИ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ КРЫС**

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

Кафедра медицинской химии. Кафедра физиологии.

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

Актуальность: Оставаясь актуальной проблемой мирового сообщества туберкулез, к сожалению, уносит до 1,5 млн. жизней ежегодно, в том числе более 230 тысяч детей погибают от этой инфекции. Поэтому разработка и внедрение в лечебную практику новых противотуберкулезных препаратов и схем лечения становятся основным направлением экспертов в противостоянии с туберкулезом. Химиотерапия заболевания предполагает назначение 4-6 препаратов, что приводит к возникновению проблемы полипрогнозии и развития, на этом фоне, нежелательных явлений в процессе проведения длительного лечения пациентов. Как известно из работ специалистов, при приеме противотуберкулезных препаратов возникают лекарственно индуцированных поражений многих органов и систем пациента. В том числе зарегистрированы и гематотоксические негативные эффекты современных противотуберкулезных средств, которые проявляются не только угнетение кроветворения, но и морфологически изменяют клетки крови. Среди пациентов туберкулезом достаточно часто регистрируется бытовое пьянство и/или алкоголизм, что также может приводить к поражению внутренних органов и систем у больных. Особое внимание следует уделить состоянию миокарда и сердечнососудистой системе в целом на фоне нарушения кроветворения и дифференциации клеток крови. Необходимо оценить возможное куммулирующее негативное действие алкоголь содержащих веществ и противотуберкулезных химиопрепаратов.

Цели: изучить воздействие противотуберкулезных препаратов основных и резервных, применяемых при лечении туберкулеза с сохраненной чувствительностью и наличии лекарственной устойчивости в сочетании с этиловым спиртом на сердце и уровень гемоглобина периферической крови у крыс, как маркеров развития анемического синдрома, легочно-сердечной недостаточности, обусловленных лекарственно индуцированными поражениями.

Материалы и методы: Исследование было проведено на белых беспородных лабораторных крысах репродуктивного возраста. Для эксперимента животные были разделены на 6 групп в зависимости от принимаемых препаратов и с учетом свободного доступа к раствору этилового спирта. Дозы принимаемых препаратов рассчитывались в соответствии с унифицированными методиками по доклиническим исследованиям.

Забои были выполнены через 1, 2 и 3 месяца проведения эксперимента. Перед забоем экспериментальных животных осуществлялся забор крови с хвостовой вены и проводилась морфометрия сердца.

Результаты и их обсуждение: Изменение показателя гемоглобина (Hb) может свидетельствовать о развитии анемического синдрома. Наиболее выраженным снижением Hb было зарегистрировано в группах крыс принимающих 2 ряд противотуберкулезных препаратов в сочетании с 15% раствором этилового спирта. Так, на 30 день приема выше указанных лекарственных средств количество гемоглобина (Hb) в 5 экспериментальной группе на 31%, были ниже показателей Hb в сравнении с контрольной группой крыс. В последующем наблюдении отмечалось отрицательная динамика снижения показателей гемоглобина при приеме противотуберкулезных препаратов в большей степени II ряда на каждом этапе проводимого эксперимента (таблица).

Показатели гемоглобина периферической крови у крыс на различных этапах эксперимента

№ п/п	Группы, n=90	Сроки забора крови		
		30 дней	60 дней	90 дней
1	Контроль	128	128	123
2	1 гр: Спирт 15%	120	113	111
3	2 гр: I ряд ПТП	121	103	108
4	3 гр: I ряд ПТП + Спирт 15%	125	117	121
5	4 гр: II ряд ПТП	107	95	90
6	5 гр: II ряд ПТП + Спирт 15%	104	87	84

При проведении органометрии сердца было зарегистрировано увеличение его размеров практически во всех группах, по сравнению с группой контроля (от 11,0% до 23,9%). Но наиболее выраженным это было зафиксировано в группе крыс, получавших химиопрепараты II ряда без сочетания с 15% спиртом, что указывает на ведущее место в лекарственно индуцированном поражении миокарда именно химиопрепаратов II ряда.

Вывод: Изучение показателя гемоглобина при лечении туберкулеза может служить маркером развития негативных гемотоксических эффектов терапии. При этом отмечается кумулятивный эффект, так как худшие показатели регистрировались к 3-му месяца приема химиопрепаратов. Кроме того, было зафиксировано негативное аддитивное влияние приема спирта совместно с противотуберкулезными препаратами. Анемический синдром развивался на почве негативного влияния на красный костный мозг, а именно на эритроцитарный росток, что требует изучения не только уровня гемоглобина, но и количества и качества эритроцитов. Патологическое влияние анемии на сердечную мышцу опосредовано компенсаторными гемодинамическими

механизмами. Хронизация этого процесса приводит к гипертрофии миокарда, что было подтверждено увеличением размеров сердца по сравнению с группой контроля.

УДК 371.3:616-057.875:616.98-036.21

¹Дмитриева А. Г., ²Погорелов П. В., ¹Погорелова И. А.

**ВЛИЯНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ
НА САМОЧУВСТВИЕ СТУДЕНТОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ
КОРОНАВИРУСА COVID-19**

Научный руководитель: канд. 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. Из-за быстрого роста заболеваемости, в сложившейся ситуации с COVID-19, во всем мире всем обучающимся пришлось перейти полностью на дистанционное обучение. Учебный процесс превратился из «живого» в виртуальный. Участие в нем стало возможным лишь с помощью компьютеров и прочих девайсов, которые открывают новые возможности для межличностной коммуникации в процессе образования.

Ученые озабочены тем, чтобы появление и активное применение компьютерных технологий в учебном процессе не стало дополнительным фактором ухудшения здоровья. Для этого необходимо, чтобы обучение с использованием компьютера соответствовало не только возрастным возможностям организма обучающегося, но и его рабочее место отвечало бы гигиеническим требованиям безопасности.

Цель исследования: на основе изучения литературы и анализа обучения в современных условиях в ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» определить комплексное влияние электромагнитного излучения и дистанционного обучения на самочувствие студентов во время пандемии COVID-19.

Материалы и методы. В работе использовались методы теоретического и эмпирического исследования, социологический опрос.

Респондентам была предложена анкета, включающая несколько блоков вопросов: характеризующих режим пользования телефоном и компьютером, условия соблюдения техники безопасности, информированность о влиянии электромагнитного излучения на здоровье; вопросы о влиянии дистанционного обучения на самочувствие студентов.

В опросе принимали участие 272 студента (191 девушка и 81 юноша в возрасте от 18 до 34 лет) 2-5 курсов 1 и 2 медицинского факультета ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ».

Сбор данных проводился онлайн, используя для создания анкеты Сервис опросов Simpoll, рассылая ссылку для распространения анкеты по e-mail, Вконтакте, Viber, WhatsApp.

Результаты и их обсуждение. Исследование показало, что первый опыт пользования сотовым телефоном респонденты приобрели в возрасте 7-14 лет (73,2%), средняя продолжительность пользования ПК составила 5-15 лет (62%). Более двух третьих опрошенных студентов носят свои сотовые телефоны в кармане одежды и менее четверти – в сумке. Оценивая расстояние от уха пользователя до телефона, при разговоре прижимают трубку к уху около 79%.

Почти все респонденты (83%) не выключают телефон на ночь, сотовые телефоны находятся в режиме ожидания и во время сна, при этом лишь пятая часть опрошенных студентов во время сна хранит телефон на относительно безопасном расстоянии – 1 м и более.

Что касается условий работы на ПК, то в результате исследования установлено, более половины опрошенных (59,5%) обычно проводят перед компьютером 5-8 и более часов, при этом большая часть респондентов (66%) – находятся перед монитором без перерыва более 1 часа, из них половина – более 3 часов подряд.

В результате исследования установлено, что большая часть опрошенных не соблюдают технику безопасности при работе с ПК: не выключают компьютер, если не пользуются им – 54%; пользуются ПК в вечернее время суток – 92%; при этом не пользуются дополнительным освещением – 84%; к тому же, более чем у четверти опрошенных студентов, при работе с ПК расстояние от глаз до монитора составляет менее 50 см.

В целом более четверти респондентов оценивают свое состояние здоровья при работе с девайсами, как удовлетворительное и немногим более 2%, как плохое.

Оценивая эффективность собственного опыта обучения, большинство опрошенных респондентов (79%) отметили традиционную очную форму обучения, утверждая, что именно в этой форме всего в меру. Остальные (21%) предпочли дистанционное обучение, выделяя лишь долгое времяпрепровождение дома.

Оценивая эмоциональное самочувствие, большинство студентов (73%) отметили, что легко адаптировались к новым условиям, поскольку они способны и готовы к изменениям. Однако более чем четверть студентов (27%) испытывают дискомфорт, обусловленный, прежде всего, отсутствием живого общения, удручающей обстановкой.

В ходе исследования мы пришли к **выводу**:

1. Практически все студенты информированы о негативном влиянии сотовых телефонов и компьютеров на здоровье человека и все же пользуются ими постоянно. При этом гарнитурой к сотовому телефону пользуются только 13% студентов. Практически все пользуются телефоном в транспорте, что также усиливает неблагоприятное воздействие на здоровье.

2. Подавляющее число пользователей не соблюдают режим и условия безопасной работы с девайсами, вследствие чего значительная часть респондентов отмечают нарушение самочувствия (боли в спине и суставах верхних конечностей; раздражительность, низкая стрессоустойчивость, склонность к депрессии; компьютерно-зрительный синдром и нарушение зрения; бессонница). Только 23% респондентов связывают отмеченные симптомы с использованием девайсов.

3. В период самоизоляции, по данным исследования, у студентов значительно выросла продолжительность «учебных занятий» и время выполнения домашних заданий. Значительно увеличилось время работы с девайсами. При этом у половины опрошенных студентов сократилась физическая активность.

4. Третья часть респондентов считают дистанционное обучение приемлемым и комфортным, значительная же часть студентов (свыше 63%) в той или иной мере испытывают дискомфорт. Более четверти респондентов (27%) испытывают дискомфорт, обусловленный, прежде всего, отсутствием живого общения, удручающей обстановкой. Это означает, что каждый четвёртый студент находится, по сути, в стрессовой ситуации.

5. Практически половина опрошенных (50%) отметили отрицательное влияние дистанционного обучения на режим сна, пищевые привычки и зрение, аргументируя тем, что долгое пребывание дома и нагрузка со стороны образовательного учреждения приводят к дефициту времени и переутомлению организма.

6. Оценивая факторы, мешающие успешному обучению в дистанционном формате, чаще всего студенты выделяли такие проблемы, как «медленные каналы связи», «рост объёма домашней работы», «медленная работа сайта ios.lgmu.ru», «самоорганизация в рамках обучения дома» и др.

7. Характеризуя положительные и отрицательные стороны учёбы в дистанционном формате, основными «плюсами» студенты назвали комфортность работы в домашних условиях и возможность не тратить время на дорогу. Среди «минусов» – отсутствие личного общения, социального контакта.

8. Существенное увеличение объёма домашних заданий по многим изучаемым дисциплинам на фоне самоизоляции, ограниченное пространство, малоподвижность ведёт к ухудшению психологического и физического здоровья студентов.

УДК 613.2/.8:371.3-057.875

Мыщик С. А., Логвинова Л. Д., Исламова Л. А.

**АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕЖИМА ДНЯ СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗа ВО ВРЕМЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Сичанова Е. В.

Кафедра гигиены и экологии

ГУ «Луганский государственный медицинский университет

им. Св. Луки», г. Луганск

Актуальность. В сложившейся ситуации, связанной с пандемией, вызванной вирусом COVID-19, глубокий анализ и осмысление современных тенденций здоровья студентов-медиков, поведенческих характеристик социально-гигиенических факторов и факторов учебного процесса, влияющих на здоровье, является одним из важнейших путей совершенствования медицинской помощи данной категории населения и обеспечения здоровья учащейся молодежи.

Режим дня особенно является важным фактором успешной адаптации к сочетанным воздействиям умственных и физических нагрузок для студентов, находящихся на дистанционном обучении. Однако становится трудной задачей рационально распределять нагрузки за компьютером в течение дня, недели в условиях интенсивной занятости студентов разнообразной деятельностью: видео-пары в ZOOM,

поиск новой информации, электронные учебники, платформа MOODLE, которую создали для обучения студентов на дистанционном обучении.

Цель: изучение некоторых элементов и особенностей режима дня студентов-медиков ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИЛЯ ЛУКИ» во время дистанционного обучения.

Материалы и методы. Исследование проводилось в виде анкетирования по опроснику, специально разработанному доцентом кафедры гигиены и экологии Сичановой Е.В. и оформленному в Google Forms.

В исследовании принимали участие 284 студента 3 курса лечебного факультета (114 лиц мужского пола и 170 - женского) ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИЛЯ ЛУКИ» в возрасте от 18 до 30 лет.

Результаты и их обсуждение. Были проанализированы ответы на предложенные вопросы и получены следующие данные, представленные в таблицах 1-6.

Таблица 1. Характеристика частоты проветривания комнаты студентами лечебного факультета в зависимости от их пола и периода года (в %).

Вид деятельности	Не проветриваю (кол-во лиц), %		Проветриваю 1 раз в день (кол-во лиц), %		Проветриваю более 1 раза в день (кол-во лиц), %	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Проветривание рабочей комнаты в зимнее время	26.3	19.4	48.2	56.5	25.5	24.1
Проветривание рабочей комнаты в теплый период года	7.0	3.0	23.7	27.6	69.3	69.4

Таблица 2. Характеристика времени пребывания на свежем воздухе студентов лечебного факультета в зависимости от их пола и периода года (в %).

Вид деятельности	Ежедневно менее 1 часа (кол-во лиц), %		Ежедневно 1-3 часа (кол-во лиц), %		Ежедневно более 3 часов (кол-во лиц), %	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Пребывание на свежем воздухе в зимнее время	42.1	52.4	44.7	37.0	13.2	10.6
Пребывание на свежем воздухе в теплый период года	10.5	9.4	30.7	32.3	58.8	58.3

Таблица 3. Выполнение физкультпаузы во время работы за компьютером студентами лечебного факультета (в %).

Вид деятельности	ДА (кол-во лиц), %	Нет (кол-во лиц), %
Выполнение физкультпаузы во время работы за компьютером	18.4	81.6

Таблица 4. Занятие физической активностью во внеурочное время студентами лечебного факультета (в %).

Вид деятельности	ДА (кол-во лиц), %	Нет (кол-во лиц), %
Занятие физической активностью во внеурочное время	61.4	38.6

Таблица 5. Характеристика временной физической занятости студентов лечебного факультета (в %).

Вид деятельности	1 раз в неделю (кол-во лиц), %	2-3 раза в неделю (кол-во лиц), %	Ежедневно (кол-во лиц), %
Занятие физической активностью во внеурочное время	37.7	48.3	14.0

Таблица 6. Распределение видов физической активности студентов лечебного факультета.

Вид физической активности:	Кол-во лиц
Ходьба	117
Бег	54
Фитнесс	55
Теннис	9
Тренажерный зал	66
Йога	34
Пилатес	8

Выводы.

1. Около половины всех студентов в зимнее время проветривают рабочую комнату 1 раз в день, вторая половина студентов в равном количестве не проветривает или проветривает комнату более 1 раз в день.
2. В теплый период времени около 70% студентов обоих полов проветривают рабочую комнату более 1 раза в день.

3. На свежем воздухе в зимнее время менее 1 часа и 1-3 часа в день проводят 42.1% и 44.7% студентов мужского пола, соответственно. Половина девушек (52.4%) в зимнее время проводят на свежем воздухе менее 1 часа, а 37.0% из них – 1-3 часа в день.
4. В теплый период времени практически одинаковое количество лиц обоих полов (около 60%) проводят на свежем воздухе более 3 часов в день.
5. Во время работы за компьютером только 18.4% студентов делают физкультпаузу.
6. Больше половины студентов (61.4%) занимаются физической активностью во внеурочное время: ежедневно - только 14.0%, 37.7% - 1 раз в неделю, остальные 48.3% - 2-3 раза в неделю.
7. Наибольшей популярностью среди различных видов физической активности среди студентов-медиков пользуются ходьба, тренажерный зал и другие виды спорта. Наименьшее количество студентов занимаются пилатесом и теннисом.

УДК 615.5-003.871-056.7

Антощенко В. Н., Свинарева И. В.

К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯ АНГИОКЕРАТОМЫ ФАБРИ

Научный руководитель: ассист. Хайминов Евгений Михайлович

Кафедра дерматовенерологии

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет

им. Святителя Луки»

г. Луганск

Актуальность. Ангиокератома Фабри является одним из кожных проявлений болезни Фабри. Болезнь Фабри является редкой X-сцепленной лизосомальной болезнью накопления (после болезни Гоше) и встречается с частотой 1 на 117 000 в Австралии, 1 на 476 000 в Нидерландах, 1 на 40 000-60 000 мужчин в США и возникает абсолютно во всех расовых группах. Более распространенным является легкое, атипичное течение болезни Фабри с поражением одного органа. Так как это наследственное заболевание, передающееся, в основном, мальчикам, то актуальность состоит в изучении врачами дерматовенерологами и разъяснении больным этой редкой болезнью механизмов передачи данного заболевания детям, клинической картины и методов лечения.

Цель: ознакомить врачей дерматовенерологов и врачей общей практики с клиническими особенностями течения болезни Фабри, механизмами возникновения ангиокератомы Фабри и методами лечения данной патологии.

Материалы и методы. При подготовке материала по данной теме была изучена учебная литература по дерматовенерологии, научные статьи, иностранная научная литература.

Результаты и их обсуждение. Болезнь Фабри (болезнь Андерсона- Фабри) – это редкая X-сцепленная лизосомальная болезнь накопления, причиной которой является врожденный дефицит α -галактозидазы А, в результате чего формируется неспособность к катаболизму гликофинголипидов, которые накапливаются в

лизосомах, способствуя развитию лизосомальных и клеточных дисфункций, что, в свою очередь, вызывает каскад ишемии и фиброза тканей.

Болезнь Фабри обусловлена мутациями в гене GLA, который кодирует фермент α -галактозидазу А и находится на длинном плече Xq22. Гомозиготные мужчины имеют дефектную X-хромосому, что определяет классический фенотип болезни. Женщины гетерозиготны, имеют одну нормальную и одну дефектную хромосому. В половине случаев они передают патологический ген своим потомкам. Течение болезни у них умеренно-выраженное с более поздним началом, медленным прогрессированием и легкими клинико-патологическими изменениями.

Недостаточность лизосомального фермента α -галактозидазы А, кодируемого GLA, вызывает аккумуляцию нейтральных сфинголипидов с терминальными остатками α -галактозила в лизосомах различных тканей и физиологических жидкостях человеческого организма. Основным аккумуляруемым сфинголипидом является глоботриозилцерамид (GL3), называемый также церамидтригексотидом. В организме здорового человека глоботриозилцерамид (GL3), являющийся одним из продуктов распада стареющих эритроцитов, расщепляется α -галактозидазой А на лактозу и лактазилцерамид. У человека, страдающего болезнью Фабри, глоботриозилцерамид (GL3) накапливается в эндотелиальных, периваскулярных и гладкомышечных клетках кровеносных сосудов, ганглиоцитах вегетативной нервной системы, эпителиальных клетках почечных клубочков и канальцев, кардиомиоцитах, а также в роговице, гистиоцитарных и ретикулярных клетках соединительной ткани, что приводит к нарушениям функций сердечно-сосудистой системы, почек, нервной системы, желудочно-кишечного тракта, кожи, органов зрения, слуха.

Гомозиготные мужчины часто имеют характерный внешний вид, напоминающий больных с акромегалией – выступающие супраорбитальные дуги и лобные бугры, выступающая нижняя челюсть, увеличенные губы, запавшая переносица (с 12-14 лет).

Ангиокератомы представляют собой небольшого размера поверхностные ангиомы, возвышающиеся над поверхностью кожи, темно-красного цвета. Они возникают в результате набухания и локального увеличения давления в поврежденном эндотелиальном слое сосудов кожи. Как правило, новообразования безболезненны, за исключением случаев, когда произошла их травматизация. При аккуратном надавливании на ангиокератому стеклом она не исчезает. Ангиокератомы обычно появляются в возрасте 5-13 лет и чаще всего располагаются на поверхности тела группами, занимая большую площадь.

Типичным симптомом болезни Фабри является «мутовчатое» помутнение роговицы (70-90% больных), которое представляет собой беловатые полосы, спирали, расположенные в поверхностном слое радужки.

У пациентов с болезнью Фабри в 70–80% случаев наблюдаются выраженные, изнуряющие нейропатические боли. Акропарестезии – это мучительные, жгучие боли или вызывающие покалывание, онемение, которые больные ощущают преимущественно в ладонях и подошвах стоп, иррадиирующие в проксимальные отделы конечностей.

Для диагностики новообразований кожи проводят биопсию с последующим гистологическим изучением структуры новообразований. В толще дермы выявляют лакунарно расширенные капилляры, которые иногда могут сопровождаться

кавернозными полостями, выстланными эндотелием. Они приподнимают эпидермис, в последнем часто обнаруживаются акантоз различной степени выраженности, иногда эпидермальный слой может быть истончен. В расширенных капиллярах нередко откладываются тромботические массы, во многом они и становятся причиной довольно темной окраски образования.

Основным методом лечения болезни Фабри является фермент-заместительная терапия. В настоящее время в России лицензированы два препарата для лечения БФ: агалзидаза альфа (Реплагал) в дозе 0,2мг/кг и агалзидаза бета (Фабразим) в дозе 1 мг/кг внутривенно каждые две недели.

Ангиокератомы могут быть удалены лазером по желанию пациента.

Выводы. Таким образом, болезнь Фабри и ее проявление - ангиокератома являются актуальными проблемами медицины, так как стоимость фермент-заместительной терапии в России для 1 человека составляет 6 млн рублей в год, что является огромной суммой, особенно, учитывая, что данное заболевание чаще всего встречается у нескольких членов семьи. Поэтому не прекращаются поиски более дешевых, но не менее эффективных методов лечения. На данный момент разработаны методы лечения генной терапией и фармакологическими шаперонами, однако они также являются очень дорогостоящими.

УДК 616.511-039

Вергунова В. В., Тищенко Н. С.

РОЗАЦЕА. КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Шварёва Т. И.

Кафедра дерматовенерологии

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

Актуальность. Розацеа - распространенное и нередко тяжело протекающее заболевание преимущественно кожи лица, характеризующееся стойким расширением поверхностных кровеносных сосудов. Среди дерматологических диагнозов это заболевание составляет около 5% и стоит на седьмом месте по частоте среди кожной патологии. По данным американских исследователей этому дерматозу подвержено до 10% населения США.

Цель: изучить особенности клинических разновидностей розацеа.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе ГУ «Луганский Республиканский дерматовенерологический диспансер» ЛНР и кафедры дерматовенерологии ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки». Под наблюдением находилось 7 женщин, страдающих разными клиническим формами розацеа, в возрасте от 24 до 82 лет (средний возраст больных составил $48,9 \pm 1,44$ лет).

Результаты и их обсуждение. Розацеа - ангиотрофоневроз, характеризующийся стадийным течением. Выделяют продромальный период (прерозацеа) и 4 основных подтипа заболевания:

- I — эритематозно-телеангиэктатический;
- II — папуло-пустулезный;
- III — фиматозный или гипертрофический;

IV — глазной или офтальморозацеа.

Признаками клинической прогрессии розацеа являются: «ранние» - учащение эпизодов внезапного покраснения лица, появление умеренных телеангиэктазий, транзиторная отечность лица; «развернутые» - папулы, пустулы, стойкая отечность лица, множественные телеангиэктазии; «поздние» - уплотнение, ринофима.

Прерозацеа диагностировано у 2-х пациенток и характеризовалось, так называемыми, приливами - появлением вазомоторной преходящей (от нескольких минут до нескольких часов) эритемы в области щек, подбородка, лба и носа, сопровождающейся ощущением жара. Такое состояние с частыми рецидивами, сменяющимися ремиссиями, продолжалось у наблюдаемых женщин несколько месяцев.

Эритематозно-телеангиэктатический подтип диагностирован у 3-х пациенток, страдающих приливами, на фоне постоянной, в отличие от прерозацеа, эритемы и телеангиэктазий на коже лица. Пациентки предъявляли жалобы на покраснение кожи центральной части лица, реже шеи и груди, ощущения жжения, зуда и покалывания в области эритемы, а также сухость и чувство стягивания кожи. Характерным у всех наблюдаемых больных было отсутствие поражения периорбитальной области, а также усиление клинических проявлений на фоне психоэмоционального напряжения, приёма алкоголя и острой пищи, воздействия низких и высоких температур, средств по уходу за кожей, в том числе солнцезащитных препаратов, ультрафиолетового облучения. У 2-х пациенток по Фитцпатрику отмечен I фототип кожи, у одной - II фототип.

Папуло-пустулёзный подтип розацеа характеризовался у 2-х наблюдаемых пациенток, наряду с эритемой и телеангиэктазиями, наличием милиарных папул и акнеформных папуло-пустул, склонных к слиянию. При этом содержимое пустул было стерильным.

Клинические проявления фиматозной формы и офтальморозацеа нами изучены по данным литературы.

Фиматозная розацеа – третий подтип, характеризуется разрастаниями мягких тканей разных участков кожи лица и органов: носа (ринофима), лба (метафима), подбородка (гнатофима), ушей (отофима), век (блефарофима). Главным клиническим признаком фиматозных разрастаний являются расширенные поры. В тяжелых случаях может быть гипертрофия тканей с деформацией указанных органов. Отечные изменения кожи при розацеа следует отличать от фиматозных форм, которые не регрессируют в процессе лечения.

Клинические признаки *офтальморозацеа* многообразны и лишены специфичности. Для этого подтипа характерны зуд кожи век, корки, конические чешуйки или умеренное шелушение краев век, слезотечение, чувство сухости и «песка в глазах», частые ячмени. Важно, что при офтальморозацеа глазные симптомы сопровождают кожные проявления, но в ряде случаев они могут опережать дерматологическую симптоматику.

Выводы. Таким образом, розацеа - это ангиотрофоневроз кожи лица мультифакториальной природы с хроническим прогрессивным течением. Характеризуется персистирующей эритемой, телеангиэктазиями, появлением папул, пустул, реже – узлов, эпизодами воспаления, возможным развитием уродующих

фиматозных изменений и неэстетичных маркёров (багровый цвет лица, телеангиэктазии, поствоспалительные застойные явления). Данное заболевание самостоятельно не излечивается, но при своевременной диагностике поддается лечению на любой стадии клинического течения.

УДК 616.5 : 616.441

Игнатьева Т.Д., Радышевцева В.В.

ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Научный руководитель к. мед. наук, доц. Провизион Л.Н.

Кафедра дерматовенерологии

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

Актуальность. Заболевания щитовидной железы в структуре патологии эндокринных органов занимают второе по частоте место после сахарного диабета. В последние годы отмечается неуклонный рост тиреопатий, суммарная частота которых даже вне зон зобной эндемии достигает 20 % общей заболеваемости. В эндемичных по зобу регионах эта цифра превышает 50 %. По данным ВОЗ, патологией щитовидной железы страдает более 200 млн. человек. Заболевания щитовидной железы сопровождаются поражением кожи. Если это поражение связано непосредственно с нарушением функции ЩЖ, то оно может быть выявлено уже на ранней стадии болезни и служить одним из клинико-диагностических маркеров основного заболевания.

Цель: изучить клинические особенности поражения кожи при заболеваниях щитовидной железы.

Материалы и методы. Были изучены и проанализированы данные научных статей, учебной литературы по дерматовенерологии.

Результаты и их обсуждение. Щитовидная железа вырабатывает гормон тиреоглобулин, активными частями которого являются тироксин и трийодтиронин. Гипотиреозы - состояния, обусловленные недостаточностью секреции и/или эффектов тиреоидных гормонов щитовидной железы.

Поражения кожи у пациентов с гипотиреозом:

Микседема кожи – поражение кожи из группы муцинозов, проявляющееся отложением в дерме гликозаминогликанов в комплексе с белками на фоне нарушений функции щитовидной железы. Причинами формирования микседемы являются:

- 1) значительное повышение гидрофильности соединительной ткани вследствие увеличения содержания в ней глюкокуроновой и хондроитинсерной кислот, а также накопления в клетках и межклеточной жидкости избытка Na^+ (этому способствует снижение выработки предсердного натрийуретического фактора);
- 2) задержка жидкости в тканях в связи с повышением эффектов АДГ в условиях пониженного уровня Т3 и Т4;

3) связывание большого количества жидкости тканевым коллоидом (содержащим избыток гликозаминогликанов и Na^+ с образованием муцина: слизеподобного соединения); накопление муцина приводит к утолщению кожи и подкожной клетчатки.

Клинические проявления:

- слизистый отек, набухание кожи и подкожной клетчатки;
- кожа сухая и шероховатая, вследствие снижения активности потовых и сальных желез;
- желтый цвет кожи обусловлен избыточным содержанием каротина в сыворотке крови, который откладывается в корнеальном слое;
- бледная, холодная на ощупь кожа вследствие спазма кровеносных сосудов.
- маскообразное лицо – за счет «твёрдого» отёка;
- отёк и уплотнение кожи кистей, голеней с высыпанием мелких папулезных элементов розового цвета;
- возможное образование отдельных плотных, подушкообразных узлов;
- отёк гортани с осиплостью голоса;
- увеличенный сухой анемичный язык с отпечатками зубов;

Поражения придатков кожи:

- ломкость и выпадение волос: волосы сухие, ломкие, редкие – вплоть до алопеции, вследствие дистрофии волосяных фолликулов без фолликулярного кератоза. Положительный симптом Хартога – выпадение бровей в латеральной зоне, выпадение волос в области лобка и подмышечных ямок.

- дистрофические изменения ногтей: за счет нарушения обмена серы в процессе формирования кератина ногтевых пластинок.

Гипертиреозные состояния характеризуются избыточными эффектами йодсодержащих гормонов в организме. Проявления поражений кожи и ее придатков при гипертиреозе:

1) кожа гладкая, тонкая, эластичная, без морщин, теплая на ощупь, что обусловлено увеличением кровоснабжения, дилатацией сосудов и повышением выделения через кожу тепла, избыточно образующего под влиянием ТГ в крови.

2) увлажнение и потепление кожи, особенно на ладонях, связано с повышением основного обмена и теплопродукции вследствие специфического влияния ТГ на процессы окислительного фосфорилирования в митохондриях клеток и повышением вследствие этого образования тепла, а не АТФ.

3) претибиальная микседема Грейвса - поражение кожи и подкожно-жировой клетчатки на передней поверхности голени в виде одно- или двустороннего четко очерченного уплотнения багрово-синюшного цвета. Отек образуется вследствие нарушения обмена глюкотеидов, углеводные компоненты которых обнаруживаются в отечном веществе – муцине. Характеризуется слизистым отеком, гиперпигментацией кожи с контурированными волосяными фолликулами. Кожа имеет вид «апельсиновой кожуры» обусловленным расширением отверстий волосяных фолликулов. При пальпации бляшки безболезненны, ощущается плотность очага, кожа

в складку не собирается, при надавливании ямка не образуется. В дальнейшем может развиваться слоновость с увеличением объема конечности и веррукозными разрастаниями.

4) в ряде случаев развивается гиперпигментация кожи, особенно в местах трения, крапивница, следы расчесов.

5) волосы истончаются, становятся жирными, у 20% пациентов может возникнуть диффузная алопеция.

6) ногти становятся мягкими, тонкими, ломкими и атрофичными. Характерны полосы Месса (продольная лейконихия), линии Бо - поперечное углубление ногтевой пластины, ноготь Пламмера – отделение ногтя от ногтевого ложа.

Выводы. Специфические поражения кожи при патологии щитовидной железы являются на сегодняшний день распространенными состояниями, достаточно часто встречающимися в клинической практике дерматовенеролога. Знание этих проявлений позволяет врачу предположить диагноз эндокринных заболеваний и своевременно направить пациента к смежному специалисту – эндокринологу.

УДК 617.7 : 616.5

Костыря В.А., Волкова Д.В.

ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПРИ НЕКОТОРЫХ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЯХ

Научные руководители: д.м.н., проф. Радионов В.Г., к.м.н., доц. Провизион Л.Н.

Кафедра дерматовенерологии

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет

им. Святителя Луки», г. Луганск

Актуальность. В современном мире кожные заболевания встречаются всё чаще и чаще. Одновременно с поражением кожи могут возникать различные офтальмологические патологии. Поражение глаз является типичным признаком для некоторых кожных заболеваний, что помогает при проведении дифференциальной диагностики. Тем самым позволяет вовремя установить диагноз и приступить к лечению пациента.

Цель: изучить клинические проявления поражения глаз при отдельных кожных болезнях.

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

Результаты и их обсуждение. Синдром Стивенса-Джонсона (ССД) – это тяжелое течение буллезной формы многоформной экссудативной эритемы, инфекционно-аллергического генеза. ССД развивается остро с резким повышением температуры тела, поражением кожи и слизистых оболочек буллёзного характера, нарушением общего состояния. Поражаются слизистые оболочки полости рта, половых органов, конъюнктивы и роговой оболочки глаз, одновременно возникают эритематозные, папулёзные и буллезные высыпания на коже. В остром периоде течения со стороны поражения глаз отмечается инъекция глаза, конъюнктивит, изъязвления роговицы, острый синдром сухого глаза.

Синдром Лайелла – это тяжёлая форма токсидермии с острым генерализованным воспалением кожи и слизистых оболочек с отслоением эпидермиса (эпидермолиза), поражением внутренних органов. Возникает чаще всего на фоне поливалентной сенсibilизации в результате приёма лекарственных препаратов – сульфаниламидов, антибиотиков, сывороток и т.д.

Начинается внезапно с повышением температуры тела, нарушения общего состояния. На коже возникает болезненная эритема, буллезные элементы. В последующем формированием распространённых эрозий. При поражении конъюнктивы глаз появляется светобоязнь, признаки кератоконъюнктивита, помутнения и отторжения роговицы. Кожа век и периорбитальной области поражается так же, как и кожа других частей тела. Изначально появляются воспалительные пятна в виде обширных эритем, отечных папул, везикул, буллезных элементов, петехиальных высыпаний.

Болезнь Бехчета – системный васкулит аутоиммунной этиологии (возможно вирусной), характеризующийся рецидивирующими афтами слизистой оболочки рта и половых органов, частым вовлечением глаз и других органов, в частности суставов, ЖКТ, нервной системы. Поражение глаз является первым симптомом болезни примерно у 10 % пациентов, но чаще развивается после афтозного стоматита. Гипопион-увеит является характерным признаком болезни Бехчета. Обычно эпизоды переднего увеита спонтанно затихают, однако повторные атаки постепенно приводят к необратимым структурным изменениям — деформации радужки, вторичной глаукоме и слепоте. Поражение глазного дна включает артериальные, иногда паравенозные муфты, дилатацию вен, интратретинальный отек и геморрагии, гиперемия диска зрительного нерва, ретинальные инфильтраты. Рецидивы воспаления могут привести к артериовенозным окклюзиям или некротизирующему ретиниту.

Синдром Рейтера — включает триаду симптомов: поражение урогенитального тракта (уретрит, цистит, простатит, цервицит, аднексит), конъюнктивит и артрит. Этиологический фактор болезни – хламидии, запускающие цепь иммуннопатологических реакций.

Офтальмохламидиоз проявляется конъюнктивитом, иритом, задним увеитом, эписклиритом, иридоциклитом, кератитом. В тяжёлых случаях на роговице могут возникать язвы, заживающие рубцом и приводящие к слепоте.

Рубцующий пемфигоид – хроническое заболевание с образованием пузырей, которые приводят к их рубцеванию, поражает преимущественно конъюнктиву и слизистые оболочки. Глаза могут поражаться отдельно, чаще заболевание начинается с одной стороны, через 1-2 года поражается и другой глаз, вначале как катаральный конъюнктивит, затем появляются пузырьки с последующим рубцевидным сморщиванием, возникают рубцовые синехии, закрыть веко невозможно, движения глаз ограничены. Эктропион, изъязвление роговицы, ксерофтальмия, парафтальмия и потеря зрения результат течения рубцующегося пемфигоида.

Розацеа – хронический дерматоз, характеризующийся поражением кожи лица в виде эритемы и папуло-пустулезных элементов, телеангиэктазии. Офтальморозацеа проявляется в виде:

розацеа-блефарит – характеризуется появлением на коже век мелких серовато-красных узелков, зуда, чувства «песка в глазах», сухостью;

розацеа-кератит - поражение роговицы при розовых угрях, характеризуется появлением в ней серовато-белых инфильтратов, к которым подходит пучок сосудов в виде треугольника с основанием у лимба;

розацеа- конъюнктивит - характеризуется появлением на конъюнктиве глазного яблока серовато -красных узелков, аналогичных по строению розовым угрям;

розацеа- склерит - поражение склеры, характеризующееся образованием узелков в эписклере.

Атопический дерматит-АД (синоним диффузный зуд с лихенификацией, диффузный нейродермит) – генетически детерминированное, хроническое, аллергическое, рецидивирующее заболевание кожи, с возрастными особенностями клинических проявлений. Типичными клиническими проявлениями АД являются: эритемато-сквамозные, экзематозные и лихеноидные высыпания, как следствия гиперчувствительности к аллергенам и неспецифическим раздражителям. В зависимости от возраста и характера сыпи выделяют следующие клинические формы АД: эритемато-сквамозная, экзематозная, эритемато-сквамозная с незначительной лихенизацией, пруригинозная, лихеноидная.

Характерными для АД является периорбитальные проявления с шелушением и гиперпигментацией в сочетании с ангулярным блефаритом, трещинами в уголках глаз, отёком и шелушением век, двойная складка на нижнем веке (симптом Денни – Моргана). У больных АД иногда отмечается юношеская катаракта – синдром Андогского: помутнение в передних субкапсулярных слоях хрусталика с дальнейшим формированием звёздчатой катаракты и снижением остроты зрения. Характерно поражение обоих хрусталиков.

Выводы. На основании изученных материалов можно прийти к выводу, что поражение глаз – это частое проявление таких кожных заболеваний: синдрома Стивенса–Джонсона, синдрома Лайелла, болезни Бехчета, синдрома Рейтера, рубцующего пемфигоида, офтальморозацеи, атопического дерматита и синдрома Андогского, что позволяет практикующему дерматологу расширить клинические проявления данных заболеваний.

УДК 616.5 : 616.379-008.64

Синченко М. В.

ПАТОЛОГИЯ КОЖИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Научный руководитель: к.м.н., доцент Шатилов А.В.

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

Актуальность: по данным ВОЗ на данный момент СД страдает 422 млн. человек во всем мире. В 2016 году от СД умерло 1,6 млн. чел. Эта цифра с каждым годом растет. И уже к 2030 году диабет станет 7 причиной смерти во всем мире. Кожные изменения при СД встречаются довольно часто. Тяжёлые метаболические нарушения, лежащие в основе патогенеза СД, приводят к изменениям почти во всех органах и тканях, в том числе и в коже. В данной работе я разобрала самые частые заболевания кожи, ассоциированные с СД

Цель: изучить кожные изменения, встречающиеся при сахарном диабете наиболее часто.

Материалы и методы: представлены собственные наблюдения.

Результаты и их обсуждение: механизмы возникновения заболеваний кожи при СД недостаточно изучены.

Наиболее часто встречающееся кожное заболевание при СД – диабетическая дерматопатия. Заболевание начинается с папулезных высыпаний. Формируются множественные округлые атрофические красновато-коричневые пятна диаметром до 1 см на передней поверхности голеней. Дерматоз чаще выявляется у мужчин с большой длительностью СД. Субъективные симптомы отсутствуют, элементы могут исчезать самостоятельно в течение 1–2 лет.

Эруптивные ксантомы представляют собой красновато-желтые папулы размером 1-4 мм, расположенные на ягодицах и разгибательных поверхностях конечностей. Патологические элементы появляются в виде зерен и со временем могут сливаться с образованием бляшек. Изначально в кожных элементах преобладают триглицериды, но так как они мобилизуются легче, чем холестерол, с их распадом в коже накапливается все больше холестерина.

Черный акантоз (*acantosis nigricans*), проявляется участками гиперпигментации кожи с папилломатозными разрастаниями в области шеи и крупных складок. Центральную роль в развитии акантоза играет инсулин. У женщин, страдающих акантозом, можно обнаружить утрату функциональных мутаций рецептора инсулина или рецептора антиинсулиновых антител (синдром типа А и типа В). Считается, что избыточная стимуляция фактора роста в коже вызывает абберантную пролиферацию кератиноцитов и фибробластов, в результате чего развиваются клинические проявления черного акантоза. При состояниях инсулинорезистентности и гиперинсулинемии, акантоз может развиваться вследствие избыточного связывания инсулина к рецепторам ИФР – 1 на кератиноцитах и фибробластах.

У многих пациентов с СД развиваются грибковые поражения кожи. Чаще всего встречается кандидоз – хроническое рецидивирующее заболевание, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida* и трудно поддающееся лечению. Очаги локализуются преимущественно в области гениталий и крупных складок кожи, межпальцевых промежутках, на слизистых оболочках.

Липоидный некробиоз (болезнь Оппенгейма – Урбаха) – редкое гранулематозное хроническое заболевание сосудисто-обменного характера, представляет собой локализованный липоидоз с отложением липидов в тех участках дермы, где имеется дегенерация или некробиоз коллагена. Первые симптомы дерматоза обычно возникают в возрастной группе от 20 до 60 лет. В детском возрасте болезнь Оппенгейма-Урбаха встречается редко.

Обычно липоидный некробиоз проявляется в виде одной или нескольких четко отграниченных желтовато-коричневых бляшек. Элементы имеют фиолетовые неровные края, которые могут возвышаться над поверхностью кожи или уплотняться. Со временем элементы выравниваются и центральная желтая или оранжевая область становится атрофичной, часто можно увидеть телеангиэктазии, которые придают областям поражения блеск «глазурированного фарфора». В области бляшек встречается потеря чувствительности.

Диабетический буллез – субэпидермальный буллезный дерматоз, встречающийся у больных диабетом. Причина появления пузырей у больных диабетом не ясна. На неизменной коже появляются пузыри размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров (обычно на коже нижних конечностей). Выделяют два вида поражения: интраэпидермально расположенные пузыри, которые исчезают без образования рубца, и субэпидермальные пузыри, после которых остаются атрофированные рубчики. Высыпания локализуются преимущественно на стопах и голених, но могут встречаться на кистях и предплечьях. Пузыри самопроизвольно разрешаются через 2-5 недель, возможны рецидивы.

Диабетический буллез встречается преимущественно у лиц, длительно страдающих диабетом, несколько чаще – у женщин. Возраст начала заболевания колеблется от 17 до 79 лет.

Склередема взрослых Бушке чаще встречается при длительно текущем СД в сочетании с ожирением и проявляется диффузными симметричными индуративными изменениями кожи преимущественно в области шеи и верхней трети спины по типу апельсиновой корки. Пациенты с диабетической склередемой могут испытывать снижение болевой и световой чувствительности в области пораженных участков кожи, а также жаловаться на затруднения движений верхних конечностей и шеи.

Рожистое воспаление – наиболее часто встречающаяся бактериальная инфекция кожи при сахарном диабете. Выделяют эритематозную, эритематозно-геморрагическую и буллезно-геморрагическую клинические формы рожи. Нередко у больных СД регистрируются эритематозно-геморрагические и буллезно-геморрагические клинические формы рожи со средней и тяжёлой степенью течения заболевания.

Синдром диабетической стопы (СДС) — сборная группа осложнений на фоне поражения кровеносных сосудов и нервных окончаний при хронической гипергликемии. Составляет более 65% от всех случаев ампутации нижних конечностей нетравматического характера.

Ногти Терри представлены матовым белым пятном на ногте. В большинстве случаев ногти матовые и белые, матирующие луночку. Изменение цвета прекращается внезапно на расстоянии 1—2 мм от дистального края ногтя, оставляя розовую или коричневую область шириной 0,5—3,0 мм, которая не затемнена венозным застоем и соответствует онихокорнеальной полоске. Эти линии параллельны дистальной части ногтевого ложа и могут быть неправильными.

Вывод: Как правило, дерматозы при СД сопровождаются кожным зудом, имеют длительное течение с частыми рецидивами, трудно поддаются лечению. При выборе терапевтической тактики, особенно при назначении глюкокортикоидных препаратов, необходимо проводить тщательный гликемический контроль и корректировать сахароснижающую терапию.

УДК 616.9-022(477.61)

Дикая А.А.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Научный руководитель доцент, кандидат медицинских наук

Перфильева М.Ю.

Кафедра микробиологии и вирусологии

ГУ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ИМ.СВ.ЛУКИ» г.Луганск

Актуальность. Лайм-боррелиоз сравнительно новое зоонозное заболевание на территории ЛНР с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя. Основным показателем степени эпидемической опасности служит уровень зараженности иксодовых клещей. На территории Луганской Народной Республики это одно из наиболее часто встречающихся природно-очаговых заболеваний. При этом очень важно знать, что при укусе одного клеща в кровяное русло человека могут одновременно попасть возбудители нескольких заболеваний.

Цель: изучение заболеваемости на территории ЛНР в период с 2015-2019 г.г. на основании официальной регистрации болезни Лайма на территории Луганской области осуществляющейся с 2002 г., причем уже с этого периода отмечался ежегодный прирост числа случаев заболевания.

Материалы и методы. Для изучения эпизоотической ситуации по иксодовым клещевым боррелиозам лабораторией отдела особо опасных инфекций клещи исследуются методом микроскопии в темном поле зрения (исследуются живые, ненапившиеся особи). Исследование проводится методом полимеразной цепной реакции, с использованием мультиплексного набора реагентов для выявления РНК/ДНК возбудителей инфекций, передающихся иксодовыми клещами TBEV (вируса клещевого энцефалита), *Borellia burgdorferi* (возбудителя иксодовых клещевых боррелиозов), *Anaplasma phagocytophilum* (возбудителя гранулоцитарного анаплазмоза человека), *Ehrlichia chaffeensis* / *Ehrlichia muris* (возбудителей моноцитарного эрлихиоза человека), в биологическом материале методом полимеразной цепной реакции. Также, изучение научно-методической информации по теме исследования.

Результаты и их обсуждение. За период наблюдения (2014-2019гг.) в Луганской Народной Республике зарегистрировано 366 случаев болезни Лайма, в т.ч. среди детей до 17 лет – 43 случая (11,7%).

В 2015г. – 40 случаев (2,9 на 100 тыс. населения), в т.ч. 4 детей (1,8);

в 2016г. – 82 случая (5,5 на 100 тыс. населения), в т.ч. 17 детей (7,8);

в 2017г. – 83 случая (5,6 на 100 тыс. населения), в т.ч. 11 детей (5,2);

в 2018г. – 65 случаев (4,4 на 100 тыс. населения), в т.ч. 5 детей (2,4);

в 2019г. – 75 случаев (5, 2 на 100 тыс. населения), в т.ч. 8 детей (3,9).

В 2019г. зарегистрировано 75 случаев болезни Лайма (67 взрослых и 8 детей). Кроме местных случаев, зарегистрировано 7 завозных случаев с территории других областей (Московская, Воронежская, Киевская, Луганская, ДНР (Седово), Казань, г.Гомель).

С 2016г. исследовано более 7000 клещей.

В 2018г. обнаружена РНК *Borrelia burgdorferi* sl в 9 пробах клещей, которые были сняты с людей.

В 2019г. обнаружена РНК *Borrelia burgdorferi* sl в 15 пробах клещей, 13 сняты с людей, 2 собраны на флаг.

Выводы. Отмечается значительный рост заболеваемости среди городского населения в антропоургических очагах и смешанных очагах. Группой риска, по-прежнему, остаются лица работоспособного возраста (21-60лет) - более 80%.

За период наблюдения инфицирование населения произошло в большинстве случаев в антропоургических очагах - более 70%, смешанных очагах – более 20%, природных очагах – около 10%. Почти 80%, в отдельные годы до 90%, отмечали укусы клещей и других насекомых во время нахождения в лесопарковых зонах городов, на дачах и приусадебных участках, на отдыхе в природных станциях.

Вызывает беспокойство то, что в 2019г. диагноз лабораторно подтвержден в 75 случаях (100%) и это может свидетельствовать о необходимости дополнительной подготовки специалистов учреждений здравоохранения по вопросам эпидемиологии, клиники и диагностики болезни Лайма. Исследования проводились на базе лаборатории отдела особо опасных инфекций ГС «Луганская республиканская санитарно-эпидемиологическая станция» МЗ ЛНР, ЧП «Луганская диагностическая лаборатория», лабораторий г. Донецка.

Зараженность иксодовых клещей боррелиями ежегодно колеблется от 4 до 10%. Полученные результаты свидетельствуют о наличии на территории ЛНР активных природных очагов иксодового клещевого боррелиоза.

На территории Республики чаще всего встречаются клещи *Ixodes ricinus*, *Dermacentor reticulatus*, *Rhipicephalus rossicus*, в связи с их большей приспособляемостью к континентальному климату с выраженными засушливо-суховейными явлениями, особенно резко проявляющимися в отдельные годы и сезоны.

УДК 616-053.3-036.88

Деркач М. Н.

СМЕРТНОСТЬ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Научный руководитель к. мед. наук, доцент Сульженко М. Ю.

*Кафедра педиатрии дополнительного профессионального образования и
пропедевтики педиатрии*

Государственное учреждение Луганской Народной Республики

«Луганский государственный медицинский университет

имени Святителя Луки», г. Луганск

Актуальность. Социально-экономические, географические преобразования, происходящие в республике, оказали неблагоприятное влияние на важнейшие

демографические критерии, оценивающие состояние здоровья населения: показатели рождаемости, общей смертности, естественного прироста, средней продолжительности жизни, что привело к снижению численности населения. В этих условиях особенно актуальна проблема сохранения жизни и здоровья каждого родившегося ребенка, снижения младенческой смертности.

Известно, что младенческая смертность — один из ключевых индикаторов уровня социально-экономического и культурного благополучия общества, эффективности здравоохранения. Поэтому вполне закономерно внимание к данному показателю со стороны не только врачей и организаторов здравоохранения, но и социологов, демографов, как в нашей республике, так и за рубежом. Актуальность темы настоящего исследования обусловлена необходимостью поиска путей снижения смертности детей первого года жизни за счет медико-организационных мероприятий в условиях депрессивной территории.

Цель: Изучить статистику ранней детской смертности за последние года, как на территории ЛНР, так и во все мире. Рассмотреть и предложить меры предупреждения ранней детской смертности.

Материалы и методы. Для анализа использованы статистические данные по младенческой смертности в динамике за 3 года.

Результаты и их обсуждение. Предпосылкой трети всех детских смертей детского возраста является недоедание. Решение проблемы с питанием является эффективным способом борьбы с детской смертностью от пневмонии и диареи. Пассивное курение также может стать причиной внезапной детской смерти.

Синдром внезапной смерти младенца (далее — СВСМ) и смерть детей от внешних причин — ведущие причины смерти детей от 1 месяца до 1 года.

Синдром внезапной смерти младенца — это не заболевание и не болезненное состояние. Тот факт, что это случается без предупреждения, без каких-либо предпосылок, делает синдром внезапной смерти младенца тяжелым, невыносимым испытанием для родителей. Ученые исследовали большое число случаев синдрома внезапной смерти младенцев за последние 40 лет, но до сих пор четкий ответ на этот вопрос не найден. Большинство экспертов считают, что этому синдрому подвержены дети, у которых есть ряд факторов уязвимости: незрелость, ненормальная работа сердца, заболевания дыхательной системы, незрелость системы пробуждения, малая масса тела при рождении, а также дети, которые подвергаются определенным внешним воздействиям, таким как сон на животе или на мягкой кровати во время сна. Не смотря на существующее в социуме мнение, что толчком ко всему стала массовая вакцинация, это двоякое мнение, и, имея современные подходы к реализации медицины, вакцинация является необходимой для здоровья и жизни ребенка. Сейчас, я не буду затрагивать статистику не привитых детей, вскоре заболевших, просто хочу донести до массовости населения, что вакцинация — это предупреждение заболевания!

Младенческая смертность, в зависимости от количества детей, умерших на первом месяце жизни, делится на три типа. Тип А — непредотвратимые: врожденные пороки развития; онкологические заболевания; травмы, несовместимые с жизнью. Смерть детей первого месяца жизни при наличии неблагоприятных биологических факторов, влияющих на заболеваемость в периоде новорожденности: рождение с низкой и высокой массой тела, многоплодная беременность, беременность с

токсикозом II половины и другими осложнениями, от преждевременных и патологических родов, от матери с тяжелыми общими заболеваниями, наличие асфиксии при рождении и прочих патологических состояний новорожденного, но при отсутствии дефектов лечебно-профилактической помощи беременной, роженице, новорожденному. Это группа составляет более 50% детей. Тип В – заболевания и осложнения, при которых возможен летальный исход. Предотвратимые исходы – смертельный исход может быть предотвращен при отсутствии дефектов лечебно-профилактической помощи матери и ребенку, при отсутствии действия неблагоприятных факторов (от 30 до 49% детей). Тип С – заболевания, имеющие обычно благоприятный прогноз. Суждение о предотвратимости затруднено – случаи смерти детей с некоторыми биологическими или социально неблагоприятно влияющими факторами, но при наличии дефектов лечебно-профилактической помощи (менее 30% детей). Можно особняком отметить и еще один – Тип Д – заболевания, не распознанные при жизни.

В ЛНР преобладает к сожалению, по данным Министерства Здравоохранения ЛНР, тип А младенческой смертности. Это связано в первую очередь со здоровьем матери и его резистентностью к различным патологическим процессам, тем образом жизни, которого она придерживалась и непосредственно ее хроническими заболеваниями, и заболеваниями на момент беременности.

В ЛНР в 2020 году, общее количество рожденных детей составило – 5423. В 2018 году в возрастной категории детей от 0 до 17 лет общее количество умерших детей составило 108 человек. В 2019 году в той же возрастной категории количество умерших детей составило 116, а в 2020 году – 86.

На 1000 детей умерших раннего детского возраста: 2018 год – 0,52%; 2019 год – 0,56%; 2020 год – 0,48 %. Интенсивный показатель: 2018 год – 8,94; 2019 год – 10,71; 2020 год – 7,87. Процентное соотношение от общей детской летальности: 2018 год – 57,4 %; 2019 год – 56%; 2020 год – 52,3 %.

Выводы. Тенденции смертности не дают оснований для оптимизма. Затяжной, длящийся несколько десятилетий кризис смертности и предопределявшие его факторы создали инерцию, преодолеть которую будет очень сложно. Конечно, экономические и политические реформы постепенно меняют ситуацию и создают новые побуждения и возможности борьбы с ненормально высокой ранней детской смертностью, позволяют надеяться на рост направляемых на эту борьбу ресурсов и относительную эффективность рыночных механизмов их использования. Но пока реформы идут медленно и болезненно, а их влияние на смертность противоречиво. Однако, дальнейший детальный анализ факторов риска, профилактика и лечение коморбидных состояний у матери и ребенка, а также работа над улучшением репродуктивного здоровья девочек-подростков, своевременное медико-генетическое консультирование, оснащение современным реанимационным оборудованием будут способствовать стабилизации ситуации на этом направлении.

УДК 616-0532:612.013

Ефименко Е. А.

СОВРЕМЕННЫЕ РИСКИ ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Научный руководитель: к.мед.наук, доц. Грабарь И. В.

*Кафедра педиатрии дополнительного профессионального образования
и пропедевтики педиатрии*

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

Актуальность. В настоящее время ожирение является одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире: по данным ВОЗ, к началу XXI века избыточную массу имело около 30% населения планеты. С наиболее значимыми медицинскими последствиями ожирения — метаболическим синдромом, сахарным диабетом типа 2 и сердечно-сосудистыми заболеваниями связаны высокие показатели потери трудоспособности и преждевременной смертности в современном мире. Почти у 60% взрослых ожирение, начавшись в детском возрасте, продолжает прогрессировать и ведет к развитию серьезных осложнений, объединяемых в настоящее время понятием «метаболический синдром».

Цель: Выявление причинно-следственных факторов риска формирования и развития ожирения в детском и подростковом возрасте по этиологической значимости с последующей трансформацией их в метаболический синдром.

Материалы и методы. Нами было проведено комплексное анамнестическое и антропометрическое обследование всего 101 пациента в возрасте от 6 до 18 лет ($13,19 \pm 0,14$ лет), которые были разделены на 2 группы. Основная, 64 ребенка: 39 мальчиков и 25 девочек, критерием включения стало наличие избыточной массы тела или ожирения. Контрольная группа составила 37 детей, 21 мальчик и 16 девочек с нормальной массой тела. Средний возраст в основной и контрольной группах составил $12,0 \pm 0,44$ лет и $13,2 \pm 0,37$ лет соответственно.

Обследование проводилось согласно общепринятым правилам и включало: изучение семейного анамнеза (здоровье родителей), анамнеза и образа жизни ребёнка, осмотр и оценку антропометрических данных (рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ)). Вопросы, задаваемые детям, были социального, гигиенического и биологического характера.

Результаты и их обсуждение. Первую степень ожирения в основной группе определили у 26 (41,7%) больных, вторую у 35,55% исследуемых и третью степень у 22,75%.

Для определения факторов риска развития ожирения изучались анамнестические данные пациентов и их ближайших родственников: здоровье родителей, традиции семьи, перенесенные заболевания детей, образ жизни и характер питания в основной и контрольной группах.

При изучении анамнестических данных близких родственников (матери и отца) исследуемых пациентов выявлено, что в основной группе процент здоровых родителей значительно меньше (24,4%), чем в контрольной (64,2%).

Среди нозологических единиц заболеваемости родителей в основной группе на первом месте ожирение, как у отцов, так и у матерей — 57,6% и 50,8% соответственно. Гипертоническую болезнь отметили 13 отцов (22%) и 12 матерей (19,7%). Болезнями сердца страдали 17 человек: 6 отцов и 11 матерей, сахарным диабетом I типа - 13 человек, или 10,85%.

Из перенесенных заболеваний, дети были наиболее подвержены частым респираторным вирусным инфекциям. Чаше трех раз в год ОРВИ болели 70,5% исследуемых в основной группе и 30,2% в контрольной. Также необходимо отметить, что «детские» инфекции (краснуха, корь, ветряная оспа, паротит), чаще регистрировались в основной группе - 27,6%, против 11,2% в контрольной.

Нарушение режима питания в виде позднего ужина значительно чаще наблюдалось у детей основной группы — 60,9%, чем в контрольной группе — 16,3%. Питание в нормальном режиме 3–5 раз в день в контрольной группе составило 48,6%, а в основной — 7,8%.

Употребление фаст-фуда в последние годы получило широкое распространение по всему миру и в большей степени среди детей. Все дети основной группы отметили среди «любимых» - продукты быстрого питания. Выявлено, что в основной группе ежедневно употребляют фаст-фуд 48,2% детей. Едят фаст-фуд 1–2 раза в неделю — 27% детей контрольной группы, а основной — 12,2%. От 3 до 4 раз в неделю употребляли фаст-фуд 15,4% детей в основной группе и 10,8% в контрольной, 5-6 раз в неделю 24,2% в основной против 5,4% в контрольной.

Подобная закономерность обнаружена при употреблении сладких газированных напитков: все дети с ожирением в той или иной степени пьют сладкие газированные напитки — ежедневно 40,6%, 5–6 раз в неделю — 32,8%, 3-4 раза в неделю 18,8%, 1-2 раза в неделю — 7,8%.

Выводы. При изучении анамнеза пациентов детского возраста с ожирением, значимыми факторами риска развития метаболического синдрома явились: погрешности в питании в виде позднего ужина, ежедневного употребления фаст-фуда, сладких газированных напитков; заболеваемость родителей, в частности, ожирением, гипертонической болезнью, заболеваниями сердца и сахарным диабетом I типа; склонность детей к частым вирусным инфекциям.

УДК 616.995.132.8-07-053.4

Курохтина Е. С.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ АСКАРИДОЗА У ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

кандидат медицинских наук,

доцент Головченко Н. Н.

***Кафедра педиатрии дополнительного профессионального образования и
пропедевтики педиатрии***

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

Актуальность. По данным ученых Всемирной Организации Здравоохранения около 4,5 миллиардов человек на планете страдают паразитарными болезнями, из которых около 2 миллиардов инфицированы геогельминтами, среди которых 99% всех паразитарных заболеваний приходится на протозоозы и гельминтозы. Аскаридоз – это самое распространенное заболевание среди геогельминтозов. По данным экспертов ежегодно им заражаются 1,5 миллиарда человек, среди которых летальный исход имеют около 100 тысяч. Аскаридоз у детей имеет ряд серьезных последствий: задержка физического и психического развития, снижение результативности вакцинопрофилактики, токсикоаллергические реакции, вторичные иммунодефициты, снижение сопротивляемости организма, эпилептиформные состояния, в тяжелых случаях – непроходимость кишечника. Данная проблема изучается длительный период времени, но реальных успехов достичь не удалось. Очень важно определить данное заболевание на раннем этапе развития.

Цель: создание тест-системы для детекции *Ascaris lumbricoides* в клиническом материале, выявить причины и пути заражения у ребенка аскаридозом; правильно продиагностировать и назначить лечение; установить меры профилактики у детей в дошкольных учреждениях.

Материалы и методы. Для диагностики аскаридоза исследуют мокроту дыхательных путей. Данный материал просматривают методом нативного мазка. Клиническими материалами для диагностики также служат кал, отделяемое слизистых, кровь. Лабораторные исследования крови больного по методу ИФА позволяет выявить инвазию уже на 5-10 день после попадания гельминта в организм. В настоящее время известны следующие методы: методы Като и Миура, методы обогащения (по Фюллеборну, Калантарян или Красильникову); «Способ специфической детекции *Ascaris lumbricoides* в клиническом материале на различных стадиях заболевания»; метод молекулярной диагностики – ПЦР-анализ (Полимеразная цепная реакция (ПЦР) – это метод лабораторной диагностики, направленный на выявление генов возбудителей инфекционных заболеваний. В некоторых случаях взрослые аскариды могут быть обнаружены при проведении рентгенографии кишечника и грудной клетки, а также эндоскопических исследований или хирургических вмешательств в детской гастроэнтерологии.

Результаты и их обсуждение. Диагностика ранней стадии аскаридоза у детей основывается на клинико-эпидемиологических данных и наличии дополнительных признаков: лейкоцитоза и эозинофилии – в общем анализе крови, личинок в микроскопическом мазке мокроты, эозинофильных инфильтратов при рентгенографии легких. Предложенные серологические методы диагностики аскаридоза у детей (реакция преципитации на живых личинках аскарид, реакция непрямой гемагглютинации с аскаридозным антигеном и др.) не получили широкого распространения.

Более точная диагностика аскаридоза у детей возможна через 3 месяца после заражения, во время хронической кишечной стадии заболевания, когда глисты становятся половозрелыми. Для этого проводится лабораторное исследование кала на яйца гельминтов.

В некоторых случаях взрослые аскариды могут быть обнаружены при проведении рентгенографии кишечника и грудной клетки, а также эндоскопических исследований или хирургических вмешательств в детской гастроэнтерологии.

Лабораторное исследование крови больного по методу ИФА позволяет выявить инвазию уже на 5-10 день после попадания гельминта в организм. Столь ранняя диагностика становится возможной благодаря выработке антител к веществам, выделяемым личинками паразита в процессе миграции. Результат исследования может быть отрицательным, положительным или сомнительным. Отрицательный результат свидетельствует об отсутствии заражения, положительный – о его наличии. Сомнительный результат может иметь место в тех случаях, когда больной перенес болезнь ранее, или в крови имеются другие антитела, которые могут давать ложноположительный результат.

Выводы. Аскаридоз – одна из наиболее распространенных глистных инвазий, вызываемая паразитическими круглыми червями *Ascaris lumbricoides*. Основной контингент больных составляют дети младшего возраста. Аскариды способны паразитировать в тонкий отдел кишечника. Источник заражения окружающей среды – только больной аскаридозом ребенок. Факторами передачи служат загрязненные овощи, ягоды, другие пищевые продукты, вода, а также руки. Восприимчивость к аскаридозу высокая. Осложнения данного заболевания обусловлены тем, что личинка аскарид разносится кровью по всему организму, повреждая органы и ткани, а взрослые особи активно двигаются внутри кишечника, провоцируя нарушения работы пищеварительной системы. К наиболее частым осложнениям аскаридоза относят следующие болезни: кишечная непроходимость, перфоративный перитонит, острый панкреатит; острый аппендицит, абсцессы печени, острый холецистит и воспаление желчных протоков, сепсис.

УДК 616-053.2-08: 615.371

Мещерякова Г. С.

Вакцинация детей с нарушениями здоровья

Научный руководитель к. мед. н., доцент Сульженко М. Ю.

*Кафедра педиатрии дополнительного профессионального образования и
пропедевтики педиатрии*

Государственное учреждение Луганской Народной Республики

«Луганский государственный медицинский университет

имени Святителя Луки», г. Луганск

Необходимо достичь и поддерживать высокий уровень охвата вакцинацией детей соответствующего возраста с использованием рекомендованных доз вакцин.

Изучить особенности проведения вакцинацию у детей с нарушениями здоровья.

Материалы и методы. Теоретический метод – сбор данных из специальной медицинской литературы о вакцинации детей с нарушениями здоровья.

Результаты и их обсуждения. Общие принципы иммунизации детей с отклонениями в состоянии здоровья включают: до вакцинации целесообразна консультация специалиста для подтверждения стадии ремиссии; до и после прививки целесообразно проводить лабораторный контроль основных показателей заболевания, для оценки течения поствакцинального периода, отсутствия обострения заболевания.

Особый подход при вакцинации следует применять в отношении недоношенных детей. Вакцинация проводится после стабилизации состояния всеми вакцинами в полной дозе в их календарные сроки. Детям матерей – носителей HBV, родившимся с массой тела менее 1500 г., вакцина против гепатита В сочетается с введением специфического иммуноглобулина. Вакциноуправляемые инфекции у недоношенных детей имеют тяжелое течение и могут приводить к летальному исходу. Недоношенные дети, включая детей с низкой массой тела, должны быть привиты в соответствии с обычными схемами вакцинации. Вакцинация проводится при стабилизации состояния и адекватной прибавке веса ребенка. Глубоко недоношенных начинают прививать на 2 этапе выхаживания. Показатели безопасности при проведении прививок у недоношенных детей не отличаются от таковых у доношенных. Недоношенные дети с возраста 1 месяц формируют адекватный иммунный ответ на вакцины.

Особенности вакцинации детей, страдающими аллергическими заболеваниями: следует соблюдать интервал между введением одноименных вакцин не менее 4-6 недель с чередованием мест введения. Вакцинация возможна в день оценки туберкулиновой пробы/Диаскин теста при отсутствии нарастания туберкулиновой чувствительности. Проведение пробы Манту возможно не ранее, чем через 4-6 недель (ККП) после вакцинации. Кожные пробы могут быть проведены за 1-1,5 недели до и через 1 месяц после вакцинации. Курс инфекционной аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) можно начинать через 3-4 недели после вакцинации, а вакцинацию можно проводить на этапе только поддерживающей терапии через 7-10 дней после инъекции аллергена. При сублингвальной АСИТ перерыв за 3 дня до вакцинации, в день прививки и 10-14 дней после неё.

Основные принципы вакцинации детей с онкологическими заболеваниями в анамнезе: вакцинация детей с гемобластозами может быть начата через 4-6 месяцев после окончания иммуносупрессивной терапии всеми инактивированными и живыми вакцинами в стадии полной клинико-гематологической ремиссии и абсолютном количестве гранулоцитов и лимфоцитов не менее 1000/м³, тромбоцитов не менее 100000/м³. Перед вакцинации у детей с гемобластозом, привитых до заболевания, целесообразно определение специфических антител и при отсутствии защитного титра проводить иммунизацию соответственно возрасту и национальному календарю прививок. Вакцинация против гепатита В всем не привитым должна быть проведена сразу после выявления онкологического заболевания или в любом периоде заболевания с соблюдением интервала между прививками по схеме 0-1-2-12 или 0-1-6 месяцев.

Вакцинация детей сахарным диабетом проводится только в период полной клинико-метаболической компенсации не менее одного месяца. Необходимо убедиться в нормальном самочувствии, хорошем аппетите, отсутствии жажды, полиурии, ацетонурии. Предпосылками для проведения вакцинации являются: сахар крови натощак не выше 10 ммоль/л; глюкозурия не выше 10-20 г в сутки; нормальный диурез; отсутствие в моче кетоновых тел. Вакцинацию проводят на фоне базового лечения инсулином, при этом количество вводимого инсулина увеличивать не следует. После вакцинации необходим строгий контроль педиатра и эндокринолога.

Выводы. При вакцинации детей с ослабленным здоровьем возникают определенные тонкости, но при сотрудничестве врачей и родителей, дети с

различными заболеваниями могут быть защищены против всех инфекций, которые управляются вакцинами.

УДК 616.89-08-053.3

Петрова О. В.

ЗАДЕЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

Научный руководитель кандидат медицинских наук, доцент

Головченко Н. Н.

*Кафедра педиатрии дополнительного профессионального образования и
пропедевтики педиатрии*

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

Актуальность. Задержка психического развития является одной из распространённых форм психической патологии детского возраста. Распространённость задержек психического развития среди детского населения (как самостоятельной группы состояний) составляет 8–10% в общей структуре психических заболеваний. У детей с задержкой психического развития выражены функциональные нарушения, ослаблены защитные механизмы организма, наблюдается повышенная возбудимость и утомляемость. Данные особенности приводят к затруднению формирования психомоторной функции и учебной деятельности. Дети с задержкой психического развития контактируют и обучаются с обычными детьми, поэтому для облегчения их социализации, необходимо своевременное и раннее их выявление, коррекция и профилактика.

Цель: изучить возможные причины возникновения задержки психического развития; выяснить какие выделяют виды задержки психического развития в зависимости от главной причины; раскрыть психофизиологические особенности развития детей каждой группы; подобрать комплекс методов диагностики для обследования детей с задержкой психического развития; рассмотреть методы коррекции психического развития в зависимости от повреждённой сферы (познавательной или эмоционально-волевой); укрепить психофизическое здоровье детей с задержкой психического развития.

Материалы и методы. Материалы: статистические данные заболеваемости ЗПР в раннем возрасте, бумага, карандаши, ручки, рисунки в рамках методов диагностики и коррекции. Методы: изучение статистических данных заболеваемости ЗПР в раннем возрасте, диагностика познавательного развития детей с ЗПР с помощью методов «Установление последовательности событий», «Исключение лишнего», «Проставь значки», «Запомни и расставь точки», «Разрезные картинки», «Чего не хватает на этих рисунках?», «10 слов», «Запомни рисунки». Коррекция развития детей с ЗПР с помощью методов коррекции моторики (лечебная физкультура, утренняя и позиционная гимнастика, спортивные игры, кинезотерапия), речи (артикуляционная гимнастика и дидактические упражнения), памяти («Повтори», «Цифровой ряд»,

«Фотоаппарат»), внимания («Чего не стало», «Найди ёжика», «Смотри и слушай», «Найди отличия» и др), восприятия (лепка из пластилина, рисование, планирование и др), мышления («Сравнение предметов» и «Бывает - не бывает»), методы коррекции отдельных черт характера.

Результаты и их обсуждение. Задержка психического развития является достаточно частым отклонением среди детского населения. Дети с данной задержкой общаются с полностью здоровыми детьми, поэтому являются важными этапы коррекции, лечения и профилактики их состояния. Предоставленные методы диагностики, а также осмотр специальной группы врачей (психиатр, педагог-психолог, нейропсихолог, логопед, дефектолог, невролог, педиатр и другие специалисты при необходимости) позволяют выявить отклонения в психическом развитии детей в раннем возрасте. Выявленная задержка психического развития подвергается коррекции и лечению с целью улучшения психического развития или полного выздоровления, соответственно. Если до 10 лет не удалось устранить признаки задержки психического развития, то у ребенка диагностируют интеллектуальную недостаточность или умственную отсталость.

Выводы. В большинстве случаев причиной задержки психического развития является поражение или нарушение функций центральной нервной системы. В зависимости от происхождения выделяют четыре типа данной патологии: задержка психического развития конституционального происхождения, задержка психического развития соматогенного происхождения, задержка психического развития психогенного происхождения, задержка психического развития церебрально-органического происхождения, и определяют методы коррекции и лечения. Дети с задержкой психического развития отличаются сниженной работоспособностью, повышенным истощением, неустойчивостью внимания, низким уровнем восприятия и продуктивности произвольной памяти, отставанием в развитии всех формы мышления, дефектами речи и моторики, своеобразным поведением, нарушениями эмоционально-волевой сферы. Методы коррекции и лечения задержки психического развития направлены на развитие сенсорной и моторной сферы, познавательной деятельности и эмоциональной сферы ребенка. При соблюдении специфических условий оздоровления и обучения дети с задержкой психического развития способны к восстановлению нормальных психических способностей.

УДК 616-053.6 (477.61)

Русина В. А.

ОЦЕНКА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ ГОРОДА ЛУГАНСКА

Научный руководитель: к. мед. н., доцент Головченко Н. Н.

*Кафедра педиатрии дополнительного профессионального образования и
пропедевтики педиатрии*

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

Актуальность. В подростковом возрасте основным показателем биологической зрелости является начало, порядок появления половых признаков, уровень физического развития. Важным является соответствие развитию психологического

возраста. На современном этапе проблема биологического возраста является самостоятельной проблемой в подростковом периоде и имеет важное медицинское и социальное значение.

Цель: определить особенности ростовых процессов у современных школьников, учитывая психологическое, физическое и половое развитие мальчиков и девочек.

Материалы и методы. Объектом исследования является физическое и половое развитие, психологический возраст подростков 15-17 лет. Предметом исследования служит биологический возраст подростков общеобразовательной школы г. Луганска. В решении поставленных задач нам помогли методы: выборка, антропометрический метод с применением центильных таблиц, единая шкала J.M. Tanner, опросник Е.П. Ильина.

Результаты и их обсуждение. Исследование заключается в проведении комплексной оценки биологического возраста среди подростков в возрасте 15-17 лет в среднеобразовательной школе г. Луганска. Практическая значимость заключается в использовании полученного материала в школьной медицине, практической психологии и педагогике, а также в разработке здоровьесберегающих технологий обучения в образовательных учреждениях. Открытием для нас стало, что при исследовании нами групп детей в возрасте от 15 до 17 лет, были установлены высокие показатели резко дисгармоничных девушек в возрасте 16-17 лет с значимостью отличий при $p < 0,05$ при сравнении с показателями мальчиков аналогичного возраста. Подросткам в возрасте 16-17 лет свойственны более старшие значения психологического возраста (как для мальчиков, так и для девочек). Половое развитие 55% подростков соответствует возрасту, обращает внимание ускоренное половое развитие в группах «девочки 15 лет» (33,3%) и «девочки 16-17 лет» (30%). В то время как у мальчиков аналогичного возраста превалирует отставание в половом развитии (20% и 38,5% соответственно).

Выводы. Среди девочек 16-17 лет мы установили более равномерное распределение признаков физического развития в выборке, чем в группе девочек 15 лет. В данной группе девочек значимо чаще отмечается резко дисгармоничное развитие, чем в группе мальчиков 16-17 лет. Ускоренное половое развития отмечается нами у 33,3% девочек 15 лет. Около 20% мальчиков 15 лет и 38,5% мальчиков 16-17 лет отстают в половом развитии соответственно возрастной норме. В целом половина исследуемых нами подростков соответствуют своему возрасту по половому развитию. Среди школьников 15 лет среднее значение психологического возраста составляет 15 лет, что соответствует паспортному. Среди детей 16-17 лет отмечается опережение психологического возраста на 3,5-4 года.

УДК 616-056.7-053.2

Скоромная Д. А., Глухов А. С.

РЕДКИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель к. мед. наук, доцент Сульженко М. Ю.

*Кафедра педиатрии дополнительного профессионального образования и
пропедевтики педиатрии*

Государственное учреждение Луганской Народной Республики

«Луганский государственный медицинский университет

имени Святителя Луки», г. Луганск

Актуальность. Медико-генетические исследования по изучению наследственных заболеваний в Российской Федерации проводятся крайне редко. В связи с этим, мы приняли решение уделить внимание 3 редким наследственным заболеваниям, своевременная диагностика которых поможет обеспечить точную постановку диагноза, лечение и уход за детьми с данными заболеваниями костной и дерматологической систем.

Цель: изучить симптоматику, клиническую диагностику, а также особенности редких генетических заболеваний опорно-двигательной системы у детей.

Материалы и методы. С целью исследования данной темы использовалась научная литература, методические разработки, а также научные доклады по теме исследования. Основопологающим для настоящего исследования является метод анализа и синтеза, включающий процесс разложения предмета на составные элементы, объединение знаний, приобретенных в следствии использования анализа в общую концепцию.

Результаты и их обсуждение. Несовершенный остеогенез— группа генетически обусловленных болезней, характеризующихся повышенной ломкостью костей в результате патологии коллагена I типа – страдает либо количество (недостаточная его выработка), либо качество (нарушается структура). Симптомы заболевания: голубые склеры, аномалии дентина, прогрессирующее снижение слуха.

Основами диагностики несовершенного остеогенеза является: молекулярный анализ коллагена (ДНК-анализ определенных генов из образца крови или слюны), биохимический анализ коллагена, отдельные исследования на основе биопсии кожи. Пренатальная диагностика при несовершенном остеогенезе II типа (перинатальная летальная форма) может выполняться обследованием: черепа и длины конечностей при УЗИ во II триместре беременности; анализ коллагена, который синтезируют клетки, культивированные из биоптатов ворсин хориона, или прямой анализ мутации, заранее идентифицированной в семье. Инструментальные методы диагностики: рентгенологические исследования, денситометрию - исследование минеральной плотности костной ткани, биопсию костной ткани с последующим исследованием полученного образца.

«Хрустальные» дети малоподвижны, никак не могут перемещаться без помощи других, их положение усугубляется: к врожденному остеопорозу добавляется еще и приобретенный. На фоне системного остеопороза, безусловно еще и деформации, когда ребенок становится на ноги, он как правило ломает кости. Круг становится замкнутым: в случае если ребенок никак не ходит, усугубляется его состояние, что приводит к новым переломам. И вновь он без перемещения. Системный остеопороз обостряется, из-за этого дети лишаются функции ходьбы и опоры.

Лечение несовершенного остеогенеза ориентировано на уменьшение количества переломов, хирургическое исправление деформаций, повышение костной массы и снижение хрупкости костей. Ключевым методом консервативной терапии является прием высокоэффективных и современных лекарственных средств, к которым относятся бифосфонаты - препараты близкие к соединениям, находящимся в человеческом организме. В качестве дополнительного способа лечения используется гормон роста.

Детская прогерия или Синдром Хатчинсона-Гилфорда — очень редкий генетический дефект, выражающийся в обширном изменении кожного покрова и внутренних органов, обусловленных преждевременным старением организма человека. На нашей планете зарегистрировано 52 случая прогерии. Дети, больные прогерией, внешне не отличаются от здоровых детей до полугода после рождения. Дети с этим трагическим генетическим дефектом погибают в возрасте от 5 до 15 лет. Детская прогерия вызвана мутациями генов, в клетках больных прогерией детей найдены нарушения репарации ДНК.

Симптомами данного заболевания являются: задержка роста (позднее прорезывание зубов, низкий рост), черепно-лицевые аномалии (черепно-лицевая диспропорция, макроцефалия, большой родничок, микрогнатия, крючковый нос), а также физические признаки, связанные со старением (морщинистая кожа, облысение, снижение амплитуды движений суставов, жесткая кожа, напоминающая склеродермию).

Причина детской прогерии — мутации гена LMNA, кодирующего ламин А. Ламины — белки, из которых выстроен особый слой оболочки клеточного ядра. В клетках кожи больных обнаружены нарушения репарации ДНК и клонирования фибробластов, а также атрофические изменения эпидермиса и дермы, исчезновение подкожной клетчатки.

Существуют и другие прогероидные синдромы: Синдром Ротмунда-Томсона проявляется преждевременным старением с повышенной восприимчивостью к раку. Оба вызваны генной мутацией, приводящей к дефекту ДНК-геликазы RecQ, которая в норме участвует в репарации ДНК. Синдром Вернера — это преждевременное старение после полового созревания с истончением волос и развитием состояний, характерных для старости (например, катаракты, сахарного диабета, остеопороза, атеросклероза). Синдром Коккейна является аутосомно-рецессивным заболеванием, вызванным мутацией в гене ERCC8, который играет важную роль в эксцизионной репарации ДНК. Клинические симптомы включают серьезное нарушение роста, кахексию, ретинопатию, гипертонию, почечную недостаточность, светочувствительность кожи и умственную отсталость. Неонатальный прогероидный синдром (синдром Видемана-Раутенштрауха) является рецессивным наследуемым синдромом старения, приводящим к смерти до достижения 2 лет.

На сегодняшний период патогенетического лечения и профилактики прогерии не существует. Но фондом Progeria Research Foundation проведен ряд клинических испытаний. Согласно данным, препарат Lonafermib типа фарнезилтрансферазы ингибитор (ФТИ), изначально произведенный для лечения рака, оказался действенным в отношении прогерии. У каждого больного прогерией отслеживалось улучшение по одному из четырех параметров: увеличение массы тела, улучшение слуха и костной структуры и, самое главное, увеличение эластичности кровеносных сосудов. Симптоматическое лечение включает антиоксидантные препараты, витамин Е и другие лекарственные средства. Больным рекомендуется избегать действия травмирующих факторов на кожу.

Также к редким генетическим заболеваниям относится ихтиоз — это наследственное заболевание кожи, протекающее по типу дерматоза. Характеризуется диффузным нарушением ороговения и проявляется в виде чешуек на коже. Нарушения

белкового обмена является основным проявлением генной мутации, которая приводит к ихтиозу. Большинство форм ихтиоза поражает одного человека из нескольких десятков тысяч. Вульгарный (обыкновенный) – самый распространённый вид болезни. Чаще всего он проявляется к третьему месяцу жизни ребёнка. Также существуют ламеллярный ихтиоз, х-сцепленный и другие. В большинстве случаев ихтиоз является наследственным заболеванием. Причина же приобретённого ихтиоза заключается в нарушении работы эндокринной системы.

В зависимости от тяжести болезни, различают: тяжелая форма (младенец рождается недоношенным и в первые дни погибает); средней тяжести (совместима с жизнью); поздняя форма (характеризуется отсроченными первыми появлениями до двух-трех месяцев жизни или даже до пяти лет).

Клинически, в зависимости от характера чешуек, выделяют следующие формы: ксеродермия, простой ихтиоз, блестящий(перламутровый) ихтиоз, змеевидный, игольчатый, а также эпидермолитический ихтиозы.

К сожалению, абсолютное излечение ихтиоза невозможно. Прогрессивная биомедицина может только лишь снизить симптоматику. Для этого представлена лекарственная терапия: комплексы витаминов А, В, С, Е, а также никотиновая кислота, гормональные вещества с целью улучшения функционирования щитовидной железы. Крайне значимы местные препараты и физиотерапия. Для увлажнения кожи прописывают мази и кремы. Салициловая кислота снимает воспаление и обеззараживает кожу. В качестве физиотерапевтических процедур назначают лечебные ванны, а также грязевые обёртывания, которые заживляют кожу, убирают раздражение. На протяжении заболевания большое влияние оказывает климат. В холодный период заболевание обостряется. В связи с этим больным рекомендуется переехать в более тёплую климатическую зону.

Вывод. Орфанные заболевания опорно-двигательной системы имеют сложности в ранней диагностике, плохо поддаются лечению, и дети уже с рождения становятся инвалидами. Необходимо не только совершенствовать методы ранней диагностики и лечения, но и знакомить с синдромологией этих болезней, что особенно важно для людей, избравших в будущем профессии врача.

УДК: 616.89-008.454-001-053.5

Закутская Ю.И.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ АСПЕКТОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ

Научный руководитель к. мед. наук, асс. Глушко Ю.В.

Кафедра педиатрии и детских инфекций ГУ «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» ЛНР, г. Луганск

Актуальность. Здоровье является главной ценностью жизни, которая занимает самую высокую ступень в иерархии потребностей человека. Именно здоровье признано одним из ведущих условий успешного экономического и социального общества. Для молодой и развивающейся Луганской Народной Республики задача формирования здорового образа жизни детского населения является одной из приоритетных. Ключом к формированию здорового образа жизни является внутренняя

потребность быть здоровым. А в детском возрасте эту потребность необходимо правильно и вовремя сформировать.

Цель: Провести анализ отношения к здоровому образу жизни детей и оценить уровень их осведомленности по вопросу ЗОЖ.

Материалы и методы. В сентябре 2020 года был проведен анонимный опрос 64 школьников 7-11 классов ГУ ЛНР ЛУВО «ВОСТОК». Все исследуемые дети заполняли анкету, включающую вопросы по различным аспектам образа жизни, жизненным ценностям, отношению к ЗОЖ.

Результаты. У детей выявлен высокий уровень знаний о составляющих ЗОЖ. Анализ расстановки жизненных приоритетов показал, что на первое место большинство ставят здоровье (62,3%). Сохранение здоровья опережает такие значимые для человека ценности, как взаимоотношение в семье, саморазвитие, уважение окружающих, учеба, общение с друзьями, материальное благополучие и успех у противоположного пола. Однако, важно отметить, что при этом, более двух третьих опрошенных считают, что в наибольшей степени ответственность за сохранение своего здоровья несет сам человек, а наибольшее влияние на состояние его здоровья оказывает образ жизни. Достаточно большой процент исследуемых детей оценивают свой образ жизни как «нездоровый» и выделяет целый ряд компонентов, подтверждающих эту оценку. Возможно, подобные результаты исследования являются проявлением определенного стереотипного мышления, когда школьники отметили так называемый «правильный вариант ответа», не соотнося его со своими реальными усилиями по сохранению здоровья и ведению здорового образа жизни. Среди причин «нездорового» образа жизни большинство школьников ставят на первое место «дефицит времени», а на втором месте стоит «лень». Хотя нашлись и такие корреспонденты, которые указали как основную причину «уверенность, что болезни не грозят» (8,2%). Большинство (89,3%) считают, что только ухудшение в состоянии здоровья, могут способствовать изменению их образа жизни в лучшую сторону. 45,4 % опрошенных недовольны своим образом жизни. На наш взгляд, данная категория детей, в первую очередь, будет восприимчива к формированию у них здорового образа жизни.

Результат показал, что дети узнают, как заботиться о своем здоровье на первом месте из средств массовой информации, на втором месте - в школе, на третьем месте у родителей, на последнем месте стоят друзья и информация, полученная из книг/журналов. Определены основные негативные факторы, способствующие ухудшению здоровья: отсутствие полноценного отдыха (56,3%), курение (25,1%), нерациональный режим питания (37,5%), зависимость от гаджетов (48,4%), а также отсутствие занятий спортом (23,4%) и стрессы (18,8%).

Выводы. Формирование здорового образа жизни, прежде всего, начинается с качественно полученной информации, с помощью которой приобретаются знания, перерастающие в убеждения и уже в дальнейшем, формируются навыки и умения. В наших силах, как студентов-медиков, проводящих санитарно-просветительскую работу, воздействовать на одно из первых звеньев, формирующее здоровый образ жизни, у подрастающего поколения. Необходимо продолжать работу по формированию активного отношения детей к своему здоровью, ЗОЖ, желанию помогать себе и другим детям в его соблюдении. Расширять кругозор в сфере здоровья и ЗОЖ у современных школьников.

УДК [616.7+616.8] – 056.7

Волосник А.С.

«СИНДРОМ КОРНЕЛИИ ДЕ ЛАНГЕ»

Научный руководитель: д.м.н., проф. Еришова И. Б., асс. Бондарь А.В.

Кафедра педиатрии и детских инфекций

Луганский государственный медицинский университет, г. Луганск

Актуальность. Синдром Корнелии де Ланге является довольно редкой врожденной патологией, встречающейся с частотой от 1:300000 до 1:100000 у новорожденных, и соотношении 1:1 среди мальчиков и девочек. Всего на данный момент известно не более 400 случаев этого заболевания среди населения в отдельных государствах нашей планеты. Тем не менее, и нам удалось провести обследование ребенка с данной патологией который проходил лечение в Луганской Республиканской детской больнице г. Луганска.

Цель. Комплексное обследование пациента с синдромом Корнелии де Ланге. Постановка окончательного диагноза, назначение соответствующего лечения, задачей которого стало — увеличение продолжительности и улучшение качества жизни, дееспособности пациента, снижение проявлений симптоматики.

Материалы и методы. Был собран подробный анамнез ребенка К. 3-х лет. Среди объективных методов было проведено антропометрическое исследование (рост, вес, окружность головы, грудной клетки), внешний осмотр, применены методы пальпации, перкуссии и аускультации. Дополнительно проведены лабораторные методы исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование электролитного баланса крови, исследование кариотипа). Среди инструментальных методов, были получены данные результатов ЭКГ, ЭЭГ, рентгенография кистей рук, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, щитовидной железы, а также консультации узких специалистов: офтальмолога, невролога, хирурга, кардиолога, нефролога, генетика, эндокринолога, сурдолога и логопеда.

Результаты и их обсуждение. По результатам обследования ребенку К. установлен клинический диагноз: Синдром Корнелии де Ланге классическая форма. Задержка физического развития, нанизм генетически обусловленный. Задержка полового развития, вторичный гипогонадизм. Врожденная аномалия толстого кишечника, гипокинетический тип, субкомпенсированная форма (СПО 2005 г.). Вторичный хронический колит. Детский церебральный паралич, резидуального генеза, стойкая ремиссия, стойкие выраженные двигательные расстройства, грубая задержка моторного и психоречевого развития. Врожденная гидроцефалия. Эпилептический синдром резидуального генеза. Вторичная миокардиодистрофия, СНІ. Неполное удвоение левой почки. Главная задача терапии — увеличение продолжительности и улучшение качества жизни, дееспособности пациента, снижение проявлений симптоматики. Мальчику проводилась коррекция противосудорожными препаратами (депакин, финлепсин) миорелаксантами (мидокалм), ноотропными препаратами

(фенибут), метаболическими средствами (рибоксин, аспаркам), ферментными препаратами (панкреатин), пробиотиками, гепатопротекторами, поливитаминами, анаболическими стероидами. Также назначался комплекс лечебной физкультуры, массаж. В катамнезе в течение 2 лет наблюдения: ремиссия фебрильных судорог — 30 месяцев, частые острые респираторные инфекции до 6 раз в год, снижение слуха. Прогрессирование когнитивной недостаточности не отмечается.

Выводы. Постановка данного диагноза стала возможной при проведении комплексного обследования ребенка с задержкой физического, психоречевого и полового развития. Так как орфанные заболевания являются мультидисциплинарной проблемой, а в патологический процесс вовлечены несколько органов и систем крайне важна своевременная диагностика, лечение и коррекционные мероприятия, что позволит улучшить состояние и социальную адаптацию больного.

УДК 577.15:616-001.8-053.31

Халимова А.П.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛТУХИ АРИАСА У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ С АСФИКСИЕЙ

Научные руководители: д.м.н., проф. Еришова И. Б., асс. Бондарь А. В.

Кафедра педиатрии и детских инфекций

Луганский медицинский университет имени Святителя Луки, г. Луганск

Актуальность. Асфиксия новорожденных - это неспособность новорожденного начать или поддерживать нормальное самостоятельное дыхание после рождения вследствие нарушения оксигенации во время схватки и родов. Желтуха Ариаса является одной из редких видов желтух новорожденных. В последние годы процент возникновения данного типа желтухи увеличивается. Протекание асфиксии новорожденных на фоне данного вида желтухи может иметь различную степень поражения центральной нервной системы и в последствии различные исходы заболевания.

Цель. Изучение особенностей течения асфиксии новорожденных на фоне желтухи Ариаса в периоде новорожденности.

Материалы и методы. Клинический случай течения желтухи Ариаса на фоне перенесенной асфиксии в родах: осмотр пациента, диагностика, динамическое наблюдение, лечение.

Результаты. Данные пациента: новорожденный ребенок от 2й беременности, 2х срочных родов на сроке 37 недель. Пол – мужской, живой, доношенный, масса-2800г, рост 50 см, окружность головы 33 см, окружность грудной клетки – 31см. Время рождения 08часов 51 минута. Оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минутах – 5/7 баллов. Из анамнеза матери: группа крови А (II) вторая, Rh (+) положительный. Рубец на матке после кесарево сечения, преэклампсия легкой, переходящая в среднюю степень тяжести, фето-плацентарная дисфункция с замедлением кровотока в пупочной артерии, угроза прерывания беременности в 10-11 недель, угроза преждевременных родов в 24, 27 недель, многоводие с 26 недель, обострение хронического панкреатита в 32 недели, кесарево сечение, эндотрахеальный наркоз, многократное обвитие шеи плода пуповиной.

Первичная адаптация новорожденного нарушена: в операционной проведены мероприятия первичной реанимации. Время начала 8 часов 51 минута. Время окончания 8 часов 55 минут. В неонатальном отделении общее состояние ребенка средней степени тяжести, стабилизировалось. Выставлен предварительный диагноз: Асфиксия в родах умеренной степени. Аспирационный синдром. Морфо-функциональная незрелость. Угроза реализации внутриутробной инфекции.

Состояние в динамике: общее состояние средней степени тяжести, стабильное. Лактация у матери достаточная, кормится по требованию. Кожные покровы чистые, розово-субиктеричные (субиктеричность появилась на 3и сутки жизни) уровень Ві билинестом 220-230 мкмоль /л в 1-2 зонах по Крамеру), видимые слизистые субиктеричные, чистые. При рождении, в 1е, 2е сутки кожные покровы и видимые слизистые чистые, розовые. Мочеиспускания регулярные, моча светлая, кал – переходный, желтый кашицеобразный. Поставлен заключительный диагноз: Асфиксия в родах умеренной степени. Неонатальная желтуха неуточненной этиологии. Морфо-функциональная незрелость. Угроза реализации внутриутробной инфекции.

Проведен тест для подтверждения данного вида желтухи. Результаты теста показали, что уровень билирубина за период искусственного вскармливания уменьшился на 20 %. После возобновления грудного вскармливания уровень билирубина повысился до первичных цифр (уровень билирубина 220 мкмоль/л), тем самым замечено волнообразное течение желтухи. Тактика подтверждения повторялась три раза. Результаты идентичные. Следовательно, было подтверждено что имеет место желтуха грудного вскармливания. Проведена диагностика с желтухой недостаточного потребления грудного молока. Так как у матери лактация достаточная, этот вид желтухи был исключен.

Выводы. Своевременное выявление данного типа желтухи, позволяет определить рациональную тактику ведения ребенка. Правильность методов диагностики желтухи – правильность постановки диагноза. Знание специфики протекания состояний в неонатологии улучшает прогноз заболевания.

УДК 572.511.2.001.73-053.2

Кожокарь Д. Ю., Кожокарь Ю. Ю.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ В ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель ассистент Сероштан Е.Ю.

кафедра педиатрии и детской хирургии

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»**

Актуальность. Правильная и красивая осанка является одним из основных показателей состояния здоровья детей. Частота нарушений осанки, по данным НИИ детской ортопедии им. Г.И. Турнера, неуклонно возрастает. В России нарушение осанки выявлено у 40-80% детей и подростков, частота искривления позвоночника за последние годы увеличилась с 3% до 15%. Среди патологии опорно-двигательного аппарата нарушения осанки занимают одно из ведущих мест, как по частоте, так и по тяжести патологических изменений, а это в свою очередь, оказывает негативное

влияние на здоровье детей. Осанка имеет нестабильный характер - она может улучшаться или ухудшаться (количество нарушений возрастает в период ростового скачка, полового созревания). Нарушения осанки и отклонения физического развития имеют место у 60% детей дошкольного возраста, у 75-80% младших школьников и практически у 98% детей выпускных классов общеобразовательных и специализированных школ (В.К. Спирин, 2015).

Особая роль в формировании правильной осанки принадлежит родителям. Родители могут быть примером для подражания для детей в любом возрастном периоде, а особенно в период младшего школьного возраста. Отношение к обуви ребенка, спальному месту, режиму дня порой имеет решающее значение в развитии патологии опорно-двигательного аппарата. Однако далеко не все родители имеют достаточную осведомленность в данной проблеме.

Цель: определить осведомленность родителей в проблеме нарушения осанки у детей.

Материалы и методы. Для достижения цели, нами было опрошено 87 родителей, чьи первоклассники имели нарушение осанки различной степени выраженности. Анкета «Осведомленность родителей в проблеме нарушения осанки у детей».

Результаты и их обсуждение. Среди опрошенных родителей 56,3% считают осанку у своих детей правильной и в 94,3% случаев обращают внимание на положение тела своего ребенка в процессе ходьбы, просмотра телевизора. О значении осанки с детьми беседуют 90,8% родителей, являются примером и выполняют утреннюю гимнастику 9,2% взрослых, а дети в 5,7% и при этом 75,9% опрошенных считают, что формирование осанки — это в первую очередь задача семьи. В течение дня 47,1% первоклассников на выполнение домашних заданий уделяет до двух часов, за активными играми 47,1%, в то же время 49,4% за современными гаджетами проводят более двух часов. Согласно результату опроса 64% родителей не нуждаются в консультации о формировании правильной осанки, в то время, когда с упражнениями, которые направлены на развитие правильной осанки, ознакомлены 52,9%. У 50,6% детей спальное место организовано на жестком ложе с маленькой подушкой, у 12,6% — на мягком ложе с маленькой подушкой. При выборе обуви ребенка 16,7% родителей ориентируются на супинатор и плотный задник, 12,6% — на доступность по цене, 11,6% — на наличие лишь супинатора, 11,5% — на супинатор, плотный задник и материал обуви. Главной причиной неправильной осанки у детей 29,1% родителей считают отсутствие постоянного образца правильной осанки, 18,4% — низкую двигательную активность, 10,3% — низкий мышечный тонус. Из негативных последствий нарушений осанки 47,1% опрошенных указывают сколиоз, 38,3% — нарушения со стороны внутренних органов, 10,3 — болевой синдром и остеохондроз.

Выводы. Отрицание нарушения осанки у своего ребенка при наличии признаков ее нарушения, отсутствие эталона правильной осанки, малоподвижный образ жизни детей, низкая осведомленность родителей об осложнениях нарушения осанки создает благоприятные условия для развития данной патологии среди детей дошкольного и младшего школьного возраста. Отсутствие желания родителей в консультации о формировании правильной осанки у детей указывает о недоверии к специалистам, а также о желании оставаться с низкой осведомленностью о существующей проблеме нарушения осанки у их детей и в детском возрасте в целом.

УДК 371-055.25-055.25

Уразовская А.С., Боботина Л.В.

К вопросу о целесообразности параллельного обучения мальчиков и девочек в образовательной деятельности начального общего образования

Научный руководитель ассистент Сороштан Е.Ю.

кафедра педиатрии и детской хирургии

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»**

Актуальность. Реализация личностно-ориентированной парадигмы обучения диктует новые стандарты современной Концепции модернизации образования. Тем самым подчеркивается необходимость такой организации обучения, при которой ученик является не просто пассивным объектом, но признается главной действующей фигурой всего учебно-воспитательного процесса, активным субъектом деятельности. Данные образовательные условия помогают ученику самореализоваться в соответствии с присущими ему индивидуальными познавательными возможностями.

Так, одним из способов учета индивидуальных особенностей учащихся может быть реализация гендерного подхода. Целью гендерного подхода в образовании является деконструкция традиционных культурных ограничений развития потенциала личности в зависимости от пола и создание условий для максимальной самореализации и раскрытия способностей мальчиков и девочек, что требует не просто изменения, но разработки новых способов обучения, отличных по качеству, способам организации учебного процесса и темпам от традиционных.

Цель: изучить целесообразность параллельного обучения мальчиков и девочек в образовательной деятельности начального общего образования.

Материалы и методы. Для достижения цели нами были проведена выборка из аналитической справки по результатам мониторинга психологического развития обучающихся 1 классов по методике В.Ф. Базарного в Государственных учреждениях Луганской Народной Республики «Луганское общеобразовательное учреждение школа №17 им. В.Брумеля» и «Луганское общеобразовательное учреждение гимназия №30 им. Н.Т.Фесенко».

1. Анализ речетворческой свободы — методика В.Ф.Базарного «Анализ базовых психомоторных функций».

2. Анализ интеллектуальных способностей — методика экспресс-диагностика интеллектуальных способностей детей 6-7 лет (МЭДИС), авт. Щепланова Е.И., Аверина И.С., Задорина Е.Н.).

3. Анализ школьной мотивации — методика изучения 6-7 летних детей М.Р. Гинзбург.

4. Анализ уровня самооценки — методика «Лесенка» авт. В.Г.Щур, С.Г. Якобсон.

5. Анализ индекса функциональных изменений.

Результаты и их обсуждение. Высокий показатель речетворческой свободы был отмечен в классах девочек и смешанном классе в 54,0% и 50,0% соответственно, тогда как в классе мальчиков этот показатель в 72,0% случаев соответствовал среднему уровню ($p < 0,05$).

По результатам теста интеллектуальных способностей на высоком уровне тест выполнили 39,0% в классе мальчиков, в то же время в классе девочек и смешанном классе высокий уровень был отмечен у 21,0% и у 12,0% соответственно ($p < 0,05$).

Высокую мотивацию на учебу было выявлено в 79,0% случаях в классе девочек и в 53,6% в смешанном классе, в то время, когда в классе мальчиков высокий уровень школьной мотивации отмечен у 13,6% учащихся.

Анализ индекса функциональных изменений показал, что все первоклассники имеют удовлетворительную адаптацию, однако у девочек этот показатель достоверно ($p < 0,05$) приближен к состоянию функционального напряжения.

Выводы. Учитывая выявленные индивидуальные гендерные познавательные возможности среди обследуемых первоклассников возникает целесообразность в параллельном обучении мальчиков и девочек в образовательной деятельности начального общего образования.

УДК 616.8-07

Королева М. А., Греков С. В., Запасный А.В.

«БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ»

Научные руководители: ассист. Бобык О. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

Луганской Народной Республики «Луганский Государственный медицинский университет имени Святителя Луки» г. Луганск

Актуальность. Продолжительность жизни населения увеличивается, соответственно, растет и количество людей пожилого и старческого возраста.

В последние годы все исследователи болезни Альцгеймера сходятся во мнении, что количество пациентов с этим расстройством будет увеличиваться вместе с продолжительностью жизни населения, и Россия не станет исключением из этого общемирового тренда.

К 2030-му году прогнозируют заболеваемость на уровне 75 млн. случаев по всему миру, а к 2050-му — 132 млн.

Цель: Изучение влияния различных видов реабилитационных методик на когнитивные функции и социальное функционирование пациентов с болезнью Альцгеймера.

Материалы и методы. Нами было обследовано 15 пациентов с диагностированной, согласно критериям МКБ-10, болезнью Альцгеймера. Пациенты были разделены на 3 группы, в зависимости от принимаемого лечения.

1 группа фармакотерапия + когнитивная терапия, физ. упражнения
2 группа фармакотерапия + телесно-ориентированная терапия
3 группа фармакотерапия

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: Mini-mental State Examination, MMSE

Реабилитационные методики:

- когнитивная терапия
- телесно-ориентированная терапия
- аэробные тренировки
- упражнения для восстановления моторики

Результаты и их обсуждение. При первичном обследовании пациентов, выраженность негативной симптоматики, согласно Mini-mental State Examination, MMSE у 13 больных соответствовала умеренным когнитивным нарушениям, у 2 пациентов – легким.

После принимаемого лечения математическая обработка динамики исследуемых показателей пациентов выявила положительные сдвиги по большинству изучаемых параметров.

При применении фармакотерапии произошло улучшение памяти и способности к концентрации внимания, повышение усидчивости, снижение утомляемости, симптомов депрессии.

Человек после полного курса когнитивной терапии может изменять дисфункциональные убеждения на более рациональные мысли, произошло положительное изменение стиля жизни человека, само принятие и самореализация.

Физ. упражнения - выполнение данных упражнений способствует развитию силы мышц и их координированной деятельности

Методы телесно-ориентированной терапии и упражнения, одно из наиболее эффективных направлений в современной психотерапии направлены на:

- обнаружение внутри личностных конфликтов
- восстановление связи между психикой и телом
- формирование позитивного само отношения
- оптимизацию самооценки человека
- преодоление коммуникативных барьеров
- улучшение навыков социального взаимодействия

Способствовали снижению депрессивного состояния, повышенной тревожности, апатии, отсутствия желаний, психологических травм, которые были у человека в прошлом.

Выводы. Проведенное сравнительное исследование показало наибольшую эффективность при болезни Альцгеймера, наряду с фармакотерапией, применения реабилитационных методик.

Комбинированная терапия при болезни Альцгеймера помогает уменьшить прогрессирование заболевания и улучшить качество жизни больных.

УДК 616.833-008.6-053.2

Фулиди Е.В.

СИНДРОМ СЛУДЕРА У ДЕТЕЙ

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

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии.

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

Актуальность. Синдром Слудера представляет собой лицевую боль, связанную с поражением крылонебного узла, которая сопровождается пароксизмальной вегетативной дисфункцией. Распространенность данного клинического синдрома составляет 4-11 случаев на 100 тыс. детского населения. Чаще наблюдается преимущественное поражение правого ганглия (60%), реже левого (37%), крайне редко, крылонебный узел страдает с двух сторон (3%).

Знание клиники подобных состояний определяет правильную тактику ведения больных.

Цель. Проанализировать данные анамнеза, отражающие наличие синдрома. Объяснить наиболее информативные признаки при объективном исследовании больного, принципы диагностики заболевания.

Материалы и методы. Клинический случай. Б-ной Ч., 12 л., школьник, житель города Алчевска.

Жалобы: приступы болей в правом виске с иррадиацией в правый глаз, правую половину носа, верхнюю челюсть, слезотечение из правого глаза, побледнение лица, «щёлкание» в правом ухе на высоте боли, серозное выделение из носа во время приступа.

Анамнез заболевания. Болеет 6-7 месяцев, причину заболевания связывает с перенесенной травмой лица в автодорожном происшествии. Терял сознание, лечился в нейротравматологическом отделении с сотрясением головного мозга и диффузным переломом костей носа, фиксировали носовые кости гипсовой повязкой.

Методы обследования: клин. анализ крови и мочи, рентген костей лицевого черепа, консультации специалистов.

Результаты и их обсуждение. Объективный статус: соматически здоров, среднего телосложения, лицо пастозно, носовое дыхание затруднено. Со стороны внутренних органов без патологии. АД – 110/70 мм рт.ст., пульс 78 уд./мин.

Со стороны нервной системы – астенизирован, болезненность в точках выхода ветвей тройничного нерва справа и в проекции правого крылонебного ганглия. Гиперестезия в правой половине лица. Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ -8 баллов. Отсутствует обоняние с 2-х сторон. Оживлен корнеальный рефлекс справа. Изменений в двигательной и координаторной сферах нет. Речь не изменена. Письмо, чтение и счет не нарушены.

Обследование: клинический анализ крови и мочи без патологии.

Офтальмоскопия- диски зрительных нервов четкие, розовые, ход и калибр сосудов сетчатки не изменен.

Отоларинголог: Дыхание ч/з правую половину носа резко затруднено. Слизистая полости носа справа отечная, в носовых ходах справа слизисто-гнойное отделяемое. Для уточнения характера процесса назначено Р-н придаточных пазух носа.

Рентген лицевого черепа: в проекции правой решетчатой кости определяется металлическое инородное тело, размерами 6х1х1,2 см. В связи с тем, что при наличии металлического инородного тела в челюстной пазухе, дальнейшее проведение КТ или МРТ костей черепа, головного мозга невозможно.

Пациент осмотрен ЛОР – врачом повторно. При оптической риноскопии выявлен хронический полипозный ринит с изъязвлением. При операции на правой челюстной пазухе в обл. медиальной стенки обнаружен дефект кости, грануляции. После вскрытия клеток решетчатого лабиринта обнаружено и с трудом удалено металлическое, покрытое толстым слоем ржавчины, грануляции инородное тело разм. 6,3х1,2 см.

Самочувствие ребенка после удаления инородного тела стабилизировалось, прекратились приступы лицевой боли. Пациент был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Клинический диагноз при выписке: Удаление металлического инородного тела решетчатого лабиринта справа. Вторичный (компрессионно-ишемический) ганглионит крылонебного узла справа, прозопалгия. Последствия перенесенной ЛЧМТ, сочетанной с повреждением лицевого черепа, выраженная вегетативная дисфункция.

Заключение. Приведенное клиническое наблюдение иллюстрирует повреждение нервных образований лица: первых 2-х ветвей правого тройничного нерва и анатомически связанного с ними правого крылонёбного ганглия. О таком сочетанном поражении нервных образований свидетельствуют данные неврологического осмотра (болезненность тригеминальных точек справа и проекции правого крылонёбного узла с соответствующими сенсорными расстройствами на лице, снижение корнеального рефлекса справа, характер болевых пароксизмов). Характер процесса в периферических нервах – смешанный, компрессионно-ишемический, в результате сдавления их гематомой на лице и воспалительный, в результате контактного распространения инфекции от инородного тела. Самим инородным телом мог явиться обломок металла во время ДТП, на который не обратили внимание во время I госпитализации ребенка в стационар.

Разбор клинического случая показал, с какими сложностями могут столкнуться неврологи при дифференциальной диагностике заболевания и насколько актуальной является проблема в настоящее время.

УДК 616.379-008.64

Борисенко В. В., Воскобойников И. О.

КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Борисенко В.В.

Кафедра нервных болезней и нейрохирургии

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

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, за последние 10 лет численность больных сахарным диабетом в мире увеличилась в два раза. Глобальная эпидемия сахарного диабета приводит к увеличению численности его осложнений, в том числе поражений нервной системы. Показатели диабетической полиневропатии среди больных сахарным диабетом достигают до 78,8%. Диабетическая полиневропатия сопровождается чувствительными, вегетативно-трофическими и в дальнейшем двигательными расстройствами в конечностях, что приводит к инвалидизации больных. Нейропатические осложнения являются значительным бременем как для больных, так и для общества в целом. Наиболее тяжелым осложнением диабетической полиневропатии даже в начальных стадиях заболевания является болевой синдром.

Цель: исследование особенностей клинической симптоматики и методов купирования болевого синдрома при дистальной диабетической полиневропатии нижних конечностей.

Материалы и методы. Исследовались больные с дистальной диабетической полиневропатией, находящиеся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении Луганской республиканской клинической больницы. Оценивался неврологический статус больных и выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Всего было обследовано 18 больных, среди них женщин 11 (61%), мужчин 7 (38,9%). Средний возраст обследованных больных 56⁺2 года. Средняя длительность заболевания сахарным диабетом составляла от 5 до 9 лет.

Результаты и их обсуждение. Пациенты предъявляли жалобы на онемение - 17 (94,4%), болезненные покалывания - 15 (83,3%), повышенную чувствительность в области подошв и пальцев стоп - 13 (72,2%), ощущение стягивания конечностей - 11 (61,1%), периодические судороги в икроножных мышцах - 9 (50%). В неврологическом статусе у исследуемых выявлялись следующие симптомы: гиперальгезия - 17 (94,4%), парестезии 11 (61,1%), снижение вибрационной чувствительности - 11 (61,1%), болезненность при пальпации нервных стволов - 10 (55,6%), трофические нарушения в виде сухости кожи, гиперкератоза подошв, ломкости ногтей - 12 (66,7%). Степень выраженности болевого синдрома оценивалась по ВАШ от 0 до 10 баллов. По выраженности болевого синдрома больные распределялись таким образом: 8 пациентов (44,4%) с интенсивностью болевого синдрома 8 баллов, 10 пациентов (55,6%) с интенсивностью болевого синдрома 7 баллов.

Всем больным проводилась коррекция гликемии инсулинотерапией и метформином. Для купирования болевого синдрома больным назначался препарат Конвалис (российский аналог габапентина) по 2 капсулы (600 мг) 2 раза в день утром и вечером. Действие Габапентина при нейропатической боли проявляется в уменьшении глутаматзависимой гибели нейронов, увеличении синтеза гамма-аминомасляной кислоты, подавлении высвобождения нейротрансмиттеров моноаминовой группы. Применение препарата 2 раза в день позволяет сохранять его эффект в течение суток, избавляя больного от неприятных болевых ощущений. Длительный эффект позволяет достигать гармонии синтеза моноаминов и уменьшении раздражения глутаматных рецепторов. Кроме того, всем больным проводилось комплексное лечение диабетической полиневропатии препаратом Тиогамма 50 мл

внутривенно капельно 1 раз в день, инъекции Комбилипена 2 мл внутримышечно 1 раз в день и Д'Арсонваль на нижние конечности (антиоксидантная и трофостимулирующая терапия периферических нервов). Лечение проводилось в течение 2 недель.

В результате лечения у 16 из 18 больных (88,9%) наблюдалось объективное улучшения состояния в виде уменьшения боли, болезненных парестезий. Выраженность болевого синдрома по ВАШ оценивалась у 8(44,4%) больных в 4 балла, у 10 больных (55,6%) в 3 балла. Объективно: улучшилась болевая и температурная чувствительность; кожа на стопах приобрела здоровый оттенок, уменьшились ощущения сухости.

Выводы. Таким образом, болевой синдром при диабетической полиневропатии является наиболее тягостным для пациентов, ухудшает их качество жизни. Лечение болевого синдрома при диабетической полиневропатии должно быть комплексным, включающим витамины группы В, альфа-липоевую кислоту, физиопроцедуры. Эффективным для купирования болевого синдрома является габапентин с минимальной дозировкой 1200 мг в день в 2 приёма длительностью не менее 2 недель.

УДК 616.31-089.23:613.84

Кулиев М. И.

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ТКАНИ ЗУБА

Научный руководитель канд. мед. наук, доцент Кувенева О. Н.

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск

Актуальность. Несмотря на то, что основными изменениями у курильщиков являются изменения, возникающие в дыхательной и сердечно-сосудистой системах человека, тем не менее актуальным по-прежнему остается изучение изменений тканей зуба и его структур под воздействием табачного дыма. Процесс курения – это горение табака, сопровождающееся выделением целого ряда сложных химических веществ и взаимодействием химических веществ не только с кислородом воздуха, но и между собой. При курении воздействие на организм человека составляющих компонентов табачного дыма может происходить непосредственно через слизистую оболочку полости рта, носа и бронхов. Полость рта из-за своих анатомо-топографических особенностей первично подвергается воздействию продуктов табакокурения.

Цель: 1. Изучить изменения тканей зуба под действием веществ, входящих в состав табачного дыма. 2. Изучить самые частые заболевания, возникающих на фоне курения.

Материал и методы исследования. Для изучения самых частых заболеваний, возникающих на фоне курения, было проведено изучение ряда литературных данных (24 отечественных и 6 зарубежных источников).

Влияние табака на органы и ткани полости рта, как и на весь организм, определяется интенсивностью и продолжительностью химического, физического и термического воздействия, а также индивидуальными морфофункциональными особенностями слизистой оболочки полости рта. Наиболее токсичным из всех веществ, входящих в состав табачного дыма, является никотин (его доля составляет около 28,7%).

В одном из изученных исследований отмечалось, что *Streptococcus mutans* является важнейшим патогеном, участвующим в формировании кариеса зубов и присутствии *S. mutans* в 70 раз выше у лиц, страдающих кариесом, чем у лиц, не страдающих кариесом. Связь между курением табака и кариесом зубов однозначна. Исходя из полученных данных никотин оказывает стимулирующее действие на рост *S. mutans*, метаболическую активность, агрегацию клеток, производство кислот и синтез ЭПС.

Результаты и их обсуждение. Следует отметить следующие изменения тканей и структур зуба под действием веществ, входящих в состав табачного дыма.

Слизистая оболочка. Исследования различных авторов доказывают, что табачный дым действует на эпителиальные клетки СОПР, приводя к увеличению скорости отмирания клеток поверхностного эпителия, наличию очагов ороговения и к увеличению проявлений фиброза в подслизистом слое. В результате этого нарушается функционирование гисто-гематического барьера слизистой оболочки полости рта, способствуя проникновению патогенной микрофлоры в ткани и ускоряя ее размножение.

Эмаль. В механизме повреждающего действия курения на ткани зуба и полости рта большое значение имеют температурные показатели. Проходя из тлеющего табака, имеющего температуру 3000 °С, через слой табачной набивки, табачный дым хотя и успевает охлаждаться, но температура его колеблется в пределах 55 — 60 °С. Температура воздуха, поступающего в ротовую полость при курении, на 35 — 40 °С ниже температуры находящегося в ней дыма. В результате, на зубной эмали появляются микроскопические трещины. Это усиливает риск задерживания пигментов на зубах, вызывая табачное окрашивание зубов.

Десна. Что касается десен, то они становятся рыхлыми, появляются признаки формирования зубодесневых карманов, в которых скапливаются остатки пищи. Как следствие, образуется очаг размножения бактерий. Из-за сужения сосудов верхней и нижней челюсти ухудшается кровоснабжение. Внешне это проявляется изменениями цвета десен: они становятся бледно-розовыми. В целом, анализ публикаций о влиянии курения на десневой кровоток позволяет заключить, что непосредственно после выкуривания сигареты происходит усиление микроциркуляции в тканях десны, хотя в покое у лиц с высокой интенсивностью курения десневой кровоток значительно снижен по сравнению с нормой.

Пародонт. По мнению некоторых исследователей, поражение тканей пародонта при курении связано с общерезорбтивным действием никотина на микроциркуляторное русло тканей пародонта. В 2000 г. экспериментально получено снижение десневого кровотока путем введения никотина и адреналина в артерии. Это позволило авторам сделать вывод, что развитие тканевой гипоксии при курении имеет ведущее значение в патогенезе заболеваний тканей пародонта у курильщиков.

Периодонт. Курение – второй сильнейший фактор риска для заболеваний тканей периодонта после бактериального налёта. У таких пациентов риск потери костной ткани возле зуба в 2-8 раз больше. У курильщиков большее количество потенциально патогенных бактерий, ослаблены защитные механизмы иммунной системы, поэтому у таких пациентов чаще развиваются агрессивные формы периодонтита. Развиваются более глубокие периодонтальные карманы, более выражена потеря костной ткани и отхождение десны от зубов.

Пассивное курение. Результаты исследований подтвердили, что у людей, которые вынуждены длительное время находиться в насыщенном дымом

помещении, отмечается ухудшение кровообращения десен, они кровоточат и опухают, развивается воспалительный процесс в ротовой полости. Регулярное пассивное курение нередко оказывает негативное влияние на состояние зубов у детей. По результатам разных источников, у них на 40,2% повышается риск раннего кариеса зубов.

Выводы. Курение является неблагоприятным фактором, негативно воздействующим на состояние твердых тканей зубов, состояние тканей периодонта. По данным ряда исследователей выявлено, что табакокурение приводит к развитию специфических для курильщиков заболеваний, а также способствует прогрессированию основных заболеваний полости рта, вызывая окрашивание зубов.

УДК 574:611:612

Малинин П.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Моисеева М.И.

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск

Актуальность. Организм человека – очень сложный физиологический механизм, который включает в себя много частей, в том числе и опорно-двигательный аппарат. Скелет человека в процессе жизни испытывает постоянные нагрузки. А у спортсменов или обычных людей, которые занимаются физической культурой, костная система меняется не быстро, а постепенно. В ней возникают морфологические изменения, а также меняется и химический состав костной ткани. Это вызвано зачастую неправильным распределением нагрузки на костную ткань. Наше исследование, основанное на данных литературы, может быть полезно спортивным врачам, тренерам, учителям физической культуры для составления плана тренировок с учетом адекватной нагрузки на костную систему.

Цель: изучить влияние физической нагрузки на морфологические изменения костной системы спортсменов некоторых видов спорта на различных уровнях ее организации.

Материал и методы: Материалом исследования послужили источники научной литературы, в которых имелись сведения об изменениях костной, хрящевой ткани и связочного аппарата возникающие при различных видах физической нагрузки. Собранный материал был обобщен и проанализирован.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования было выявлено следующее. Под влиянием статических нагрузок в первую очередь утолщается компактное вещество кости. Костномозговая полость уменьшается, а в некоторых случаях может практически полностью зарости. Суставной хрящ, который покрывает поверхность кости, может стать более утолщенным. При этом теряются его эластические свойства. Нагрузка на кости уменьшается вследствие улучшения амортизирующих свойств суставного хряща.

Скелет спортсменов реорганизуется: химический состав, внешний вид костей, внутренняя структура и сроки ossification заметно изменяются.

На различных уровнях организации костной системы (системном, органном, тканевом, клеточном, субклеточном и молекулярном) у спортсменов происходят адаптационные изменения.

Под влиянием нагрузок в химическом составе костей увеличивается содержание неорганических веществ, в основном – кальция, фосфора. В результате того, что минеральная составляющая начинает преобладать, увеличивается плотность костной ткани. Из-за увеличения активности мышц значительно изменяется форма костей скелета. Шероховатости, бугорки и гребни образуются в местах прикрепления сухожилий. Размер этих неровностей зависит от степени развития мышц.

Увеличение размеров ячеек губчатого вещества вызывают, как правило, более интенсивные нагрузки. Более однородную структуру, то есть без разделения губчатого вещества на центральную и периферическую области, имеют эпифизы трубчатых костей.

У тяжелоатлетов ячейки губчатого вещества эпифиза становятся почти квадратными или круглыми, при этом мощные пластинки костей стопы редко имеют поперечные перекладины. В костях штангистов, велосипедистов, борцов и гимнастов наблюдается крупноячеистая структура губчатого вещества.

Костномозговая полость уменьшается вследствие утолщения компактного слоя костей спортсменов. На рентгене это иногда проявляется как узкий зазор между двумя тенями высокоразвитого компактного вещества.

Нагрузка статического характера обычно вызывает сокращение некоторых костей из-за задержки оссификации (окостенения). При определенных количествах динамических нагрузок сегменты конечностей увеличиваются в размерах, а зона роста, как правило, не реагирует на увеличение или уменьшение статической нагрузки.

Морфологически наблюдается повышенная остеонизация костной ткани. Это выражается в первую очередь образованием новых остеонов, которые являются зрелыми, дифференцированными структурами. Так же образуется большое количество новых костных пластинок, значительно более упругих. В этом процессе принимают участие остеобласты и остециты. Вместе с этим остеокласты разрушают старые остеоны. Таким образом, все клеточные элементы костной ткани функционально взаимосвязаны в процессе ее перестройки.

Выводы. В результате нашей работы можно сделать следующие выводы:

1. Костная система человека претерпевает ряд изменений вследствие систематического влияния активных физических нагрузок. Особенно эти изменения выражены у спортсменов.

2. В зависимости от вида спорта и характера нагрузок, выполняемых человеком, изменения носят различный характер. Нагрузки статического характера вызывают некоторое укорочение костей вследствие задержки окостенения. При нагрузке динамического характера размеры сегментов конечностей увеличиваются.

3. Морфологические изменения, происходящие в костной системе спортсменов, связаны с перестройкой клеток, формирующих костную ткань.

4. В костной ткани спортсменов повышается синтез белков, мукополисахаридов, ферментов, отложение неорганических веществ, что обеспечивает высокую степень прочности костной ткани.

ВЛИЯНИЕ ИМУНОФАНА НА ОРГАНОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ КРЫС

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Семенчук С.Н.

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск

Актуальность. С ростом темпов урбанизации увеличивается влияние на макроорганизм различных по вредным факторов внешней среды. Наибольшей чувствительностью к которым обладают нервная, эндокринная и иммунная системы, обеспечивающие защиту и адаптацию организма. В условиях промышленного региона то приводит к неуклонному росту заболеваемости, что подтверждается данными множества исследований.

Поиск путей усиления защитных механизмов организма является одной из приоритетных задач современной медицины. Особое место в этом занимают иммуномодулирующие препараты.

Цель: изучение органомерических параметров надпочечников белых беспородных крыс-самцов после введения иммуномодулятора «Имунофан».

Материал и методы. Исследование выполнено на 60 белых крысах-самцах молодого возраста репродуктивного периода после введения иммуномодулятора «Имунофан» в дозировке 50 мкг по схеме на 1, 3, 5, 7 и 9 сутки. Контролем служили животные, получавшие 0,9% раствор NaCl. Животных взвешивали на технических весах ВА-4М (ГОСТ Р50444-92). Правый и левый надпочечники извлекали с последующим определением их массы на торсионных весах WT-1000 и измерением линейных размеров при помощи штангенциркуля ШЦ-1: высоту – от почечной поверхности до верхушки, длину – от латерального края до медиального, толщину – от передней до задней поверхностей. Рассчитывали относительную массу органа и объем. Подчиненность данных нормальному закону распределения проверяли с помощью критерия согласия Шапиро-Уилки. Достоверность различий между показателями экспериментальной и контрольной групп определяли с помощью критерия Стьюдента-Фишера ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Статистически значимые изменения органомерических параметров отмечались на 30 и 60 сутки после окончания введения имунофана.

Абсолютная масса и объем органа снижались по отношению к аналогичному параметру контрольных животных на 7,88% -9,64% и 12,70%- 18,59% соответственно 30 и 60 суткам наблюдения. Динамика линейных размеров железы имела однонаправленную тенденцию. Высота варьировала от $3,17 \pm 0,02$ мм до $3,32 \pm 0,09$ мм. Данный параметр достоверно уменьшался на 3,66% (30 сутки) и 6,57% (60 сутки) соответственно аналогичной характеристике интактных животных. Длина органа на 1 и 7 сутки равнялась $3,39 \pm 0,11$ мм и $3,44 \pm 0,11$ мм соответственно. На 15 сутки отмечалось снижение указанного размера до $3,36 \pm 0,13$ мм. Однако достоверное

снижение исследуемой характеристики по отношению к длине надпочечников контрольных крыс отмечалось только на 30 и 60 сутки и составило 4,37% и 5,93% соответственно. Толщина надпочечников была достоверно ниже этой же величины контрольной группы животных на 5,96% и 7,23% соответственно 30 и 60 суткам наблюдения. Стоит отметить, что снижение этого параметра отмечалось и на 15 сутки, но не имело статистической значимости. Относительная масса железы претерпевала сходные изменения. Этот показатель экспериментальной группы уменьшался на 8,69% и 10,04% в сравнении с относительной массой надпочечников контрольных животных соответственно 30 и 60 суткам.

Выводы. Введение иммуномодулятора «Имунофан» в дозировке 50 мкг по схеме белым беспородным крысам-самцам молодого возраста репродуктивного периода сопровождается выраженными изменениями морфометрических характеристик надпочечников, что свидетельствует об активной реакции со стороны железы.

УДК 611.08

Разумовская А.И.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Моисеева М.И.

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск

Актуальность. В последнее время в нашем обществе стало в норме злоупотреблять алкогольными напитками. К сожалению, многие люди не подозревают о вреде, который они при этом наносят своему организму. В первую очередь происходят патологические изменения в печени, через которую проходит вся кровь нашего организма. Печень, наряду с другими важными функциями, выполняет функцию обеззараживания токсинов и других вредных агентов, в том числе и алкоголя. В результате при систематическом употреблении алкогольных напитков в ней могут развиваться различные заболевания, такие как алкогольный гепатит, жировая дистрофия и цирроз.

Цель: изучить гистологические изменения в клетках печени под влиянием спиртных напитков. Провести тестирование студентов по вопросам негативного влияния алкоголя на организм человека и отношения студентов к употреблению спиртных напитков.

Материалы и методы. Материалом нашей работы послужили литературные источники, Интернет - источники, в которых имелись сведения о морфологических изменениях печени при воздействии алкоголя. Весь собранный материал был обработан и проанализирован. Для изучения вопроса об отношении к алкоголю молодежи было проведено анонимное тестирование студентов первого курса (30 человек, которые приняты за 100%) и проведен статистический анализ полученных результатов.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования было обнаружено, что в основе негативного влияния алкоголя на печень лежат несколько

механизмов. Это прямое гепатотоксичное воздействие этанола, токсическое действие ацетальдегида и задержка белков и воды в гепатоцитах.

Морфологические изменения в виде разрастания соединительной ткани вокруг терминальной печеночной вены, а также и в паренхиме, были обнаружены у 50 – 75% больных.

У больных алкогольным гепатитом обнаруживаются гепатоциты с бледной цитоплазмой и наличием телец Мэллори (эозинофильные включения, состоящие из конденсированных промежуточных микрофиламентов). Наряду с этим можно обнаружить наличие ацидофильных апоптотических телец.

При циррозе в паренхиме печени наблюдаются очаги некроза. В этих участках происходит коллапс ретикулярной стромы и разрастание соединительной ткани. При этом образуются широкие фиброзные поля. В некоторых гистологических препаратах обнаруживаются псевдодольки, состоящие в основном из новообразованной печеночной ткани. Встречаются узелки, образованные скоплениями многоядерных печеночных клеток. Такая картина характерна для постнекротического цирроза. При портальном циррозе обнаруживается однородность микроскопической картины – тонкопетлистая соединительнотканная сеть и малая величина ложных долек.

Для алкогольной болезни печени характерно умеренное отложение гемосидерина в гепатоцитах и клетках Купфера, обусловленное повышенным всасыванием железа в кишечнике, высоким содержанием его в некоторых спиртных напитках, гемолизом, портокавальным шунтированием.

Кроме того, было проведено тестирование студентов первого курса по вопросам отношения молодежи к алкоголю и о вреде его на организм человека.

Выводы. В данной работе мы обобщили и проанализировали данные литературы по вопросам токсического действия продуктов распада алкоголя на клетки печени. Рассмотрели и проанализировали гистологические препараты при различных заболеваниях печени. Мы пришли к заключению, что продукты распада алкоголя наносят вред гепатоцитам, нарушая метаболизм и секрецию в них. А также вызывают их гипоксию и фиброз, что не сопоставимо с их дальнейшей жизнедеятельностью.

УДК 611.08

Чечурина С.Ю.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Моисеева М.И.

Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии

ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск

Актуальность. В организме человека поджелудочная железа выполняет важные функции. Она поставляет в наш организм пищеварительные ферменты, которые участвуют в переработке пищи. Кроме того, в ней вырабатываются гормоны, регулирующие не только процессы пищеварения, но и артериальное давление, и метаболизм углеводов.

Клетки поджелудочной железы, по данным литературы, более подвержены негативным изменениям, чем клетки печени. Основной причиной развития

хронического панкреатита, в 50% случаев, является злоупотреблением спиртными напитками.

Цель: изучить морфологические изменения в клетках поджелудочной железы под влиянием алкоголя; выяснить отношение студентов к злоупотреблению алкоголем и его вреде на организм человека в целом (провести социологический опрос на тему «Отношение студентов к употреблению алкоголя»).

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили литературные источники, в которых освещались данные по морфологическому строению поджелудочной железы, как в норме, так и при поражении алкоголем. Был проведен сравнительный анализ данной информации. Кроме того, был проведен социологический опрос 30 студентов первого курса (которые приняты за 100%) по вопросам, относящимся к злоупотреблению алкоголем и о его вреде на организм. Для этого студентам был предложен тест, состоящий из 15 вопросов. Данные, полученные в результате тестирования, были статистически обработаны.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что злоупотребление спиртными напитками оказывает повреждающее воздействие как на ацинозные клетки, так и на инсулоциты поджелудочной железы.

Во-первых, в ациноцитах наблюдается дестабилизация лизосом (нарушаются процессы аутофагии) и зимогенных гранул, наблюдается деполяризация митохондрий, что приводит к нарушению продукции АТФ и как следствие их деэнергизации.

Во-вторых, под влиянием алкоголя звездчатые клетки активируются и усиливают его токсическое влияние на ациноциты, тем самым способствуя развитию некроза и воспаления. Синтез панкреатическими звездчатыми клетками избыточного количества фибриллярного коллагена, при хроническом процессе, может привести к замещению паренхимы органа фиброзной тканью.

Как показали научные исследования - злоупотребление алкоголем прямо или косвенно повреждает не только ацинозные, но и протоковые клетки поджелудочной железы. Морфологические изменения выражаются в виде атрофии, гиперплазии или метаплазии протокового эпителия, наличия конкрементов, сужения или расширения протоков и других нарушений. Также можно предположить, что дисфункция протоков при хроническом алкогольном панкреатите способствует камнеобразованию.

Кроме того, происходит разрастание соединительной ткани перегородок, тем самым уменьшается объем долек.

Это может привести к развитию воспаления, а позже к появлению панкреатита и панкреонекроза.

Изменения наблюдаются и в эндокринном отделе (островках Лангенгарса). Но они менее выражены. Инсулоциты при этом меньших размеров, чем ацинозные клетки, с преимущественно гомогенной цитоплазмой. Капилляры в островках, как правило, расширены, полнокровны.

После выяснения всех основных патоморфологических изменений ткани поджелудочной железы под влиянием спиртных напитков было проведено тестирование студентов.

Выводы. Поджелудочная железа не расщепляет алкоголь, который, попадая в неё, вызывает морфологические изменения в клетках, как экзокринной, так и эндокринной частей.

По результатам тестирования можно сделать вывод о том, что большинство студентов медицинского университета серьезно относятся к своему здоровью, знают о вреде алкоголя и не злоупотребляют им. Ведь здоровье каждого человека – это основа здорового общества.

УДК 004:519.2:61:57

Быцанев А.А.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПАКЕТЫ ПРОГРАММ В МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Научный руководитель ст. преп. Приземина И.Н.

*Кафедра медицинской, биологической физики и информатики
ГУ ЛНР Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки, г. Луганск*

Актуальность. Потребность в средствах статистического анализа данных в разносторонних областях деятельности человека велика, в том числе и в медико-биологических исследованиях, это привело к тому, что рынок компьютерных программ для статистической обработки данных вырос. За последние два десятилетия компьютерные программы активно развиваются, и в настоящий момент позволяют проводить статистический анализ больших объемов данных для выявления закономерностей, сравнения вероятных альтернатив выбора, построения прогнозов развития событий, обнаружения связей между явлениями и процессами. Программы постоянно совершенствуются в части ускорения работы с данными, улучшения качества результатов исследования.

В настоящее время на рынке представлено около тысячи компьютерных программ для статистической обработки данных. Разнообразие статистических пакетов программ обусловлено многоплановостью задач обработки данных с применением разнообразных типов статистических процедур анализа для поиска ответов на вопросы из различных областей деятельности человека.

Выявить явные и скрытые закономерности призваны статистические пакеты программ (СПП). Сделать выбор из столько большого количества существующих пакетов не просто в силу отсутствия системной информации о современных статистических пакетах.

Цель. Изучить статистические пакеты программ, представить критерии классификации СПП, характеристику, преимущества и недостатки в использовании.

Материалы и методы. Для осуществления поставленной цели были использованы специализированные Интернет-ресурсы и литература:

Интернет-ресурсы:

Электронный каталог WEB-ОРАС библиотеки ГУ ЛНР «ЛГМУ ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» <http://library.lgmu.ru/unilib/>

Научная электронная библиотека «КиберЛенинка» <https://cyberleninka.ru>

Федеральная электронная медицинская библиотека <http://www.femb.ru/feml>

Литература:

Применение статистических программ и методов в медико-биологических научных исследованиях / А.И. Глушаков // Казанский медицинский журнал, 2009. №4. – С. 550-555.

Статистические методы и пакеты статистических программ / Л.И. Бородин, И.М. Гарскова // В сборнике: Историческая информатика Белова Е.Б., Бородин Л.И, Гарскова И.М., Измestьева Т.Ф., Лазарев В.В. Москва, 1996. С. 224-266.

Основы высшей математики и математической статистики: учебник для студ. мед. вузов / И.В. Павлушков, Л.В. Розовский, А.Е. Капульцевич и др. - 2-е изд., испр. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 423 с.

Результаты и их обсуждение. Опираясь на литературу и материалы в сети интернет, рассмотрение работ в области информационных технологий позволяет говорить, что однозначной группировки статистических пакетов программ на сегодняшний день не существует, поэтому, в работе, представлены схемы классификаций прикладных статистических пакетов программ, которые основаны на мнении и накопленном опыте ряда авторов.

На сегодняшний день можно выделить статистические прикладные пакеты классифицируемые по ряду критериев:

- Функциональность: (универсальные; специализированные; табличные редакторы; математические пакеты; программы Data Mining).
- Страна производитель: (отечественные; зарубежные).
- Доступность: (стоимость – бесплатные, платные; открытость кода – с открытым кодом, с закрытым кодом).
- Интерфейс: (командной строки; меню и диалоговых окон; графический, смешанный).
- Техническая реализация: (кроссплатформенность – Windows, Mac, Unix; серверная версия – имеется/ не имеется; интеграция с другими пакетами – имеется/ не имеется).

На основе вышеизложенной информации рассматривая каждый класс (СПП) можно выделить основные преимущества и недостатки в использовании. Профессиональные пакеты имеют большое количество методов анализа, популярные пакеты – количество функций, достаточное для универсального применения. Специализированные же пакеты ориентированы на какую-либо узкую область анализа данных. К недостаткам чаще всего можно отнести стоимость, которая остается недоступной индивидуальным пользователям, также отсутствие русификатора, методической литературы на русском языке, необходимость продвинутого уровня программирования.

Вывод. По опыту изучения дисциплины медицинская информатика с элементами математической статистики на кафедре медицинской, биологической физики и медицинской информатики, можно сделать вывод о том, что при проведении углубленного статистического анализа наиболее удобными для непосредственного использования является программа Statistica. Табличные редакторы: Excel (Microsoft Office), Calc (OpenOffice) эффективны в использовании «разведочного» анализа данных, позволяют импорт информации из баз данных, совместимы с основными статистическими пакетами программ. Эти программы имеют множество стандартных статистических функций и процедур обработки данных, но при обучении

математической статистики, с целью освоения алгоритмов расчетов целесообразно их проведение в общематематическом пакете MathCad.

УДК 618.33-612.127.2

Денисенко Е.В.

ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ГИПОКСИИ ПЛОДА

Научный руководитель: ст.преп. Коваленко Е.В.

*Кафедра медицинской, биологической физики и информатики
ГУ ЛНР Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки, г. Луганск*

Актуальность темы. Проблема гипоксического состояния плода на сегодняшний день крайне актуальна не только на территории ЛНР, но и во всем мире. По данным многочисленных исследований именно эта патология занимает ведущее место в структуре перинатальной смертности, являясь в 40-70% случаев причиной мертворождений и смерти детей в раннем неонатальном периоде.

Цель нашего исследования состояла в определении взаимосвязи между патологией плода (гипоксией) и выбором метода родоразрешения (кесарево сечение или естественные роды).

Материалы и методы. Внутриутробная гипоксия – это патологическое состояние, обусловленное недостаточной оксигенацией клеток и тканей организма, сопровождающееся нарушением анаэробного метаболизма и лежащее в основе синдрома полиорганной недостаточности новорожденного. В настоящий момент установлено, что в основе формирования внутриутробной гипоксии лежат различные патологические состояния у матери. Установлено, что тяжесть кислородной недостаточности зависит не только от вида этиологического фактора и длительности его воздействия на плод, но также от срока беременности и периода родов, в которые наблюдалось повреждающее воздействие.

Взаимосвязь между заболеваниями матери и патологией у плода представлена в таблице:

Заболевание матери	Патологические состояния у плода	Механизм действия
Цианотические пороки сердца	Задержка внутриутробного развития	Хроническая гипоксия
Патологии плаценты	Задержка внутриутробного развития	Гипоксия плода
Сахарный диабет, легкое течение	Масса тела плода соответствует большему гестационному возрасту, гипогликемия	Гипергликемия плода с последующей гиперинсулинемией. Инсулин способствует росту плода
Сахарный диабет, тяжелое течение	Задержка внутриутробного развития	Плацентарная недостаточность вследствие поражения

		сосудов плаценты
Артериальная гипертензия	Задержка внутриутробного развития, антенатальная гибель плода	Плацентарная недостаточность, гипоксия плода
Преэклампсия и эклампсия	Внутриутробная задержка развития, тромбоцитопения, нейтропения, антенатальная гибель плода	Маточно-плацентарная недостаточность, гипоксия плода, спазм сосудов

Довольно часто внутриутробная гипоксия плода формируется на фоне ФПН, в основе развития которой лежат различные патогенетические механизмы.

Последствиями внутриутробной гипоксии для новорожденного являются повреждения ЦНС различной тяжести, снижение адаптации новорожденного в раннем неонатальном периоде, задержка психомоторного и интеллектуального развития, высокая частота соматических и инфекционных патологий. Поскольку ЦНС координирует и интегрирует развитие других функциональных систем, наличие/отсутствие неврологических нарушений, а также их тяжесть при рождении определяют возможность социальной адаптации и качество жизни детей в дальнейшем.

Результаты. В ходе исследования было проанализировано 203 случая родоразрешения путем кесарева сечения по данным хирургического отделения перинатального центра за 1 календарный год.

Было выявлено, что наиболее частыми причинами экстренного родоразрешения по показаниям со стороны плода является гипоксия плода. Этот диагноз плода в 83% случаев сочетается с такими диагнозами матери как ФПН, преэклампсия и эклампсия, артериальная гипертензия, сахарный диабет.

Вывод. Все статистические расчеты свидетельствуют о наличии связи между диагнозом «гипоксия плода» и выбором метода родоразрешения в пользу кесарева сечения.

УДК 004.6:61

Добровольская А.Д.

Технологии дополненной реальности в медицине: теория и практика использования

Научный руководитель: к.пед.н., доц. Зелинский С.С.

Кафедра медицинской, биологической физики и информатики

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

Актуальность исследования обусловлена стремительным развитием уровня информатизации медицины. Повсеместное внедрение современных информационно-коммуникационных технологий привело к оправданной необходимости и дефициту таких технологий. В тоже время, при наличии инструментария дополненной реальности отмечается высокая потребность в методическом обеспечении и

специализированной подготовки кадров для работы с ними. Моделирование обучения становится всё более важным и всё больше специалистов ищут решения для такой подготовки, так как она более эффективна и дешевле.

Все вышеперечисленное свидетельствует о необходимости постоянного поиска новых сфер применения технологий дополненной реальности в медицине и постоянного совершенствования методической базы.

Сегодня на рынке информационных технологий большое количество предложений, среди которых отметим следующие:

- ультразвуковой симулятор ШЕЛЛ;
- виртуальный симулятор ЛапСИМ 6 класса реалистичности;
- учебный лапароскопический тренажер виртуальных навыков, модель LAP-X

VR.

Ультразвуковой симулятор ШЕЛЛ позволяет проводить качественное обучение, самообучение и научные исследования на «реальных пациентах». При помощи УЗИ-симулятора ШЭЛЛ можно проводить обучение по индивидуальной отработке практических навыков у врачей на циклах профессиональной подготовки, переподготовки, повышения квалификации, осуществлять контроль знаний по ультразвуковой диагностике.

Виртуальный симулятор ЛапСИМ 6 класса реалистичности предназначен для отработки владения эндохирургическим инструментарием, приобретения практических навыков и приемов выполнения эндохирургических вмешательств в абдоминальной хирургии, гинекологии и урологии в виртуальной среде с реалистичной имитацией тактильной чувствительности.

Виртуальный симулятор ЛапСим предназначен для отработки практических навыков как начинающих, так и опытных эндохирургов с возможностью индивидуальной настройки сложности выполнения учебного курса и последующей сертификацией курсантов по его окончанию.

Рассмотрим более подробно возможности тренажера LAP-X VR, который приобретен и готов к практическому использованию в условиях аккредитационно-симуляционного центра ЛГМУ им. Святителя Луки.

LAP-X является специально разработанным тренажером с целью обучения и получения навыков в лапароскопии. Это контроллеры специальной конструкции и упражнения для выработки навыков при проведении любых минимально инвазивных хирургических операций в таких областях как гинекология, урология и общая хирургия.

Особенности и сфера применения тренажера LAP-X VR:

- профессиональное поддержание и совершенствование техники владения инструментом;
- базовые и процедурные модули и упражнения нарастающей сложности, в том числе полноценные хирургические операции;
- портативный и компактный дизайн, мощная графика, наличие обратной связи;
- измерение, сбор, запись и обработка персональных и коллективных результатов, игровая мотивация;
- лапароскопические инструменты;
- педали для управления электрохирургическим блоком;
- бессрочная лицензия.

К основным возможностям практического использования тренажера LAP-X VR в условиях центра относятся:

- базовые упражнения - предназначены для приобретения и совершенствования эндоскопических навыков в не анатомической среде;
- нефрэктомия - отработка навыков полной нефрэктомии: клипирование и рассечение почечной вены и артерии, уретры;
- лапароскопическая аппендэктомия - отработка навыков лапароскопической аппендэктомии, реализована смена различных инструментов;
- лапароскопическая холецистэктомия - планирование и отработка навыков проведения лапароскопической интервенции;
- каутеризация сосудов - предназначено для отработки навыков каутеризации и рассечения сосудов и пр.

Использование технологий дополненной реальности позволяет специалисту не только освоить технику проведения манипуляций, но и довести до совершенства профессиональные навыки в условиях дополненной реальности.

Таким образом, были изучены следующие тренажеры: ультразвуковой симулятор ШЕЛЛ; виртуальный симулятор ЛапСИМ 6 класса реалистичности; учебный лапароскопический тренажер виртуальных навыков, модель LAP-X VR. Выделены особенности практического использования тренажера LAP-X VR в условиях аккредитационно-симуляционного центра ЛГМУ им. Святителя Луки. Также, была установлена тенденция обучения медперсонала базовым навыкам на тренажерах, прежде чем позволить им практиковаться на животных или трупах.

УДК 519.23.617.7(477.61)

Зюбанова П.Т.

**СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ РАЗВИТИЯ
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ
г. РОВЕНЬКИ, ЛНР**

Научный руководитель – доцент Березкина И.А.

*Кафедра медицинской, биологической физики и информатики
ГУ ЛНР Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки, г. Луганск*

Актуальность. В условиях сложной эпидемиологической обстановки, вызванной инфекцией COVID-19, работа больниц изменилась. На первом плане – борьба с атипичной инфекцией органов дыхания и её осложнениями. Но при этом состояние глазных заболеваний у населения и их лечение остаётся актуальным.

Цель нашего исследования состояла в изучении и анализе динамики развития офтальмологических заболеваний среди взрослого населения г. Ровеньки за 2016-2020 год.

Материалы и методы. В таблице 1 представлены основные показатели обращаемости взрослого населения г. Ровеньки с проблемами зрения и структура заболеваний глаз, выявленных первично и повторно

Таблица 1

**Основные показатели динамики развития офтальмологических заболеваний
среди взрослого населения г. Ровеньки**

Показатели	2016	2017	2018	2019	2020
Обращаемость с проблемами зрения	41.1 %	41,2 %	44,5 %	32,7 %	37.7 %
Первично установленное заболевание	31,1 %	35,1 %	33,7 %	34,4 %	37,6 %
Повторно установленное заболевание	68,9 %	64,9 %	66,3 %	65,6 %	62,4 %
Структура заболеваемости офтальмологическими болезнями (наиболее распространенные)					
Аномалии рефракции	40,5 %	40,4%	37,3%	36,9%	34,5%
Заболевания хрусталика	25,6 %	25,8%	24,4%	23,7%	23,6%
Заболевания сетчатки	4,3%	4,8%	7,2%	9,1%	8,8%
Заболевания конъюнктивы	4,7%	4,6%	5,5%	5,4%	6%
Первично установленная глаукома	0,6%	0,4%	0,8%	1,4%	0,9%
Заболевания сосудистой	0,8%	0,9%	0,7%	0,8%	1%
Диабетическая ретинопатия	1%	0,9%	1,4%	2%	2,3%

Результаты. Анализируя показатели динамики развития офтальмологических заболеваний среди взрослого населения г. Ровеньки за 2016-2020 год отмечаем, что количество посещений офтальмологических кабинетов с проблемами зрения возрастает, уменьшение, начиная с 2019 года, связано с карантином, но при этом увеличилось количество первично установленных диагнозов на 6,5 %.

При анализе структуры глазных болезней отмечается увеличение количества заболеваний сетчатки в среднем на 4,8 %, конъюнктивы на 1,3 % за указанный период. Зафиксирован постоянный рост глаукомы среди населения, наибольший рост первично установленной глаукомы наблюдалось в 2019 году (на 1,4 %). Увеличилось число зарегистрированных случаев осложнений сахарного диабета со стороны сетчатки на 1,4 % за указанный период.

При этом в 2020 году наблюдается снижение заболеваемости сетчатки, хрусталика, аномалий рефракции в среднем на 9-9,6 %. Уменьшилось количество травм за отчётный период и составляет 61 случай.

Вывод. Все статистические данные свидетельствуют о росте различных заболеваний глаз среди населения г. Ровеньки. Одна из причин этого – чрезмерное использование компьютерной техники в удалённых условиях работы, связанных с пандемией. Это требует проведения различных профилактических мероприятий по сохранению зрения среди населения.

УДК 577.353

Синельникова К. Н.

БИОФИЗИКА МЫШЕЧНОГО СОКРАЩЕНИЯ

Научный руководитель: ст. преподаватель Диденко О. Н.

*Кафедра медицинской, биологической физики и информатики
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки», г. Луганск*

Актуальность: Жизнедеятельность животных, человека тесно связана с механическим движением, которое осуществляется благодаря мышцам. Любые телодвижения, дыхание, кровообращение и другие механизмы, возможны только из-за наличия в организме мышц, а также их работы.

Независимо от назначения, особенностей строения и способов регуляции принцип работы различных мышц организма одинаков.

Мышечной тканью является совокупность мышечных клеток (волокон), внеклеточного вещества и густой сети нервных волокон и кровеносных сосудов. Мышцы по своему строению подразделяются на: гладкие – мышцы кишечника, стенки сосудов; поперечнополосатые – скелетные; мышцы сердца. Независимо от строения все они имеют близкие механические свойства, одинаковый механизм активации и близкий химический состав.

Поперечнополосатая мышца представляет собой несколько мышечных волокон. Каждое волокно (вытянутая клетка), окружено плазматической мембраной. Внутри клетки, кроме органелл, находится сократительный аппарат, который представлен 1000 – 2000 параллельно расположенных миофибрилл, а также клеточные органеллы: саркоплазматический ретикулум и система поперечных трубочек – Т-система. Толстые нити представлены белком миозином. А тонкие – белком актином.

Впервые скольжение нитей обнаружил английский ученый Х.Хаксли. Он же и сформулировал модель скользящих нитей. Также вклад в разработку этой теории внес В.И. Дещеревский.

Данная модель подтверждена с помощью эксперимента и является опытным фактом, на котором основываются все современные теории мышечного сокращения.

Когда происходит сокращение мышцы длина актиновых и миозиновых филаментов не изменяется. Происходит всего лишь их смещение относительно друг друга: тонкие нити начинают задвигаться в промежуток между толстыми нитями. При этом длина диска А остается неизменной, а диск I укорачивается, полоска Н почти

исчезает. Это скольжение возможно только лишь из-за существования поперечных мостиков (миозиновых головок) между толстыми и тонкими нитями.

Миозиновая нить имеет на множество головок, с помощью которых она может связываться с актином. Актиновая нить имеет участки (активные центры), к которым могут прикрепляться головки миозина.

Для взаимодействия актина и миозина необходимы ионы кальция. В покое они находятся в саркоплазматическом ретикулуме. Потенциал, который распространяется по клеточной мембране, вызывает активацию ретикулума и ионы кальция выходят в цитоплазму.

Ионы кальция изменяют положение тропомиозина на актиновой нити так, что открываются активные центры. К ним присоединяются поперечные мостики. После чего происходит взаимодействие актина и миозина. Миозиновая головка, которая была расположена под прямым углом, наклоняется и тянет актиновую нить относительно миозиновой. Далее происходит разъединение данного комплекса с помощью энергии АТФ. После чего миозиновая головка снова может прикрепляться к мостику актиновой нити.

Работа мостиков синхронизирована таким образом, что связывание, наклон и разрыв всех мостиков одной нити происходит одновременно. При расслаблении мышцы активизируется работа кальциевого насоса, что понижает концентрацию ионов кальция в цитоплазме; следовательно, связи между тонкими и толстыми нитями уже не могут образовываться. В этих условиях при растяжении мышцы нити беспрепятственно скользят относительно друг друга. Однако такая растяжимость возможна только в присутствии АТФ.

Мышцы можно представить как сплошную среду, т.е. среду, которая состоит из большого числа элементов, взаимодействующих между собой без соударений и находящихся в поле внешних сил.

Мышца обладает и вязким, и упругим свойствами одновременно. Для вязкоупругой среды характерны законы классической механики. **Фундаментальными** понятиями механики сплошных сред являются: упругость, вязкость, деформация, напряжение, жесткость, прочность, релаксация, гистерезис и др.

Цель: изучение механизмов работы мышц в биологическом организме.

Задачи: рассмотреть структуру мышц; модель скользящих нитей и механические свойства мышц.

Выводы: Биофизика мышечного сокращения и вопросы регуляции двигательных функций всегда являлись традиционными проблемами молекулярной биофизики. Решение задач базировалось на исследовании математических моделей процессов. Решение подобных проблем биофизическим подходом обеспечивает как раскрытие механизма мышечного сокращения, так и даёт информацию для решения прикладных задач. Так, например, проблемы повышения работоспособности человека, проблемы развития мышечного утомления.

В данной работе мы рассмотрели структуру мышечного волокна, а также механизм мышечного сокращения на модели скользящих нитей. Моделей механизма мышечного сокращения существует множество, но данная модель считается наиболее правильной. Также были рассмотрены механические свойства мышечного волокна.

Форест-плот: графическое представление результатов мета-анализа

Научный руководитель: ст. преподаватель Россомахина О.М.

*Кафедра медицинской, биологической физики и информатики
ГУ ЛНР Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки, г. Луганск*

На сегодняшний день в мире ежегодно публикуется более двух миллионов статей в области медицины, а также материалы конференций, книги, диссертации и т. д. Очевидно, что практикующие врачи и исследователи не в состоянии ознакомиться с каждой выходящей в свет научной публикацией. Поэтому, все большее значение приобретает синтез информации в виде обзоров. Опираясь на данные обзора, врач может получить обобщенное представление об интересующей области медицины затратив на этого минимум времени и усилий.

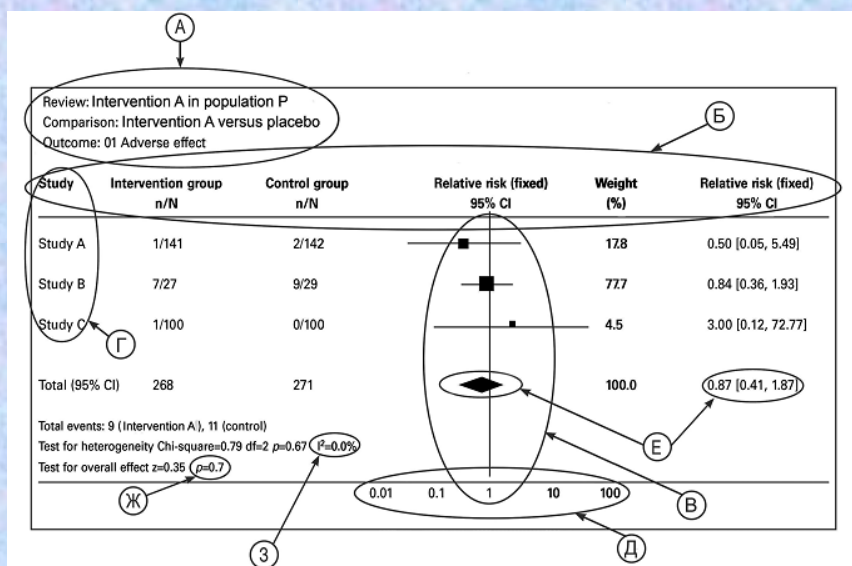
Наибольшей популярностью пользуются систематические обзоры Кокрановского общества. Их дизайн, структура и методы строго определены различными документами этой организации. Систематический обзор необязательно должен содержать какие-то количественные оценки и статистические параметры, но если таковые имеются, то для них непременно должен быть проведен мета-анализ.

Мета-анализ – это статистический метод синтеза результатов нескольких исследований. Из этого следует, что для мета-анализа подходят только те исследования, которые содержат количественные данные, и не просто любые числа, а статистические оценки и / или исходные выборки, к которым можно применять статистические методы обработки данных.

Первый относительно простой мета-анализ был проведен Карлом Пирсоном в 1904 г, когда он попытался решить проблему снижения мощности статистических критериев в исследованиях с выборками малого размера. Пирсон анализировал результаты одиннадцати исследований эффективности вакцины против сыпного тифа, объединяя их в одну группу для получения более точной оценки эффекта. Позднее в педагогических исследованиях сформировались сложные статистические методы мета-анализа, используемые до сих пор.

Мета-анализ проводится в несколько этапов. Работа начинается с формулировки задач исследования и поиска необходимой литературы. Затем проводится статистический анализ, включая оценку однородности результатов и причин их вариабельности. Помимо этого, выполняется расчет суммарных показателей и анализ стабильности полученных выводов.

Для того чтобы итоги аналитического исследования воспринимались легче и нагляднее, Кокрановское общество разработало стандарт графического изображения результатов мета-анализа – форест-плот. На рисунке представлен пример такого графика.



Несколько строк в верхней части графика (рис. – А) полностью описывают ту популяцию, на которой проводились отобранные для мета-анализа исследования. Кроме того, там же указан фактор воздействия (лечение или фактор риска) для группы исследования, а также вид контроля (активный или пассивный) для группы сравнения. В самой нижней строке этого блока указывается конечная точка исследования, чаще всего это некоторое событие, исход, частота которого регистрируется как в группе исследования, так и в группе контроля.

Далее на всем поле графика четко просматриваются шесть колонок (рис. – Б): название исследования, объем выборки и количество изучаемых исходов в группе исследования, те же параметры в группе сравнения, собственно форест-диаграмма, относительный (в %) вес каждого из исследований, включенных в мета-анализ, и числовое выражение эффекта вместе с его 95% доверительным интервалом, полученное в каждом исходном исследовании.

Центральной фигурой во всей диаграмме является форест-график (рис. – В). Вертикальная ось такого графика не является числовой, на ней отмечаются названия исследований, включенных в мета-анализ (рис. – Г). Горизонтальная ось часто является логарифмической (рис. – Д), т.е. равные расстояния между отмеченными числами не означают равенство разностей между соседними значениями. На уровне значения, равного 1 (единицы), проведена вертикальная черта, означающая нулевой эффект. Все значения эффекта, которые находятся слева от нее, свидетельствуют о превышении частоты изучаемого исхода в группе контроля над таковой в группе исследования. Справа от отметки нулевого эффекта располагаются его значения, указывающие, что в группе исследования частота больше, чем в группе сравнения. Рядом с каждым исходным исследованием на соответствующей высоте находится квадрат, сопровождаемый горизонтальными линиями, протянутыми влево и вправо от него. Это графическое отображение величины эффекта (относительного риска или отношения шансов), полученное в данном исследовании. Квадрат указывает на число, которому равен эффект, а линии отображают протяженность его доверительного интервала. Если линия пересекает вертикальную отметку нулевого эффекта слева или справа, это означает, что полученная величина эффекта статистически незначима, т.е. ее отличие от нулевого эффекта может быть случайностью, обусловленной особенностями выборки, но не объективными свойствами изучаемого процесса. Если линия доверительного интервала не имеет

пересечения с вертикальным визиром нулевого эффекта, то величина эффекта статистически значимо отлична от нуля и не может быть объяснена случайностью. Размер квадрата указывает на относительный вес соответствующего исследования среди всех включенных в мета-анализ сравнения. Результаты большего по мощности исследования изображаются большим квадратом.

Самая нижняя фигура на графике – ромб (рис. – Е). Ромбом обозначается оценка эффекта, рассчитанная по общей выборке всех исходных исследований. Вертикальные вершины ромба расположены на отметке, равной значению общего эффекта, а боковые вершины отмечают границы доверительного интервала оценки. В колонке весов (справа) стоит значение 100 %, а рядом значение общего эффекта вместе с его доверительным интервалом (рис. – Е). Если ромб не пересекает вертикальную ось нулевого эффекта, это значит, что общая оценка эффекта статистически значима, в противном случае величину эффекта нельзя считать действительно отличной от 1 (т. е. отсутствие эффекта), даже если она в точности не равна единице. На статистическую значимость также указывает и значение P в самой нижней строке под графиком (рис. – Ж). Как правило, в Кокрановских обзорах рассчитывается специальная статистика Z и печатается ее значение, а рядом с ней указывается значение ошибки P , которое соответствует полученной статистике Z и объему выборки.

Поскольку в мета-анализе приводятся результаты нескольких оригинальных исследований, то они могут незначительно, а иногда и существенно различаться, несмотря на то, что проведены для изучения одного и того же эффекта. В этом случае говорят, что имеет место гетерогенность данных объединенной выборки.

Гетерогенность можно оценить и выразить конкретным числом в процентах. В нижнем блоке данных слева от графика (рис. – З) вторая строка отражает результаты по исследованию гетерогенности общей выборки. Для оценки этого признака используется хорошо известный критерий χ^2 с указанием степеней свободы и ошибки P . Кроме того, в Кокрановских отчетах гетерогенность выражается непосредственно через I^2 в процентах. Чем меньше процентов, тем ниже гетерогенность, тем более однородны данные объединенной выборки и, следовательно, более точна и достоверна оценка эффекта, полученная в результате мета-анализа. Жестких стандартов для градации оценки гетерогенности не существует, здесь все зависит от опыта и мнения исследователя.

Таким образом, графический портрет результатов мета-анализа представляет собой сжатый отчет о проведенном аналитическом количественном исследовании и наглядно демонстрирует все основные результаты, полученные в ходе данной работы.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ
ГЕРПЕТИЧЕСКИХ КЕРАТИТОВ У БОЛЬНЫХ
С ВТОРИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТОМ**

Научный руководитель к. мед. наук, доц. Степаненко Г. В.

*Кафедра офтальмологии, оториноларингологии и урологии
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет
им. Святителя Луки», г. Луганск*

Актуальность. Медико-социальная значимость герпетических поражений глаз определяется их высокой распространенностью, упорным рецидивирующим течением, трудностью лечения и снижением или потерей зрения у больных. В структуре офтальмогерпеса доминирует поражение роговой оболочки глазного яблока - кератит, на долю которого приходится до 80% всех воспалительных процессов роговицы. После инфицирования вирус переходит в латентное состояние и сохраняется в организме всю жизнь. В патологии человека основную роль играют не первичные герпетические поражения, а рецидивирующие. Вероятность рецидива после перенесенного кератита достигает более 30%, а вероятность повторного рецидива - 50-70%.

Выделяют поверхностные и глубокие формы заболевания роговицы. К поверхностным поражениям роговицы можно отнести рецидивирующую эрозию, герпетический эпителиальный и древовидный кератиты; к глубоким - стромальный кератит (метагерпетический и дисковидный кератиты), язву роговицы, эндотелиальный кератит, кератоувеит.

В исходе глубоких форм поражения роговицы формируется стойкое помутнение роговой оболочки, нередко встречаются осложнения в виде истончения и перфорации роговицы, офтальмогипертензия, вторичная глаукома.

Современный период изучения проблемы офтальмогерпеса характеризуется четко наметившимся прогрессом в исследовании патогенеза данной патологии, что связано, прежде всего, с анализом иммунных механизмов заболевания.

Цель: изучение клинического течения рецидивирующих герпетических кератитов у больных с вторичным иммунодефицитом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 86 больных с герпетическим кератитом (86 глаз) в возрасте от 18 до 65 лет, из которых 64 были мужчины и 22 - женщины. Легкое течение герпетического кератита отмечено у 17%, среднетяжелое - у 52,5%, тяжелое - у 30,5% наблюдавшихся. У 74,6% из числа обследованных в анамнезе имелись хронические заболевания внутренних органов. Наблюдавшиеся больные подвергались общеклиническому, специальному офтальмологическому и иммунологическому обследованию. Местный иммунитет оценивался по уровню секреторного иммуноглобулина А (sIg А) и концентрации лизоцима в слезной жидкости нефелометрическим методом.

Результаты и их обсуждение. Осложнения различного характера отмечены у 37 больных герпетическим кератитом, в том числе абсцедирование роговицы - у 9, язва роговицы - у 7, развитие гипопионкератита - у 10, повышение внутриглазного давления - у 27 больных. Показательно, что у обследованных с герпетическим

кератитом на фоне сопутствующей патологии достоверно в 1,8 раза чаще встречались глубокие и тяжелые формы кератогерпеса. Рецидивирующие формы кератогерпеса встречались в 2,2 раза чаще у лиц с сопутствующей патологией. У всех обследованных пациентов выявлены иммунные нарушения, более выраженные у больных с глубокими, рецидивирующими и тяжелыми формами кератогерпеса. При этом у 64 (74,4%) пациентов имел место вторичный иммунодефицит по относительному супрессорному варианту, в то время как у 22 (25,6%) - гипосупрессорный вариант вторичного иммунодефицита. Также отмечалось уменьшение концентрации sIg A в слезной жидкости до 0,15 г/л и лизоцима слезы в среднем в 1,8 раза, что свидетельствует о снижении показателей местного иммунитета органа зрения. В клиническом плане у пациентов с гипосупрессорным вариантом иммунодефицита в 2,5 раза чаще встречались рецидивирующие формы кератогерпеса, в 2,2 раза чаще регистрировались тяжелые формы герпетического кератита, в 2,5 раза чаще - клинически манифестная сопутствующая патология. Таким образом, у больных герпетическим кератитом имеют место четко выраженные сдвиги иммунологического статуса.

Выводы. У пациентов, имеющих сопутствующие хронические заболевания, преобладают глубокие повреждения роговицы со склонностью к тяжелому и рецидивирующему течению, развитию осложнений.

Иммунные нарушения у больных герпетическим кератитом носят характер вторичного иммунодефицита по относительному супрессорному варианту в 74,4% случаев, по гипосупрессорному варианту - в 25,6% случаев.

Тяжесть и характер патологического процесса у больных герпетическим кератитом коррелирует с иммунологическими сдвигами: они максимальны при тяжелых формах герпетического кератита и с наличием осложнений, минимальны при поверхностных поражениях роговицы.

УДК 616.314-085

Заика А. А., Труфанов С. Ю.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИРРИГАНТОВ В ЭНДОДОНТИИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент Труфанов С. Ю.

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

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

Актуальность. Статистические сводки гласят, что апикальный периодонтит, как осложнение различных форм пульпитов, у пациентов в стоматологической практике встречается в 15–30 % и тенденции к снижению в последние годы врачи не наблюдают. Применяемые эндодонтические методы не во всех случаях позволяют получить качественный результат лечения. Эффективная ирригация корневых каналов – одна из главных целей эндодонтического лечения, так как именно эндотоксины бактерий являются причиной появления периапикального очага воспаления. Биологические аспекты, такие как сложность внутриканальной морфологии зуба и полиморфная биопленка побуждают вести поиск новых эффективных методов

очистки корневых каналов. Следовательно, на первый план выходит проблема качественной ирригации каналов зуба, как залога успешной эндодонтии.

Цель: мы провели анализ существующего спектра эндодонтических ирригантов с целью определения наиболее эффективных препаратов, обладающих широким спектром бактерицидного действия и не оказывающих токсического воздействия на организм в целом, а также на периапикальные ткани. Также нашей целью является на основании полученных результатов этого небольшого исследования принять решение о целесообразности применения тех или иных сочетаний ирригантов в повседневной практике лечения различных форм апикального периодонтита.

Материалы и методы. Способом, который был использован для систематизации необходимой нам информации, является анализ работ отечественных и зарубежных врачей-эндодонтистов, а также использование статистических данных в отношении успешности применения тех или иных препаратов.

Результаты и их обсуждение. Основными ирригантами в современной эндодонтической практике являются: 1) Гипохлорит натрия; 2) Хлоргексидин; 4) ЭДТА; 5) Перекись водорода;

Гипохлорит натрия — наиболее действенный дезинфицирующий раствор по данным литературы. Гипохлорит натрия считается золотым стандартом дезинфекции в эндодонтии. Гипохлорит натрия - это сильнейший окислитель, обладающий параметрами, хорошо совместимыми с внутренней средой организма, поскольку подобен по своему действию на бактерии к окислительной функции нейтрофильных лейкоцитов. Бактерицидное действие реализуется за счет хлорноватистой кислоты и выделения газообразного хлора. Механизм действия данного вещества заключается в окислении сульфгидрильных групп главных ферментов бактериальных клеток. Бактерицидность снижается из-за замедления образования кислоты, именно поэтому необходима многократная замена раствора во время работы в канале. В эндодонтической практике используются концентрации раствора от 0,5 до 5,25 % (оптимальной концентрацией является 3 %). Работая с гипохлоритом натрия, нужно использовать следующие меры безопасности: систему коффердам, слюноотсос, иглы с боковым отверстием — из-за способности склонности гипохлорита в высоких концентрациях провоцировать ожоги не только тканей периодонта, но и слизистой оболочки ротовой полости.

Хлоргексидин является производным четвертичных соединений аммония, с целью ирригации используется наиболее часто. Хлоргексидин – катионический бигуанид. Свою активность он проявляет в отношении широкого спектра бактерий, особенно против грамположительных и грамотрицательных кокков, спор бактерий, липофильных вирусов и дрожжевых грибов. В современной стоматологической практике применяется 0,05%-ный раствор, в иностранных источниках чаще рекомендуются к использованию 0,2–2%-ные растворы. Хлоргексидин также часто используется для кратковременного заполнения каналов зуба.

ЭДТА применим в отношении неорганического компонента. С его помощью со стенок каналов зуба убирают смазанный слой. Механизм действия ЭДТА заключается в связывании ионов кальция из дентина, вследствие чего образуются хелатные соединения. В результате химических реакций. По этой причине пристеночный дентин становится в рыхлой структурой, которая оказывает незначительное

сопротивление при механической проработке корне-вых каналов ручными инструментами, что позволяет беспрепятственно уда-лить смазанный слой.

Перекись водорода (3-5%) весьма часто используется в эндодонтической практике как отдельный ирригант и в сочетании с иными препаратами, например, с вышеупомянутым гипохлоритом натрия. Перекись водорода имеет выраженный антибактериальный эффект. Молекулярный кислород, который образуется при контакте препарата с органикой, оказывает легкое бактерицидное действие и особенно эффективен касательно анаэробных бактерий. Выделение кислорода способствует механической очистке каналов зуба от некротизированных тканей и дентинной стружки. Кроме этого, перекись действует как кровоостанавливающее средство.

Выводы. Одним из наиболее эффективных ирригантов в современной эндодонтической практике является гипохлорит натрия. Смешивание хлоргексидина и гипохлорита натрия строго запрещено, так как возможно выпадение канцерогенного осадка бурого оттенка! Комбинация гипохлорита натрия и ЭДТА (необходимо именно сочетать, но противопоказано смешивать!) способствует улучшению качества медикаментозной обработки каналов зуба. Вместе гипохлорит и соли ЭДТА дополняют друг друга, оказывая воздействие одновременно на органический и неорганический составляющие. Комбинация гипохлорита натрия и перекиси водорода дает выраженное пенообразование, суммируются бактерицидные и бактериостатические свойства обоих препаратов, усиливается отбеливающий эффект.

В целом нужно отметить, что тщательная ирригация корневых каналов способствует повышению эффективности эндодонтического лечения. Правильный выбор ирригантов для медикаментозной обработки каналов зуба сокращает возможность возникновения осложнений после проведения эндодонтического вмешательства.

УДК 616.31-009.613

Евсюкова С. А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СРЕДСТВ СТИМУЛЯЦИИ СЛЮНООТДЕЛЕНИЯ В НОРМЕ И ПРИ КСЕРОСТОМИИ

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

Кафедра хирургической стоматологии

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

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной стоматологии является ксеростомия – сложный патогенетический и полиэтиологический патологический процесс, который характеризуется сухостью полости рта в связи с понижением или прекращением секреции слюны и при длительном существовании приводит к серьезному поражению органов полости рта – это множественный острый кариес зубов, хронический генерализованный пародонтит, ассоциативный дисмикробиоценоз ротовой полости, парестезии на слизистой оболочке ротовой полости, затрудненное пережевывание и проглатывание пищи, затрудненная речь. Несмотря на некоторое разнообразие существующих средств и методов, направленных

на лечение ксеростомии, поиск более эффективных и перспективных методов продолжается и в настоящее время.

Цель: изучить сравнительную эффективность фармакологических методов стимуляции слюноотделения у пациентов с ксеростомией и пациентов без явлений ксеростомии в отношении их влияния на скорость слюноотделения, вязкость, рН и буферную ёмкость ротовой жидкости.

Материалы и методы. Обследовано 22 пациента с ксеростомией, проходящих лечение на кафедре хирургической стоматологии Государственного учреждения Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки». В качестве референтной группы были обследованы 26 пациентов без жалоб на сухость в полости рта. В обеих группах пациентов было поровну мужчин и женщин в возрастной категории от 45 до 60 лет. Критериями включения в группу больных с ксеростомией были наличие сухости в полости рта (подтвержденной субъективными ощущениями пациентов с помощью теста Фокса) и значения сиалометрии, а критериями невключения стали беременность, острые респираторные заболевания, отягощенный аллергоанамнез, ревматоидные состояния и синдром Шегрена.

Все показатели оценивали до лечения и через две недели после регулярного применения средств коррекции ксеростомии: пилокарпин (1% раствор по 10 капель на ½ стакана воды для полоскания полости рта 3 р/д перед едой), йодид калия (3% раствор по 1 ст.л. внутрь 3 р/д после еды, запивая достаточным количеством жидкости), настой травы термопсиса (0,5 г сырья на 200 мл воды) по 1 столовой ложке внутрь за 15 минут до еды перед каждым приемом пищи), сироп корня солодки (по 1 столовой ложке внутрь после еды 3 раза в день). Все пациенты были обучены правилам индивидуальной гигиены полости рта.

Всем пациентам проводили анкетирование по тестам Фокса и С. Коухена, Г. Виллиансона. Гигиеническое состояние полости рта оценивали с помощью гигиенического индекса (ГИ) Грина-Вермильона. Отбор образцов слюны проводили по методу Рединовой Т.Л. и Поздеева А.Р. Вязкость ротовой жидкости определяли по методике Т.Л. Рединовой. рН ротовой жидкости оценивали с помощью мини-рН-метра IQ-125 (производства США). Буферную ёмкость изучили методом В.К. Леонтьева и Ю.А. Петровича (в мэкв на 1 л кислоты или щелочи).

Результаты и их обсуждение. Как видно из данных, приведенных в таблице 1 у больных с ксеростомией отмечается достоверное ($p < 0,05$) в сравнении с пациентами без ксеростомии снижение как скорости нестимулированного так и стимулированного слюноотделения, снижение рН ротовой жидкости и повышение ее вязкости, а также снижение буферной ёмкости.

В результате исследования установлено, что применение у больных с ксеростомией пилокарпина в виде раствора для полоскания вдвое увеличивает скорость как нестимулированного так и стимулированного слюноотделения, достоверно повышает рН и снижает вязкость слюны в сравнении с данными до лечения. Так же при применении этого М-холиномиметика у больных с сухостью в полости рта отмечается повышение буферной ёмкости смешанной слюны и по кислоте и по щелочи в сравнении с данными до лечения, при этом анализируемые показатели приближаются к аналогичным у больных без ксеростомии.

Раствор калия йодида, принимаемый внутрь пациентами с ксеростомией, позволяет незначительно увеличить слюноотделение, оказывая прямое раздражающего действия на слюнные железы, так как препарат после адсорбции в системный кровоток выделяется слюнными железами, стимулируя их, и частично разжижает секрет. Однако значительных и достоверных изменений в уровне pH, вязкости и буферной емкости слюны у больных с ксеростомией, получавших раствор калия йодида не зафиксировано ни в сравнении с данными до лечения, ни в сравнении с пациентами без явлений сухости во рту.

Как показали результаты исследования, при использовании настоя травы термопсиса у пациентов с ксеростомией отмечается значительное увеличение скорости слюноотделения, а также существенное, по сравнению с другими препаратами, снижение вязкости ротовой жидкости, а также происходит нормализация pH и буферной емкости слюны, сопоставимая с аналогичной у пациентов без ксеростомии.

Исследование показало, что наименьшей способностью нормализовать скорость слюноотделения и свойства ротовой жидкости у больных с ксеростомией обладает сироп корня солодки, так как не зафиксировано достоверной разницы ни в одном из анализируемых показателей в обеих группах обследуемых.

При анализе гигиенического состояния полости рта выявляется, что значительное улучшение этого показателя отмечается у пациентов с ксеростомией, проходивших лечение пилокарпином и настоем травы термопсиса, что можно связать с улучшением скорости слюноотделения, реологических свойств слюны, ее pH и буферной емкости, что снижает скорость образования зубной бляшки и формирования зубного камня.

Выводы. Анализ сравнительной фармакологической эффективности различных лекарственных средств у больных с ксеростомией в плане их влияния на процесс слюноотделения, свойства слюны и гигиеническое состояние полости рта у пациентов с ксеростомией и без явлений сухости в полости рта позволяет заключить, что наибольшей терапевтической активностью обладает местное применение раствора пилокарпина и применение настоя термопсиса внутрь, что выражается в повышении скорости нестимулированного и стимулированного слюноотделения, снижения вязкости слюны, повышения ее pH и нормализации буферной емкости. Несколько уступает данным лекарственным средствам раствор калия йодида, принимаемый внутрь, а наименее эффективным для лечения ксеростомии оказалось применение сиропа корня солодки.

Результаты исследования позволяют заключить, что применение средств стимуляции слюноотделения позволяет увеличить скорость слюноотделения у пациентов с сухостью в полости рта, нормализовать значения pH, вязкости и буферной емкости ротовой жидкости и является обязательной частью комплексной терапии ксеростомии.

АНАЛИЗ КОЛИЧЕСТВА ПРОИЗВЕДЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ЭКСТРАКЦИИ ЗУБА И ПОКАЗАНИЙ К УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ В ЛУГАНСКЕ ЗА 2018-2020 ГОДЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доцент Шпулина О. А.

Кафедра хирургической стоматологии

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

Актуальность. Удаление зуба – одна из важнейших операций в стоматологии, так как пациенты зачастую обращаются к стоматологу на развернутой или осложненной стадии заболевания, когда удаление является единственным способом устранения патологии. Несмотря на высокие технологические и методологические возможности современной стоматологии, которые направлены преимущественно на сохранение формы, эстетики и функции зуба, операция экстракции зуба все еще остается неизбежной при определенных формах патологий.

Основными показаниями к удалению зуба являются такие патологии, как осложненный кариес, хронические формы периодонтита, ортодонтические показания, физиологическая смена зубов и затрудненное прорезывание третьих моляров. При определении показаний к операции экстракции зуба необходимо учитывать возраст пациента и принадлежность удаляемого зуба ко временной или постоянной генерации.

Цель: изучить и проанализировать динамику количества проведенных операций по удалению зуба и показаний к ним за 2018-2020 годы.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ медицинской документации, составленной по итогам работы врачей – стоматологов-хирургов кабинета хирургической стоматологии Государственного учреждения «Луганская городская стоматологическая поликлиника» Луганской Народной Республики (ГУ «ЛГСП» ЛНР), а именно: амбулаторной карты стоматологического больного (форма 043/о), листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (форма 037/о), дневник учета работы врача-стоматолога (форма 039-2/о) за 2018-2020 годы.

Результаты и их анализ. Данные, полученные по результатам исследования, приведены в таблице 1.

У взрослых в 2019 году количество операций удаления зуба возросло на 23,9%, а в 2020 уменьшилось на 9,8%. Большую часть причин этих операций составляет осложненный кариес (в среднем 68,3 %). Наибольшую роль в развитии осложненного кариеса играет низкий уровень гигиены полости рта и несвоевременное обращение к врачу-стоматологу. Следовательно, гигиеническое воспитание взрослого населения требует улучшения.

Число удаленных постоянных зубов у детей по поводу осложненного кариеса снизилось в 2019 году на 18,8 %, а в 2020 – на 84,6 %. В 2019 году количество удалений временных зубов у детей той же возрастной категории снизилось на 57,8%, а в 2020 – на 63%. Все это свидетельствует о повышенном внимании родителей республики к вопросам здоровья органов полости рта своих детей и увеличение количества и качества посещений стоматологов детьми.

Также из таблицы видно, что от общего числа удаленных зубов по поводу осложненного кариеса у детей до 17 лет включительно количество временных зубов составляет в среднем 76,5%. Это связано с тем, что твердые ткани временных зубов менее минерализованы, следовательно, более чувствительны к кариесу, чем постоянные.

Количество удаленных постоянных зубов у детей до 17 лет включительно с ортодонтической целью уменьшилось в 2019 году на 73,3%, в 2020 – на 75%. К такому результату могла привести своевременная ликвидация вредных привычек у детей, вследствие чего уменьшилось количество деформаций прикуса, а также раннее обращение к врачу – стоматологу-ортодонту при наличии патологий прикуса у детей.

Необходимо отметить, что количество операций удаления зуба в связи с физиологической сменой прикуса все еще высоко. В 2019 году это число снизилось на 24,6%, а в 2020 – возросло на 43,3%. На долю операций в связи с физиологической сменой зубов в 2018 году пришлось 59,2%, в 2019 – 70,3%, а в 2020 – 92%. Это связано с затрудненной и замедленной резорбцией корней временных зубов, ранее подвергавшихся эндодонтическому лечению и пломбированию эндосилерами, а также страхом детей перед необходимостью самостоятельно расшатывать и удалять свои зубы в период физиологической смены.

Таблица 1

Количество зубов, удаленных в кабинете хирургической стоматологии
ГУ «ЛГСП» ЛНР за 2018-2020 годы и показания к их удалению

Год	2018	2019	2020
Всего удалено постоянных зубов у взрослых	9312	11536	10409
Удалено постоянных зубов у взрослых по поводу осложненного кариеса	6202	7684	7081
Удалено постоянных зубов у взрослых по поводу пародонтита	2852	3704	3178
Удалено постоянных зубов у детей (до 17 лет включительно) по поводу осложненного кариеса	16	13	2
Удалено постоянных зубов у детей (до 17 лет включительно) с ортодонтической целью	15	4	1
Удалено временных зубов у детей (до 17 лет включительно) по поводу осложненного кариеса	64	27	10
Удалено временных зубов у детей (до 17 лет включительно) в связи с физиологической сменой	138	104	149

Выводы. Тяжелое течение осложненного кариеса – наиболее частая причина удаления постоянных зубов как у детей, так и у взрослых, что создает необходимость проводить дополнительную работу над гигиеническим образованием и воспитанием взрослого населения.

Качество гигиенического образования и воспитания, диспансерного наблюдения и санации полости рта у детей повышается.

По поводу осложненного кариеса у детей чаще всего удалению подлежат временные зубы, что связано с меньшей степенью минерализации последних по сравнению с постоянными зубами.

За 2018-2020 годы наблюдается учащение своевременного обращения к стоматологу-ортодонту при дефектах прикуса у детей, а также повышение качества работы стоматологов и родителей детей по ликвидации вредных привычек.

Увеличение процентной доли операций удаления временных зубов в связи с физиологической сменой свидетельствует о повышении частоты осложнений при данном естественном процессе, что может быть связано с нарушением резорбции корней временных зубов и низкой информированностью детей о процессе смены зубов и их действиях в этот период.

УДК 547.823: 547.825: 615.038

*Самокиш А. А., Венидиктова Ю. С., Кривоколыско Д. С., Кудрина М. А., Панков А. А.,
Фролов К. А., Доценко В. В., Кривоколыско С. Г.*

ИЗУЧЕНИЕ АНАЛЬГЕТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ СЕРОСОДЕРЖАЩИХ ДИ- И ТЕТРАГИДРОПИРИДИНОВ В ТЕСТЕ ОРОФАЦИАЛЬНОЙ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ БОЛИ

Научный руководитель: д. мед. н., профессор Библик Е.Ю.

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

*Владимира Даля», г. Луганск, ФГБОУ ВПО «Кубанский государственный
университет», г. Краснодар, Россия.*

Актуальность. В статье представлены скрининговые исследования 5 образцов серосодержащих ди- и тетрагидропиридинов, синтезированных на базе в НИЛ «Химэкс», в тесте орофасциальной тригеминальной боли путем подкожного введения 0,1 мл 5% раствора формалина в область вибрисс белым крысам-самцам. Наиболее выраженной анальгетической активностью в дозе 5 мг/кг обладают следующие соединения с шифрами **as-262, do2 – 138**, которые эффективнее анальгина на поздних сроках наблюдения.

Боль представляет собой сложный психофизиологический феномен, который может приобретать как острый, так и хронический характер и оказывает неблагоприятное патогенное воздействие на организм.

Поиск новых высокоэффективных и безопасных средств фармакотерапии воспалительных заболеваний является важным направлением современных фармакологических исследований. Особый интерес на сегодняшний день представляют производные цианотиоацетамида.

170 синтезированных нами на базе НИЛ «Химэкс» ЛГУ им. Владимира Даля новых производных ди- и тетрагидропиридинов, производных

цианотиоацетамида, были подвергнуты виртуальному биоскринингу с использованием комплекса программ.

Выбранные 1,4-дигидропиридины с высокой степенью вероятности будут воздействовать на следующие биомишени: аденозиновые рецепторы, циклооксигеназа-2, арахидонат-5-липоксигеназа, фосфолипаза А2, фосфодиэстераза, каннабиоидные, метаботропные глутаматные рецепторы пятого типа, серотониновые 2а(5-HT_{2а}), D₂-, D₃-дофаминовые и сигма-опиоидные рецепторы.

В проведенных нами исследованиях *in vivo* эти соединения относятся к малотоксичным по результатам изучения их острой пероральной токсичности.

Цель работы: исследовать болеутоляющую активность синтезированных нами образцов новых производных серосодержащих ди- и тетрагидропиридинов в классическом формалиновом тесте на белых крысах, имеющем большую прогностическую значимость.

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 70 белых беспородных крысах-самцах массой 220-250 г, полученных из вивария ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки».

Крысы были распределены на контрольную, референтную (метамизол натрия) и 5 опытных групп по количеству исследуемых оригинальных вновь синтезированных серосодержащих ди- и тетрагидропиридинов.

В эксперименте использовали группы, состоящие из 10 животных.

Острую воспалительную реакцию вызывали субплантарным введением 0,1 мл 5% раствора формалина в правую заднюю лапку лабораторных крыс. Нами вычислялись данные исходя из: I фазы – в первые 5-10 минут, II фазы – с 30- по 50 минут. Как известно, НПВС подавляют только II фазу, местные анестетики – только I фазу. А наркотические анальгетики способны подавлять обе фазы.

При проведении формалинового теста регистрировались 4 типа поведенческой реакции: 0- отсутствие реакции, 1- лапа на поверхности клетки, но животные на нее не опираются, 2- лапа поднята, 3- лапа облизывается, грызется и т.д.

В качестве препарата сравнения для референтной группы крыс использовали Анальгин «ОАО Фармстандарт» в дозе 7 мг/кг. 5 образцов серосодержащих ди- и тетрагидропиридинов вводили внутрижелудочно в дозе 5 мг/кг за 1,5 часа до введения используемого альгогена 5% раствора формалина.

Результаты и их обсуждение. Животные контрольной группы сразу после введения раствора альгогена стали вести себя агрессивно, издавать громкие звуки, интенсивно облизывать и грызть правую заднюю лапу. В начале I фазы на пятой минуте после введения раствора формалина наблюдается третий тип поведенческой реакции. Аналогично крысы этой группы ведут себя и на десятой минуте наблюдения.

При наблюдении за животными группы сравнения, следует отметить, что сразу после введения и до пятиминутной временной отметки все крысы ведут себя возбужденно, издают громкие звуки, интенсивно грызут и облизывают инъецированную лапку. В течение первых 10 минут крысы проявляют 3 тип поведенческой реакции.

Начиная с тридцатой минуты наблюдения за животными этой группы семь из десяти крыс время от времени опускают инъецированную лапку на дно клетки, однако сразу же ее отдергивают. В основном у этих крыс лапка поднята, что соответствует 2 типу поведенческой реакции согласно проводимому нами тесту. У трех оставшихся

животных этой группы замечен 3 тип поведенческой реакции. На сороковой минуте после введения 0,1 мл 5% раствора формалина все животные группы сравнения держат правую заднюю лапку поднятой. На пятидесятой минуте все крысы успокаиваются, не издают громких звуков.

Исследование анальгетической активности 5 вновь синтезированных соединений в формалиновом тесте, вводимых нами с профилактической целью внутривентрально, подтвердило наличие у них болеутоляющих свойств различной степени выраженности.

Сходную с крысами референтной группы динамику поведенческих реакций у животных опытной группы, получавших тетрагидропиридон с лабораторным шифром cv-074. Так, на протяжении I фазы (с 5 до 10 мин) животные очень активны, интенсивно облизывают и грызут лапку. К началу II фазы на тридцатой минуте после введения раствора формалина 50% крысы этой опытной группы опускают инъецированную лапку на поверхность дна клетки, но не опираются на нее. На сороковой - пятидесятой минуте наблюдения уже все животные демонстрируют 1 тип поведенческой реакции.

В опытной группе животных, с лабораторным шифром cv-143, выявлено, что на пятой минуте все животные спокойны, правую заднюю свободную конечность не облизывают, хотя держат ее поднятой, прижатой к туловищу. В дальнейшем и на десятой, и на тридцатой, и на пятидесятой минуте все крысы демонстрируют 2 тип поведенческой реакции – инъецированная лапка поднята над поверхностью дна клетки.

Введение тетрагидропиридона с лабораторным шифром f02-079 внутривентрально крысам опытной группы привело к проявлениям 2 типа поведенческой активности как в течение I фазы, так и на всем протяжении II фазы эксперимента.

1,4-дигидропиридин с лабораторным шифром d02-138 в течение I фазы на пятой минуте крысы этой опытной группы агрессивны, кидаются на кормцанг экспериментатора, все животные облизывают инъецированную лапку. На десятой минуте нами зафиксирован 2 тип поведенческой реакции.

Наиболее выраженной анальгетической активностью, исходя из полученных нами результатов в опытах *in vivo*, обладает 1,4-дигидропиридин с шифром as-262. Так, на пятой минуте после введения формалина в подопоневротическое пространство правой задней лапки все крысы этой опытной группы стоят на обеих лапках, опираясь на обе из них. Аналогичная картина прослеживается до 10 минуты.

Обсуждение полученных результатов. Полученные в эксперименте результаты в референтной группе подтверждают тот факт, что метамизол натрия подавляет II фазу.

Тетрагидропиридон с лабораторным шифром cv-074 по нашим данным тоже показал сходную с метамизолом натрия анальгетическую активность по динамике в формалиновом тесте.

1,4-Дигидропиридин с лабораторным шифром d02-138 также способен влиять на течение II фазы, что указывает на сходство его предполагаемого механизма действия с НПВС.

Соединение 1,4-дигидропиридин с шифром as-262 проявил максимально выраженную анальгетическую активность как в течение I фазы, так и на протяжении II фазы.

Выводы. Проведенные скрининговые исследования in vivo 5 новых ди- и тетрагидропиридины показали наличие максимально выраженной анальгетической активности в дозе 5 мг/кг у соединений:

as-262 (allyl 6-({2-[(4-acetylphenyl)amino]-2-oxoethyl}thio)-5-cyano-4-(2-furyl)-2-methyl-1,4-dihydropyridine-3-carboxylate); **d02-138**(ethyl 4-[(3-cyano-5-[(2,4-dichlorophenyl)amino]carbonyl)-4-(2-furyl)-6-methyl-1,4-dihydropyridin-2-yl]thio}acetyl)amino]benzoate); Анальгетическую активность, сравнимую с эффектом от применения препарата-референта (анальгина), проявил образец с шифром **cv-074** (2-[(3-cyano-4-(2-furyl)-6-oxo-1,4,5,6-tetrahydropyridin-2-yl]thio}-N-(2-methylphenyl)acetamide).

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. Бибики 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), аспаратаминотрансферазы (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 615.07:615.453(477.61)

Бущик А.А., Бочев А.В., Куликова Т.И.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ТВЕРДОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ПРОИЗВОДСТВА ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

*Научный руководитель: заведующий кафедрой технологии лекарств, организации
и экономики фармации, доцент Передерий Е.А.*

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

Актуальность. Вовремя, когда ассортимент лекарственных средств на фармацевтическом рынке впечатляет своим разнообразием не многие препараты, могут похвастаться длительным использованием их в клинической практике.

Одним из таких препаратов является ацетилсалициловая кислота, которая известна своим широким применением и интересом, как со стороны врачей и фармакологов, так и со стороны пациентов.

Рынок фармацевтических препаратов Республики предлагает покупателю широкий ассортимент ацетилсалициловой кислоты: импортного производства, а также производителей Российской Федерации и Луганской Народной Республики.

В некоторых случаях покупатель сомнительно относится к отечественному лекарственному препарату, рассматривая его приобретение исходя из ценовых предпочтений.

В таком случае Результат исследования вызывает интерес не только у конечного потребителя, но и у практикующего провизора, что подтверждает его актуальность.

Цель. Сравнительный анализ твердой лекарственной формы, а именно – таблеток кислоты ацетилсалициловой, различных производителей.

Определение подлинности, а также количественного содержания действующего вещества в лекарственной форме.

Материалы и методы. Для проведения анализа выбраны три образца препаратов ацетилсалициловой кислоты различных производителей.

Качественное и количественное определение действующего вещества проводилось по методикам, указанным в частной фармакопейной статье Государственной Фармакопеи.

Результаты и их обсуждение. Анализ был начат с выбора образцов для исследования. По ценовой категории препараты отличались: стоимость препарата Упсарин Упса составляет 112 рублей за 10 таблеток, остальные два образца обладают приблизительно одинаковой стоимостью от 6 до 10 рублей за 10 таблеток.

В ходе анализа работа была разделена на 2 сектора:

1-й сектор – определение подлинности вещества и **2-й сектор** – определение количественного содержания.

Первичное определение подлинности было проведено визуально по оценке внешнего вида таблеток, а также оценке их растворимости. *По данным критериям все 3 образца четко соответствовали требованиям Государственной Фармакопеи.*

Затем была проведена качественная реакция гидролиза ацетилсалициловой кислоты в щелочной среде.

После нейтрализации раствора разведенной серной кислотой образуется белый осадок салициловой кислоты.

При добавлении раствора железа хлорида трехвалентного должно появиться фиолетовое окрашивание. Все 3 образца изменили окраску, что свидетельствует о подтверждении подлинности по данной реакции.

Следующая качественная реакция основана на гидролизе ацетилсалициловой кислоты. Продуктами гидролиза являются уксусная кислота – которая обнаруживается по запаху, а также салициловая кислота, которая при добавлении формалина дает розовое окрашивание. После добавления формалина растворы окрашиваются в розовый цвет.

По результатам проведения данной реакции подлинность также была подтверждена.

После завершения качественного определения мы перешли ко **2 сектору** анализа.

Количественный анализ проводили методом алкалометрии в среде спирта, нейтрализованного по фенолфталеину. Конечная точка титрования фиксируется по появлению исчезающего розового окрашивания раствора.

После чего по полученному практическому объему рассчитываем количественное содержание вещества.

Согласно Государственной Фармакопее содержание ацетилсалициловой кислоты должно быть не менее 99,5%.

По результатам количественного определения можем сделать вывод о том, что Образцы № 2,3 прошли проверку на содержание действующего вещества;

Образец № 1 требует подбора иного метода титрования, либо действующее вещество предварительно нужно извлекать из ЛФ.

Выводы. При проведении анализа мы можем однозначно судить о подлинности лекарственных веществ входящих в состав испытуемых лекарственных форм.

Что касается количественного определения – образцы производства РФ и ЛНР соответствуют требованиям ГФ, что дает возможность нам судить о качестве препарата.

Подбор для анализа лекарственного препарата импортного производства был проведен не совсем удачно. Количественное определение требует доработки.

Конечный потребитель может доверять местному производителю Ацетилсалициловой кислоты и рассматривать приобретение данного препарата в качестве достойного конкурента существующим на рынке аналогам.

УДК 615.07:615.451(477.61)

Бущик А.А., Бочев А.В., Олейник И.С.

Сравнительный качественный и количественный анализ жидкой лекарственной формы производства Луганской Народной Республики

Научный руководитель: заведующий кафедрой технологии лекарств, организации и экономики фармации, доцент Передерий Е.А.

Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя

Луки», г. Луганск

Актуальность. Ежедневно в аптеках Луганской Народной Республики покупатели сталкиваются с проблемой выбора альтернативных вариантов приобретения лекарственных препаратов, а также изделий медицинского назначения и других товаров аптечного ассортимента. Множество причин привлекают покупателя к товару местного производства, но зачастую предполагаемая сделка может сорваться исходя из различных причин недоверия к производимой в ЛНР продукции.

Работая с возражениями покупателя при продаже, определяются основные причины недоверия к местному производителю: сомнение в качестве и подлинности лекарственных препаратов.

Исходя из этого, проведение сравнительного исследования нескольких препаратов различных производителей является актуальным и несет рекомендательный характер.

Цель исследования. Сравнительный качественный и количественный анализ инфузионного раствора Метронидазола, реализуемого из аптек Луганской Народной Республики.

Материалы и методы. В качестве материалов исследования определены образцы:

1. «Метрогил» 5 мг/мл – 100 мл (Юник Фармасьютикал Лабораториз, Индия)
2. «Метронидазол» 5 мг/мл – 100 мл (ОАО «Синтез», Россия)
3. «Метронидазол» 5 мг/мл – 100 мл (ГУП ЛНР «Лугмедфарм», ЛНР)

Методики проведения анализа регламентированы ГФ и указаны в частной ФС «Метронидазол».

Результаты и их обсуждение. *Первой частью сравнительного анализа* лекарственных препаратов стало качественное определение действующих веществ в ЛФ. Первым этапом качественного анализа стала визуальная оценка прозрачности и мутности раствора. Данный показатель оценивается для лекарственных средств, используемых для парентерального применения. Определение проводилось согласно ОФС по данному показателю в сравнении с эталонным раствором. Испытуемые образцы прошли успешно проверку по данному параметру.

Вторым этапом анализа стала оценка общего объема лекарственной формы. Измерение проводилось с помощью мерной посуды типового объема. Испытуемые образцы заявленному объему соответствуют.

Третьим этапом исследования являлось проведение реакции на первичные ароматические амины (реакция азосочетания). В результате проведения реакции образуется осадок от желто-оранжевого до оранжево-красного цвета. После добавления к испытуемым растворам свежеприготовленного щелочного раствора бетта-нафтола, образцы изменили свою окраску, на дне посуды образовался незначительный осадок.

Четвертым этапом исследования являлось проведение реакции образования ацисоли. При нагревании исследуемых образцов с гидроксидом натрия, все три раствора изменили окраску. А затем при добавлении кислоты окрашивание перешло в светло-желтый цвет.

Второй частью сравнительного анализа лекарственных препаратов стало количественное определение действующих веществ в лекарственной форме. Согласно ГФ, методом количественного определения является неводное титрование. В качестве титранта использовался 0,1 М раствор хлорной кислоты. Индикатор-кристаллический фиолетовый. Исходя из расчетов, теоретический титрант равен 8,76 мл.

Протитровав каждый из испытуемых образцов, мы убедились в том, что количественное содержание препаратов соответствуют заявленному, что подтверждено переходом окраски индикатора кристаллического фиолетового из светло-синей в темно-фиолетовую, а также расчетом количественного содержания действующих веществ.

Согласно ГФ, содержание действующего вещества должно находиться в пределах от 99% до 101%. Испытуемые образцы по данному параметру соответствуют требованиям.

Выводы. В ходе проведенного исследования была подтверждена подлинность лекарственного вещества, входящего в состав препаратов Метрогил, а также Метронидазол производства Российской Федерации и Луганской Народной Республики.

Определено соответствие количественного содержания действующих веществ требованиям Государственной Фармакопеи. Данные факты опровергают убеждения о разнице в качественных характеристиках препаратов в зависимости от их производителя.

Препарат местного производства достойно прошел испытания и в своем качестве не уступает аналогам.

УДК 659.117 : 615

Передерий Е.А., Бошужева К.Е., Любый Е.А.

**ВЛИЯНИЕ РЕКЛАМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА НА
ПОТРЕБИТЕЛЕЙ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

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

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

Актуальность. Тема рекламы является очень актуальной в современном мире, ведь без нее у нас не проходит и дня. Реклама играет особую роль в мировой экономике, поэтому достаточно быстро распространяется и занимает большую целевую аудиторию. Самой популярной является видео реклама, она может занимать до 20% эфирного времени вне зависимости от его вида, Что не всегда нравится потребителю. Реклама может появиться в самый интересный момент просмотра любимого сериала, интересной телепередачи или же мультфильма. Но не смотря на такой минус для потребителя наш выбор всё равно падает на самый «отрекламированный» товар, и при этом каждая реклама действует на нас еще более продуктивно, чем другая. Каждый человек может объяснить эту антиномию абсолютно субъективно, однако, по этому поводу, существует и научное мнение, которое заключается в том, что при создании той или иной рекламы производители прибегают к множеству методов внушения, которые способны так или иначе повлиять на психику человека. Впрочем, эти методы созданы не для того, чтобы заставить потенциального потребителя приобрести тот или иной товар, а лишь с той целью, чтобы предложить ему это сделать всевозможными способами.

Цель. Перед тем, как начать наше небольшое исследование, мы поставили перед собой достаточно большую цель. Она заключалась в том, что по окончании нашей работы мы должны были выяснить, как относятся к рекламе потребители товаров аптечного ассортимента, тем самым понять, каким образом она может повлиять на них. Также мы планировали определить предпочтение различных групп населения к определенным видам рекламы. Вдобавок к этому, нами было принято решение, определить, как относятся к рекламе лекарственных препаратов сами работники фармацевтических организаций, т.к. вне рабочего времени они являются такими же потребителями аптек, как и все люди.

Материалы и методы.

Нами было проведено исследование, в котором мы использовали самый популярный и эффективный метод анкетирования и опроса потребителей. В виде респондентов мы выбрали потребителей аптечной сети «Лугмедторг» и фармацевтических работников 10 различных аптек городов Алчевск и Луганск (по 5 из каждого). В общей сложности, в опросе принимали участие 30 потребителей аптечного ассортимента сети «Лугмедторг», из них: 8 женщин и 22 мужчины, имеющие абсолютно различные возрастные категории и принадлежности к социальным слоям: бюджетные работники (38%), студенты (29%) пенсионеры (25%), руководители (5%), предприниматели (3%).

Результаты и их обсуждения. В ходе проведения нашего социального опроса, были получены следующие результаты:

1. Большая часть потребителей (56%) имеет достаточно положительное отношение к рекламе ЛП, 17% имеют нейтральное отношение, а оставшиеся 27% - отрицательное. Примерно 76% работников фармацевтических организаций имеют положительно отношение к рекламе ЛП, 8% - нейтральное и 16% - негативное.

2. Среди видов реклам, потребители и работники фармацевтических организаций выбирали:

- Теле- и радиореклама – 67%
- Реклама в интернете – 19%
- Реклама в печатных изданиях – 8%

- Наружная реклама – 4%
- Реклама в общественном транспорте – 2%

3. Основная масса потребителей (51%) выбирается препарат, увиденный в рекламном ролике, а 49% не используют рекламную продукцию без консультации доктора.

4. Почти 90% потребителей не сталкивались с ФЗ «О рекламе».

5. Практически все люди, участвующие в опросе (96%) не посещают аптечные организации без необходимости.

6. Во время посещения аптечной организации 45% потребителей обращаются за консультацией к фармацевту/провизору, 40% обращаются редко, а 15% не обращаются.

7. Приблизительно 72% потребителей предпочли отечественного производителя ЛП, чем хорошо прорекламированного зарубежного.

8. Около 80% потребителей в первую очередь обращают внимание на цену ЛП, около 15% на качество, и 5% на популярность препарата.

Выводы. По результатам нашего исследования, мы можем сделать вывод, что в современном мире «рекламы» слабым местом являются практически все виды рекламы, кроме теле- и радиорекламы, что может значить, что необходимо повысить качество печатной, наружной рекламы, также рекламы в транспорте и т.д.

Из имеющегося количества опрошенных людей примерно 50% доверяют рекламе, часто прислушиваются к ней, но есть те, кто не доверяют, либо приобретают увиденный в рекламе ЛП только после консультации, что означает, что в рекламной сфере необходимо сделать акцент на доверие людей, чем самым поднять эффективность рекламы.

УДК 339.187 : [615.33+615.281]

Передерий Е.А., Юнусова И.А., Урусова Ю.В., Санникова А.

АНАЛИЗ РОЗНИЧНЫХ ПРОДАЖ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ И ПРОТИВОМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЗА IV КВАРТАЛЫ 2019-2020 ГОДОВ

Научные руководители: к.фарм.н., доц. Передерий Е.А., асс. Юнусова И.А.

Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации

Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, г.

Луганск

Актуальность. В связи с неблагополучной санитарно-эпидемиологической обстановкой во всем мире, особенно остро стоит вопрос применения антибиотиков и противомикробных средств. Возникновение новой коронавирусной инфекции существенно повлияло на ассортимент и спрос на противомикробные средства в аптечных учреждениях. Сведения о продажах отражают использование антибактериальных препаратов (АБП) стационарами, их назначение в амбулаторной практике, а также при самолечении.

Цель: целью работы является анализ структуры рынка антибактериальных и противомикробных средств в аптечном учреждении поселка городского типа Ясеновский Луганской области, а также изучение влияния пандемии и сезонных инфекций на динамику объема продаж данной категории препаратов в сравнении с показателями 2019 года.

Материалы и методы. Анализ структуры рынка антибактериальных и противомикробных средств проводился в поселке городского типа с общим количеством населения 8957 человек. В поселке имеются 3 аптечных организации: 2 частные сетевые и одна больничная. В качестве объектов исследования использовались данные о товарообороте частной сетевой межбольничной аптеки за IV кварталы 2019 и 2020 годов, товарно-транспортные накладные. В качестве критерия классификации был выбран способ введения ЛП. Таким образом, было получено 3 группы: АБП для перорального применения, АБП для парентерального применения, АБП для наружного применения. Последние из исследования были исключены, поскольку в терапии вышеуказанных заболеваний не применяются.

Результаты и их обсуждение. Наблюдается увеличение глубины ассортимента АБП для перорального применения в 4 квартале 2020 года в сравнении с 2019 годом на 14 позиций, при этом лидерами продаж стали препараты амоксициллина в различных дозировках преимущественно российского производства, препараты из группы макролидов и респираторных фторхинолонов. Также был расширен ассортимент препаратов для парентерального применения в 2020 году (с 4 позиций до 9). Основу продаж данной категории представили цефалоспорины: цефтриаксон 1,0 составлял половину от объема продаж данной категории ЛС (90% от продаж АБП в 2019 году), цефазолин и цефотаксим - по 17% продаж. Общий товарооборот за 4 квартал в 2020 году вырос на 57% (1064234,82руб. в 2020 г и 678328,09 руб. в 2019 г). Доля АБП в 2020 в стоимостном выражении выросла на 177%, в натуральном выражении – на 66%. В среднем, продажи АБП в 2020 году среди общего товарооборота соответствующего периода возросли на 3,3%.

Выводы. В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы: в данном аптечном учреждении наблюдается увеличение глубины ассортимента в IV квартале 2020 года по сравнению с 2019. Также можно отметить значительное увеличение как общего товарооборота, так и товарооборота антибактериальных и противомикробных препаратов, в частности. Не смотря на существующие проблемы с поставкой данной группы ЛП, наблюдается положительная динамика в изменении глубины ассортимента и товарооборота аптечной организации в сельской местности.

УДК 65.018 : 615

Стрельченко Н. Н., Гордиця Д.В.

Факторы, влияющие на потребительское поведение и восприятие качества фармацевтического товара в аптечной организации

Научный руководитель асс. Стрельченко Н. Н.

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

Актуальность темы. Фармацевтический рынок стремительно развивается, расширяется ассортимент лекарственных препаратов, улучшаются свойства уже имеющихся, повышается уровень конкуренции среди фирм-производителей, розничных организаций. С ростом потока информации о препаратах возникает

объективная необходимость в систематическом изучении потребительского поведения. Поведение потребителей – это изучение всех видов деятельности, связанных с процессом приобретения товара, его выбором и сравнением с другими, включает в себя эмоциональные, психические и поведенческие реакции потребителя, которые предшествуют или следуют за этими действиями. Фармацевтические организации, стремятся максимально повлиять на поведение потребителей, применяя различные маркетинговые стратегии. Изучение факторов, которые влияют на формирование потребительского поведения, выбор и применение лекарственного препарата позволит поднять качество оказания фармацевтической помощи населению на новый уровень.

Цель исследования: определить основные принципы потребительского поведения населения в аптечной организации, изучить факторы влияющие на выбор населения, провести сравнительный анализ поведения потребителей отдельных групп на рынке лекарственных средств.

Материалы и методы. Для проведения социологического опроса посетителей аптек была разработана анкета с перечнем интересующих вопросов. Всего опрошено 210 посетителей аптек г. Луганск. Выборки респондентов случайные. В процессе обработки применялись методы: статистика, группировка, сравнительный анализы.

Результаты и обсуждения. Факторы влияющие на принятие решения потребителем о покупке условно разделяют на несколько групп. К социально-демографическим факторам относится: пол, возраст, социальная принадлежность, образование, состав семьи. Психографические факторы включают в себя такие элементы как мотивация, престижность, приверженность, потребительский этноцентризм. К функциональным характеристикам лекарственного препарата относится состав, показания к применению, противопоказания, удобство применения, лекарственная форма. К факторам потребительского поведения относится приданная полезность лекарственного препарата, которая представляет собой совокупную полезность, получаемую в результате потребления всех единиц блага. Характеризуется такими элементами: цена, страна и фирма производитель, упаковка и блистер лекарственного препарата.

Для подробного изучения факторов, которые определяют поведение респондентов на фармацевтическом рынке была разработана анкета.

Основными посетителями аптек являются женщины. Такое положение объясняется тем, что они приобретают лекарственные препараты и изделия медицинского назначения не только для себя, но и для семьи, родственников, детей. Возрастной диапазон посетителей аптеки достаточно широк, колеблется от 20 до 60 лет. Большая доля посетителей приходится от 40 до 50 лет.

Анализ причин отказа от посещения аптеки еще раз подтверждает приоритетность отдельных характеристик для посетителя в процессе выбора. Мы выделили причины, которые могут побудить респондентов сменить постоянно посещаемую аптеку, среди них: высокая цена (29,5%), узкий ассортимент (25,7%),

неудобное расположение (22,9), некачественный товар (5,7), неквалифицированные сотрудники (16,2).

Выбор посетителями аптеки носит субъективный характер. В ходе исследования установили, что первоисточником информации об аптечной организации служит наружное оформление аптеки (51,6%), рекомендации знакомых (28,2%), реклама по городу (18,2%). Аптечные организации могут привлечь потребителей презентабельным внешним видом, заметной вывеской, наличием пандусов, парковочного места, хорошей инфраструктурой. В качестве рекламного материала, по мнению респондентов лучше использовать листовки (34,3%), плакаты предпочитают (21,4%) респондентов, муляжи (15,2%) и воблеры (7,6%) , не принимают во внимание рекламный материал (21,4%) потребителей.

На функциональную полезность товара потребитель обращает большое внимание, при этом ему важен способ применения лекарственного товара или изделия медицинского назначения (43,8%), совместимость с другими лекарственными препаратами (19,5%), противопоказания (17,2%), показания к применению (9,5%), состав лекарственного препарата (10%). В полном объеме оценить эти качества потребитель может только после полноценного использования товара. В таком случае решающую роль играют приданные характеристики товара, которые способствуют принятию решения о покупке. Наиболее значимыми из этой группы характеристик для населения является цена (53,4%), в равных долях страна - производитель и фирма производитель (18,3%), упаковка и ее комплектация (10%). При этом подавляющее большинство считает, что качество товара зависит от фирмы и страны производителя.

При выборе препарата потребители в первую очередь обращают внимание на официальные источники информации, затем следуют коммерческие источники (реклама, упаковка или фарм. представители), далее персональные (информация поступала от членов семьи, друзей или соседей) и публичные источники, включающие в себя СМИ.

Выводы. На сегодняшний день потребитель является приоритетным и главным звеном в деятельности фармацевтического рынка. Так как каждый производитель или реализатор ориентируется на своего клиента и его потребности. Только при его непосредственном участии, возможно, рассматривать качество оказания фармацевтической помощи не только как набор объективных характеристик, но и как совокупность субъективно воспринимаемых оценок.

Изучение факторов, формирующих потребительское поведение на фармацевтическом рынке, влияющих на выбор и применение фармацевтических препаратов, лежащих в основе действий человека, обратившегося в аптеку, позволит изучить возможности целенаправленного воздействия на обращение лекарственных средств и поднять качество оказания фармацевтической помощи населению на новый уровень.

Анализ состава домашней аптечки: основные ошибки и рекомендации при ее формировании и хранении.***Научный руководитель асс. Стрельченко Н. Н.****Кафедра технологии лекарств, организации и экономики фармации
ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки», г. Луганск*

Актуальность. В каждой семье уже давно укоренилась традиция хранить препараты острой необходимости в домашней аптечке. Домашняя аптечка должна быть в каждом доме, в не зависимости от того, есть ли у вас проблемы со здоровьем или нет. Что-то может произойти внезапно, когда закрыты ближайшие аптеки и поликлиники, не исключены проблемы со связью, трудности с вызовом скорой медицинской помощи. Она должна быть укомплектована всем необходимым, для оказания первой помощи при возникновении различных ситуаций, связанных с внезапным ухудшением состояния здоровья членов семьи. Поэтому ее комплектацию нужно выполнять с учетом их возраста и существующих заболеваний. При этом нужно помнить, что она предназначена только лишь для оказания первой помощи, и ни в коем случае не для самолечения.

изучить особенности хранения и формирования домашней аптечки. Дать рекомендации по комплектации аптечки для использования в домашних условиях, проанализировать фотографии аптечек респондентов и сделать выводы о правильном наполнении и хранении ЛС различных категорий в домашних условиях.

Материалы и методы. Для проведения социологического опроса посетителей аптек были разработаны анкеты с рядом вопросов. Всего опрошено 120 человек. Выборки респондентов случайные. В процессе обработки применялись методы: статистика, группировка, сравнительный анализы.

Результаты и их обсуждения. Состав лекарственных веществ в домашней аптечке может быть разнообразным. Но обязательным является наличие лекарств, которые могут быть использованы в экстренных случаях. К таковым можно отнести жаропонижающие, анестезирующие, кровоостанавливающие, дезинфицирующие и другие средства.

При проведении анкетирования населения, определили ряд проблем, с которыми сталкиваются посетители аптек при формировании и хранении аптечки в домашних условиях.

Необходимо правильно организовать хранение лекарств в домашних условиях, чтобы аптечка всегда была под рукой. Нужно выделить коробку, контейнер с плотно закрывающейся крышкой и из материала, который не пропускает солнечный свет. Многие лекарственные препараты светочувствительны и требует комнатной температуры хранения. Поэтому коробку нужно поставить в шкаф, чтобы легко достать взрослому и не доступна для детей. Респонденты предпочитают хранить аптечку в коробке на кухне, 28% - в прихожей на верхней полки, 20% - в холодильнике, 14% - где придется. Хранение лекарств на кухне не самый лучший вариант, так как происходит перепад температуры.

Большая часть населения не придает значение необходимости иметь постоянно при себе минимальных набор лекарств. Исходя из опроса населения было установлено, что всего лишь у 27% респондентов некоторые препараты всегда с собой, 43%- берут лекарственные препараты с собой при поездках куда-либо, 31%- не берут с собой лекарственные средства. Не мало важным вопросом является контроль сроков годности препаратов, как показал опрос, в основном, срок годности проверяют перед употреблением лекарств, это не правильный подход, поскольку во время экстренной ситуации необходимый препарат будет с истекшим сроком годности, который нельзя использовать. 33% опрошенных утверждают, что всегда в аптечке есть необходимые препараты или изделия медицинского назначения, у 60% опрошенных почти всегда есть необходимое в наличии аптечки, а у 7% опрошенных зачастую нет необходимых лекарственных средств. Как правило аптечка становится необходимой в экстренной ситуации или, когда у человека плохое самочувствие, чтобы не перепутать, какой медикамент лежит в контейнере, не нужно вынимать их из упаковки, пересыпать в баночки. Для каждого препарата сохраняют вкладыш-инструкцию, даже если вы хорошо знакомы с препаратом. Судя по ответам населения 52% выбрасывают инструкцию по применению, а 48% оставляют.

Проанализировав наполняемость и условия хранения лекарственных средств в аптечках респондентов, выявили наиболее часто встречающиеся ошибки. Среди них: хранение лекарственных препаратов без упаковок и инструкций по применению, обрезанные блистеры лекарственных препаратов без указания дозировки и срока хранения, препараты наружного и внутреннего применения находятся в одной коробке, а также красящие и жидкие лекарственные препараты могут перевернуться во время хранения и испортить другие средства, ртутные термометры и препараты, наличие антибиотиков в аптечке не целесообразно, так как они принимаются по назначению врача и необходимо пройти курс лечения, не прекращая прием после облегчения состояния, назначение антибиотика самостоятельно, не допустимо, наличие в аптечке препаратов с недоказанной эффективностью, а также нескольких препаратов одинакового назначения, среди которых можно выбрать один и сэкономить. В соответствии с выявленными ошибками по хранению и наполнению аптечки можно дать рекомендации населению. В наличии аптечки должны быть изделия медицинского назначения среди которых мы выделили: бинт, эластичный бинт, лейкопластырь, вата, медицинские перчатки и маски, жгут кровоостанавливающий, одноразовые шприцы, термометр, тонометр. Среди лекарственных препаратов выделили следующие группы: антисептики для рук, сердечно - сосудистые (Корвалол, Нитроглицерин), желудочно- кишечные (Фестал, Алмагель), обезболивающее и спазмолитические препараты (Но-шпа, Ибупрофен), антигистаминные (цетиризин), антисептические средства (Перекись водорода, Хлоргексидин), антидиарейные средства (Имодиум, Энтерол), сорбенты (Полисорб, Активированный уголь), препараты для лечения простуды и гриппа (Парацетамол, Римантадин), заживляющие препараты (Пантенол).

Выводы. Следует повысить уровень информированности населения по укомплектованности аптечки и правилах ее хранения, так как необходимо иметь в наличие препараты для первой медицинской помощи, так и для лечения хронических заболеваний. Наполнение аптечки происходит по мере необходимости, а также большую популярность аптечки набирают в период отпусков и путешествий.

УДК: 615.0144:615.322

Суббота В. С.

ВЛИЯНИЕ СПОСОБОВ ПОДГОТОВКИ К ХРАНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ НА КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Научные руководители: к. фарм. наук, доцент Боровская И. Н., асс. Гаевая Д. А.

Кафедра фармацевтической химии и фармакогнозии

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г. Луганск

Актуальность. В настоящее время возникает всё большая необходимость комплексного воздействия на организм при лечении различных заболеваний. Данный подход может быть реализован за счет применения фитопрепаратов, содержащих комбинацию биологически активных веществ. Кроме того, фитотерапия является эффективным способом профилактики многих заболеваний. Актуальными являются вопросы стандартизации лекарственного растительного сырья (ЛРС) с целью их наиболее эффективного и рационального применения.

Цель: изучить влияние различных способов подготовки к хранению витаминсодержащего лекарственного растительного сырья на количественный состав основных групп биологически активных веществ.

Материалы и методы. В качестве объектов исследования нами были выбраны плоды малины обыкновенной (*Rubus idaeus*), кожура лимона обыкновенного (*Citrus limon*) и плоды смородины черной (*Ribes nigrum*). Выбор был обусловлен широким применением данных видов сырья как в народной, так и в официальной медицине. Каждый вид сырья был подготовлен к хранению тремя различными способами: воздушно-тенивое высушивание (ВТВ), холодное вакуумно-сублимационное высушивание (ВСВ) и замораживание (З) сырья.

Для определения количественного содержания основных групп БАВ были выделены: аскорбиновая кислота, органические кислоты, пектиновые вещества, лейкоантоцианидины и флавоноиды. Данные соединения обладают широким спектром биологического действия на организм человека: флавоноиды оказывают противовоспалительное, противоязвенное, кровоостанавливающее, желчегонное, гепатопротекторное действие, а также перспективны в качестве противоопухолевых средств; аскорбиновая кислота участвует в окислительно-восстановительных процессах, оказывает общестимулирующее действие, повышает адаптационные способности организма и его сопротивляемость к инфекциям, способствует процессам регенерации; органические кислоты выступают в качестве антиоксидантов, антигипоксантов, стимулируют метаболизм; пектиновые вещества благоприятствуют устранению последствий отравления солями тяжелых металлов, выводят из организма радионуклиды; лейкоантоцианидины проявляют сердечно-сосудистую активность, увеличивают амплитуду сердечных сокращений, восстанавливают работу сердечной мышцы при утомлении и отравлении хлороформом, нормализуют ритм. За счет этого возникает интерес в заготовке качественного сырья с наибольшим сохранением БАВ с

целью дальнейшего использования для лечения различных заболеваний. По количественному содержанию данных соединений и групп веществ могут быть сделаны выводы относительно эффективности методов консервирования лекарственного сырья.

Количественное содержание аскорбиновой кислоты определяли йодатометрически в кислой среде. Пектины определяли спектрофотометрически после реакции взаимодействия с карбазолом при длине волны 520 нм. Сумму органических кислот в пересчете на яблочную кислоту определяли алкалиметрически. Флавоноиды определяли фотоколориметрически по реакции взаимодействия со спиртовым раствором алюминия хлорида при длине волны 412 нм. Количественное содержание рассчитывали по методу стандартов, в пересчете на рутин. Лейкоантоцианидины определяли спектрофотометрически. Оптическую плотность красной пирилиевой соли цианидина гидрохлорида в 5% растворе соляной кислоты в н-бутаноле измеряли при 534 нм.

Результаты и их обсуждение. Результаты количественного содержания основных действующих веществ представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количественное содержание биологические активных веществ

Наименование сырья	Способ подготовки и к хранению	Аскорбиновая кислота, мг/100 гр	Пектиновые вещества, %	Флавоноиды, %	Органические кислоты, %	Антоцианидины, %
<i>Смородина черная</i>	ВТВ	120	0,88	0,28	2,01	0,31
	ВСВ	190	0,68	0,41	3,01	0,27
	З	170	0,76	0,84	1,84	0,56
<i>Малина обыкновенная</i>	ВТВ	38	0,2	0,58	2,54	0,17
	ВСВ	42	0,43	0,67	2,68	0,15
	З	40	0,75	0,94	1,84	0,42
<i>Лимон обыкновенный</i>	ВТВ	-	-	-	-	-
	ВСВ	74	2,31	0,46	0,36	0,06
	З	44	3,32	0,48	0,27	0,081

Выводы. При подготовке сырья к хранению с использованием метода замораживания удастся сохранить наибольшее содержание флавоноидов, лейкоантоцианидинов и пектиновых веществ, в то время как, для сохранения наибольшего количества аскорбиновой кислоты и органических кислот лучше прибегнуть к методу вакуумно-сублимационного высушивания лекарственного растительного сырья.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОДЕРЖАНИЯ ДУБИЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБОВ ЭКСТРАКЦИИ ИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ

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

Кафедра фармацевтической химии и фармакогнозии

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

Актуальность. В настоящее время интерес к использованию растительного сырья в медицине неуклонно растет, что обусловлено сочетанием хорошего терапевтического эффекта фитопрепаратов с их относительной безопасностью. Особенно возрос интерес к веществам вторичного метаболизма, таким как дубильные вещества, широко используемые при различных заболеваниях, так как обладают противовоспалительными, вяжущими, кровоостанавливающими и бактерицидными свойствами. Также сырьё, содержащее конденсированные дубильные вещества, может применяться в качестве антиоксидантных, антигипоксантных и противоопухолевых средств из-за своей способности подавлять цепные свободнорадикальные реакции. Установлено, что гидролизуемые и конденсированные дубильные вещества проявляют высокую Р-витаминную активность и антисклеротическое действие.

Цель: количественное определение содержания дубильных веществ в исследуемом сырье в зависимости от способов экстракции, а также определение соотношения гидролизуемых и конденсируемых дубильных веществ в полученном экстракте.

Материалы и методы. В качестве исследуемых объектов были выбраны кора дуба (cortex Quercus), плоды ольхи (Fructus Alni), плоды черники (Fructus Myrtilli), плоды черемухи (Fructus Padi). Для извлечения дубильных веществ использовали воду и спирт различной концентрации.

Для количественного определения суммы дубильных веществ использовали метод Левенталя. Гидролизуемые дубильные вещества определяли спектрофотометрически в пересчете на пирогаллол, конденсируемые – в пересчете на катехины и антоцианидины.

Результаты и их обсуждение.

Результаты количественного содержания дубильных веществ приведены в таблице:

Таблица 1:

Количественное содержание дубильных веществ в зависимости от способов экстракции:

Наименование сырья	Вода	Концентрация спирта				
		30%	40%	50%	60%	70%
Кора дуба	5,66%	11,08%	11,20%	11,55%	12,12%	13,97%
Плоды ольхи	14,78%	20,32%	20,32%	21,71%	21,71%	21,71%
Плоды черники	3,02%	4,73%	4,97%	5,43%	6,30%	8,76%
Плоды черемухи	1,96%	2,43%	2,59%	2,79%	2,79%	3,20%

Из полученных данных видно, что наиболее оптимальные концентрации для экстракции – 40% и 70% спирт. Следовательно, для проведения количественного содержания гидролизуемых дубильных веществ были выбраны соответствующие концентрации экстрагентов. Количественное содержание гидролизуемых дубильных веществ в пересчете на пирогаллол приведено в таблице 2.

Таблица 2

Количественное содержание гидролизуемых дубильных веществ

Наименование сырья	Вода	Спирт 40%	спирт 70%
Кора дуба	3,6%	7,17%	8,9%
Плоды ольхи	9,45%	13,0%	13,88%
Плоды черники	0,96%	1,49%	2,21%
Плоды черемухи	0,59%	0,72%	0,85%

Результаты количественного содержания конденсируемых дубильных веществ в пересчете на катехины и антоцианидины приведены в таблице 3:

Таблица 3

Количественное содержание конденсируемых дубильных веществ

Наименование сырья	Катехины	Антоцианидины	Всего
Кора дуба	2,55%	2,45%	5%
Плоды ольхи	4,11%	3,6%	7,71%
Плоды черники	2,6%	3,81%	6,41%
Плоды черемухи	0,96%	1,63%	2,59%

Количество конденсируемых дубильных веществ в зависимости от способа экстракции приведены в таблице 4:

Таблица 4

Количественное содержание конденсируемых дубильных веществ в зависимости от способа экстракции

Наименование сырья	Катехины			Антоцианидины		
	Спирт 70%	Спирт 40%	Вода	Спирт 70%	Спирт 40%	Вода
Кора дуба	2,55%	1,28%	0,01%	2,45%	1,22%	0,01%
Плоды ольхи	4,11%	2,06%	0,02%	3,6%	1,8%	0,01%
Плоды черники	2,6%	1,3%	0,02%	3,81%	1,9%	0,01%
Плоды черемухи	0,96%	0,48%	0,01%	1,63%	0,01%	0,01%

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования можно сделать вывод:

1 – наиболее оптимальные концентрации спирта для экстракции дубильных веществ 40% и 70%

2 – содержание конденсируемых дубильных веществ преобладает в плодах черники и черемухи, в то время как гидролизуемых больше в коре дуба и плодах ольхи.

3 – конденсируемые дубильные вещества, так как являются производными флаваноидов, не экстрагируются водой. А результаты экстракция спиртом 40% гораздо ниже, чем спиртом 70%.

УДК 618.39-021.3-06

Бажан К.В

ФАКТОРЫ РИСКА САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТОВ

Научный руководитель старший преподаватель, Старикова М.В.

Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет

имени Святителя Луки», г. Луганск

Актуальность. Актуальность исследования самопроизвольных выкидышей связана с бесчисленными негативными результатами данной патологии для репродуктивного состояния женщины. Каждый случай спонтанного аборта имеет возможность быть начальным проявлением тяжелых нарушений детородной функции, которые в последующем имеют все шансы быть фактором риска повторных выкидышей, внематочных беременностей, вторичного бесплодия, в развитии воспалительных болезней матки и придатков, в перинатальной заболеваемости и смертности.

В трудных реалиях нашей жизни имеется уменьшение количества женщин, беременность и роды у которых проходят без осложнений. Факторы риска, приводящие к выкидышам нужно знать не лишь только будущим и практикующим медицинским работникам, но и всякой женщине, планирующей беременность.

Цель: изучить факторы риска и распространенность самопроизвольного аборта, выделить наиболее распространенные и опасные из них.

Материалы и методы. В ходе написания данной работы использовались разнообразные методы и материалы исследования. Прежде всего, был использован метод анализа – детальное изучение литературных источников, освещающих факторы риска самопроизвольных аборт; учебной литературы по акушерству и гинекологии.

Также было проведено сравнение статистических данных из многих практических исследований, приведенных в литературе.

Результаты и их обсуждение. Спонтанный аборт - это прерывание беременности без желания женщины и без медицинского вмешательства. Главным признаком выкидыша считается неожиданное кровотечение из половых путей из-за длительной аменореи. Кровотечение происходит в матке. Спонтанный аборт как правило случается на третьем месяце беременности, менее часто - на четвертом и втором.

Спонтанный аборт - достаточно распространенное состояние. Причиной самопроизвольных аборт чаще всего является неправильное прикрепление зиготы к стенке матки. К факторам, повышающим риск самопроизвольного аборта, не учитывая инфекционных и паразитарных заболеваний женщины, конституциональных

отклонений (инфантилизм, аномалии строения половых органов), патологии плодного яйца и заболеваний папы малыша, относят ещё вредные привычки (курение, наркоманию, токсикоманию), а еще, и не в последнюю очередь, качество потребляемой пищи, вредные профессии и неправильные условия труда. Есть большое количество факторов риска выкидыша. Рассмотрим наиболее значимые из них.

Возраст выступает ведущим фактором риска у девушек, не имеющих проблем со здоровьем.

Имеет значение и паритет. У женщин с двумя беременностями и больше риск самопроизвольного аборта выше, чем у женщин, которые не рожали, причём данный риск не находится в зависимости от возраста.

Присутствие выкидышей в анамнезе также неблагоприятно сказывается на здоровье женщины. Риск самопроизвольного аборта растет с наращиванием их количества

Курение – враг здоровья женщины. Использование больше чем десяти сигарет в сутки повышает риск выкидыша в первом триместре беременности. Данные тенденции наиболее ярко проявляются при анализе выкидышей у молодых женщин с обычным хромосомным набором. Внедрение нестероидных противовоспалительных средств именно перед зачатием увеличивает риск выкидыша. Гипертермия – небезопасное положение для беременной женщины. Наращивание температуры тела больше 37,7 °С приводит к наращиванию частоты самопроизвольных аборт на небольших сроках. Травма, а еще инвазивные методы пренатальной диагностики (хориоцентез, амниоцентез, кордоцентез), — увеличивают риск выкидыша до 3–5%. Внедрение кофеина в меню женщины дурно сказывается на ее репродуктивной возможности. При потреблении в сутки более 100 миллиграмм кофеина (четырёх-пяти чашек кофе) риск ранних самопроизвольных аборт повышается, что интересно, эта тенденция действительна для плода с нормальным кариотипом. Влияние тератогенов (инфекций, токсических химических веществ, лекарств, имеющих тератогенный эффект) ещё один фактор, повышающий риск возникновения внезапного выкидыша. Недостаток фолиевой кислоты повышает риск самопроизвольного аборта. При концентрации фолиевой кислоты в плазме крови меньше чем ,19 нг/мл (4,9 нмоль/л) действительно возрастает вероятность самопроизвольного аборта с шестой до двенадцатой недели беременности, что часто приводит к увеличению частоты формирования дефектного хромосомного набора будущего ребенка. Гормональные дисфункции, тромбофилические состояния являются в основном причинами не спорадических, а обычных самопроизвольных аборт, ведущей предпосылкой которых является неполноценная лютеиновая фаза.

Бесконтрольное использование беременной женщиной лекарственных веществ и трав неблагоприятно влияет на плод - почти все целительные травы и фармацевтические препараты имеют все шансы спровоцировать выкидыш на малых сроках.

Неприятности, боязни, нервные состояния грядущей мамы небезопасны для плода.

Удары, ношение тяжестей, излишне активная половая жизнь также могут стать причиной выкидыша.

Выводы. С выявлением доминирующих общественных и медицинских факторов риска увеличивается вероятность раннего прогнозирования возникновения

самопроизвольных абортів и регрессирующей беременности у женщин репродуктивного возраста.

Итак, невынашивание беременности – это полиэтиологическая дилемма, предпосылки которой не просто убрать во время беременности. В связи с этим выявление факторов риска, всестороннее обследование и корректировка обнаруженных нарушений у женщин с 2-мя и больше потерями ребенка в анамнезе обязаны проводиться до появления планируемой беременности. С целью профилактики спонтанных абортов нужно ориентировать женщин на планирование беременности, профилактику абортов, ставить будущих мам в известность о факторах, которые могут привести к неблагоприятному исходу беременности, и стараться минимизировать их.

УДК 811.124:611(091)

Безгинская А. Н.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА И АНАТОМИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Научный руководитель пр. кафедры Шевченко К. В.

Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии

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

Актуальность. Латинский язык – профессиональный язык врачей, это известно всем. Чтобы полностью освоить медицину, врач обязательно должен знать терминологию своей специальности.

Я считаю, что овладение профессией медицинского работника невозможно никак без знания профессионального языка, который, как и все остальные, состоит из стройной системы терминов, выражающих определенные понятия. Медицинская современная терминология – одна из самых сложных систем. Ее особенностью является традиционное многовековое использование латинского языка.

Материалы и методы. Методы исследования в моей работе построены на основании сбора информации, теоретического анализа, отбора. В написании работы я использовала актуальные источники, посвященные теме исследования: статьи, монографии, научные публикации.

Цель: доказать важность и сущность латинского языка в образовании номенклатур; изучить этимологию некоторых латинских терминов, научиться осознанно и грамотно использовать латинские терминологические элементы. Именно поэтому нужна учебная база, которую нужно и можно получить на 1 курсе медицинского университета: умение правильно произносить, понимать грамматическую форму, значение и знать историю происхождения этого термина – вот почему я выбрала данную тему. Ведь чтобы вникнуть в содержание и актуальность, необходимо знать истоки, начало развития латинского языка и анатомическую номенклатуру. Итак, давайте начнём!

tendo calcaneus seu Achillis – самое мощное и крепкое сухожилие трехглавой мышцы голени в человеческом теле.

Название ахиллово сухожилие берёт из мифологии Древней Греции, если быть точнее то из мифов об Ахиллесе. Мать Ахилла, морская богиня Фетида, хотела сделать сына неуязвимым, окунула его в воды подземной реки Стикс, но пятка

Ахиллеса, за которую она его держала, осталась сухой и ранимой. Позднее Ахиллес умирает от стрелы, которую пустил Парис именно в это место— ахиллесову пяту. Поэтому в человеческом теле это сухожилие и носит такое название.

thymus, i вилочковая железа

Название происходит от некоего сходства по форме этой железы у животных с цветками тимьяна (*thymos*). Это подобие было замечено, когда животных поджигали во время жертвоприношения, посыпая тимьяном. Есть и другое толкование данного термина - от гр. *thymos* "дух, чувство". Русское название передаёт сходство по форме.

amygdala, ae f [гр. *amygdale* "миндаль", лат. миндалина]

Воспалённые небные миндалины очень похожи на миндаль по размеру, форме и углублениям на поверхности скорлупы. Название было перенесено на подобное строение язычных, глоточных, трубчатых миндалин-*tonsilla palatina, lingualis, pharyngea, tubaria* и на яйцевидное образование, а так же на дольку нижней поверхности полушарий мозжечка.

arteria, ae f [гр. *aeg* "воздух" + *tereo* "содержать"] артерия

Греки в первый раз так называли трахею. То что артерии не содержат воздуха, это известно было около 2000 лет назад, но греки решили название "артерия" сохранить для кровеносных сосудов, которые несут кровь из сердца.

Почему ***musculus*** связана со словом *mys*, которое переводится как мышь. Греки так же замечали, что некоторые длинные мышцы (например, бицепс плеча) при сокращении напоминают дрожащую мышь с сгорбленной спиной. И поэтому становится ясно, почему головка, брюшко и хвост выделяются в длинных мышцах (*caput, venter, cauda*). В русском языке до XIX века слово "мышь" употреблялось для обозначения мышц.

ossyx, ygis m [гр. *соккух* «кукушка»] копчик

Непарная кость, нижняя часть позвоночного столба человека, которая грекам показалась очень похожей на клювик кукушки. Современный термин для обозначения копчика - *os ossygis*.

Наверняка, многие студенты на занятиях задумывались, почему перепончатое пространство между костями черепа у новорожденного названо родничком (от итальянского *fontanella* «ручей»). Ответ заключается в том, что в XIII веке хирурги в Италии при болезнях носовой полости и глаз делали прижигание накалённым железом в местах соединения венечного (*sutura coronalis*) и стреловидного швов (*sutura sagittalis*). Этот процесс провоцировал выделение жидкости, которую итальянцы считали вредной экскрецией мозга. Отсюда и берёт своё начало термин «родничок».

В 21 веке латынь используется в качестве международного общенаучного языка в ряде биомедицинских дисциплин, которые изучаются и используются врачами и медицинскими работниками во всем мире.

Выводы. Таким образом, латинская анатомическая терминология представляет собой упорядоченную систему названий, имеющую ряд признаков, которые различают ее от терминологических систем других научных дисциплин, а именно:

- ✓ длительная «дорога» развития (практически 3500 лет);
- ✓ международность;
- ✓ существование номенклатур;
- ✓ сочетание однословных и многословных этнонимов;

- ✓ применение с целью терминообразования исключительно латинских и греческих слов (заимствования из других языков весьма редкостны);
- ✓ заимствование разговорных слов из латинского и греческого языков;
- ✓ лексико-семантическая связь с названиями других областей знания (мифология, экоархитектура, география, живопись, юриспруденция и др.).

УДК 616.858-07-08

Бутянов С. С.

БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА: СИМПТОМЫ И ЛЕЧЕНИЕ

Научный руководитель ст. преп. Тертычная Н. Н.

*Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии
Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, г.
Луганск*

Актуальность. Болезнь Паркинсона является прогрессирующим заболеванием, которое влияет на несколько систем. Эта болезнь охватывает серотонинергическую, дофаминергическую, холинергическую, дофаминергическую системы, имеет весьма широкий спектр двигательных и недвигательных проявлений. Данные международной ассоциации «Рабочей группы по болезни Паркинсона» свидетельствуют о том, что в ближайшее время паркинсонизмом будут затронуты лица трудоспособного возраста. Недостаточно высокая эффективность лечения, неуклонно растущий процент заболеваемости, а также тяжёлая инвалидизация делают паркинсонизм серьёзной социальной проблемой, которая требует внимательного и интенсивного изучения.

Доля людей с болезнью Паркинсона в возрасте от 60 лет составляет 1%, от 85 лет – от 2.4% до 3,9%. Чаще всего первые симптомы болезни появляются в возрасте от 55 до 60 лет. Однако известны случаи, когда болезнь развивалась до 40 лет (ранняя форма болезни Паркинсона) или и вовсе к 20 годам (ювенильная форма заболевания).

В России каждый год почти у 10 тысяч человек диагностируют болезнь Паркинсона. По всему миру более 10 миллионов человек страдают паркинсонизмом, а через сорок лет, к 2050 году, это число и вовсе может возрасти до 50 миллионов.

Лечение паркинсонизма в основном направлено на уменьшение выраженности симптомов, что поддерживает достаточно высокий уровень жизни и активную жизнедеятельность больных. Важную роль играет терапия немоторных проявлений болезни Паркинсона, ведь они оказывают весьма существенное влияние на уровень жизни больных. Также немаловажную роль играет социально-психологическая реабилитация, немедикаментозные методы лечения.

Цель: Провести общий обзор болезни Паркинсона, её симптомов и лечения.

Материалы и методы. Было обследовано 100 пациентов, страдающих от болезни Паркинсона, а именно 62 женщины и 38 мужчин. Средний возраст больных составил 69 лет (52 – 87 лет). Болезнь Паркинсона была диагностирована согласно диагностическим критериям Банка головного мозга общества Великобритании (UK Parkinson's Disease Society Brain Bank). Оценка стадии паркинсонизма проводилась по шкале Hoehn&Yahr. В зависимости от стадии заболевания, определённой по шкале Hoehn&Yahr, пациентов разделили на пять групп.

Всем пациентам было проведено комплексное клиничко-неврологическое обследование. С целью объективной оценки степени выраженности двигательных

нарушений, использовались II и III части UPDRS (Unified Parkinson's Disease Rating Scale), а оценивание когнитивных функций проводилось по шкале MMSE (Mini Mental State Examination). Оценка выраженности депрессии проводилась с использованием шкалы Бека

Результаты и их обсуждения. По окончании обследования у 24 пациентов диагностировали первую стадию болезни Паркинсона, у 33 пациентов диагностировали вторую, у 20 пациентов была диагностирована – третья стадия паркинсонизма, у 19 – четвёртая, а у оставшихся 4 пациентов диагностировали пятую стадию болезни. Посредством анализа анамнестических данных было установлено, что средняя продолжительность болезни к началу исследования составляла 7 (0.6-27.2) лет. На начало заболевания средний возраст пациентов составил 63 года (42-77 лет), на момент обращения – в среднем 69 лет. По отношению к общей популяции людей, которые страдают паркинсонизмом, исследуемая группа являлась репрезентативной.

Некоторые симптомы болезни Паркинсона были отмечены в вегетативной, психической, а также сенсорной сфере. Самыми частыми симптомами оказались: депрессия (75 человек), запоры (82), ортостатическая гипотензия (17), нарушения сна (79), деменция (29), а также боли и прочие сенсорные нарушения (26).

Выводы. На сегодняшний день болезнь Паркинсона является мировой проблемой, ведь уже сегодня ею страдает каждый двадцатый пациент в возрасте до 40 лет и каждый десятый в возрасте до 50 лет. Общая распространённость паркинсонизма в мире – 0.3%. С возрастом число больных сильно увеличивается: до 1% у людей старше 60 лет, до 4% у людей старше 75 лет. Хотя в наше время и предлагаются новые препараты для лечения паркинсонизма, однако самым эффективным средством остаются препараты леводопы, которые являются «золотым стандартом» терапии болезни Паркинсона.

УДК 81'373.6

Волокиткин А.В.

**ОНОМАСИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГРЕКО-ЛАТИНСКИХ
ТЕРМИНОЭЛЕМЕНТОВ (НА МАТЕРИАЛЕ КЛИНИЧЕСКОЙ
ТЕРМИНОЛОГИИ)**

Научный руководитель к.пед.н, доцент А.А. Агаркова

***Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской
терминологии***

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

Актуальность. Современная медицинская терминология – понятие комплексное, в состав которого входят несколько сотен тысяч слов и устойчивых словосочетаний, которые составляют терминологическую базу целого ряда медико-биологических дисциплин. Это естественно сформированная терминосистема, которая имеет многовековые традиции. Ее характерной особенностью является использование греческого и латинского языков, емкость и лаконичность которых позволяют совместить в одном слове значение, которое на другом языке требует принятия нескольких слов или целого выражения.

Один из самых больших разделов медицинской терминологии – клиническая терминология, сочетающая названия болезней, отраслей медицинской науки, симптомов, синдромов, функциональных реакций, рефлексов, морфологических нарушений и методов исследований. Данная терминология является латинской лишь по своей графике и грамматике, лексический и морфемный фонд, которым она располагает, восходят как к латинскому, так и к греческому языку, включая относительно немногочисленные элементы, заимствованные из других языков. Характеризующей особенностью латинской клинической терминологии считается тот факт, что реализация ею своей номинативной функции и терминообразование в ней основываются на системе греко-латинских терминоэлементов, представляющих собой основное средство терминообразования и один из важнейших элементов терминологической номинации. Терминология клинической медицины – не только один из наиболее крупных разделов общемедицинской терминологии, включающий десятки тысяч терминов, но и наименее упорядоченный и стандартизованный массив терминологической лексики медицинских наук. Необходимость исследования клинической терминологии отчетливо осознается как лингвистами, так и медиками. Этому способствует теоретические и методологические основы ономазиологии, которая выходит за пределы лингвистической семантики и приобретает поисково направленный интегративный характер в изучении клинической терминологии. Вышеизложенное определяет выбор темы и актуальность ее исследования.

Цель: рассмотреть ономазиологический анализ греко-латинских терминоэлементов функционирующих в терминосистемах клинической терминологии.

Материалы и методы. Теоретической основой исследования являются фундаментальные научные труды отечественных и зарубежных ученых, учебная и учебно-методическая литература, а так же статьи в специализированных научных журналах. Для достижения поставленной цели использовались общенаучные методы: анализ и синтез, индукция и дедукция, аналогия и моделирование, абстрагирование и конкретизация.

Результаты и их обсуждение. Истоки клинической терминологии связаны с греческим и латинским лексическим словообразовательным фондом, словообразовательные единицы которого являются основными источниками формирования клинической терминологии.

Путь формирования клинической терминологии на основе греческого и латинского языков можно считать уникальным: прекратив свое существование в форме живых языков, греческий и латинский языки продолжают уже другую, искусственную жизнь в новой сфере. Формируя клиническую терминологию, латинские и греческие элементы взаимодействуют друг с другом, приобретают новые значения, вступают в новые сочетания, организуют новые модели и образуют новые ряды, гнезда и другие комплексные объединения – терминологические системы.

Процессе трансформации и переосмысления взятых словообразовательных единиц, их реинтерпретация, реконструкция, разного типа переразложений, связанных

с изменением поведения частей слов в новой среде выступает как переход частей слов из системы литературного языка в терминологическую систему.

В терминоведении под «терминоэлементом» понимается, как правило, любой знак, неделимый в терминологически смысловом отношении и используемый для построения терминов.

А.А. Агаркова, О.А. Ширина [1, с. 33] применяют следующую трактовку: терминоэлемент – это регулярно повторяющийся в серии терминов компонент, за которым закреплено специализированное значение.

С помощью ономаσιологического анализа выявляется и представляется в виде четкой системы взаимосвязь функции терминологической номинации, структурной организации терминоэлементов, морфемного фонда терминологии, классификацию терминоэлементов по степени сложности их ономаσιологической структуры, вводится понятие системы терминоэлементов, выявляются ее характеристики и связи с терминосистемами и системами понятий медицины. А так же уточняется определение «терминоэлемент», которое рассматривается как функциональная единица, обеспечивающая непрерывность терминологической номинации на всех уровнях от морфемы до термина-словосочетания.

Ономаσιологический анализ выходит за рамки языковых явлений одного уровня, так как сам подход объединяет словообразовательные, лексические и семантические феномены, отражающие реальные ассоциации у носителей языка.

Выводы. Современная клиническая терминология – одна из самых обширных и сложных в понятийном отношении систем терминов. Медицинская лексика, с включенными в нее употребляемыми в научной медицине терминами других наук, составляет несколько сот тысяч слов и словосочетаний. Огромному объему современной клинической терминологии сопутствует исключительное многообразие отражаемых ею категорий научных понятий, являющихся предметом исследования различных научных дисциплин. В совокупности они образуют сложнейшую макротерминосистему, создаваемую на протяжении веков в процессе развития медицинской науки, отличающуюся большим своеобразием, основанным на специфике понятийного поля, связанного не только с медициной, но и с другими отраслями науки и техники.

Ономаσιология – перспективная и развивающаяся область номинации, в рамках которой поднимаются многие актуальные проблемы общего языкознания, особенно вопрос о сущности номинативной функции языка в клинической терминологии, а так же проблемы взаимодействия морфологии и словообразования, морфологического маркирования, отделения сложения от аффиксации, словообразовательной семантики, организацией терминологических систем.

Ономаσιологический анализ греко-латинских терминоэлементов основывается на концепции, в рамках которой семантическая структура производного слова рассматривается как результат взаимодействия двух номинативных актов: включения именуемого объекта в ономаσιологическую категорию процесса или свойства, что соответствует выбору ономаσιологического базиса, и уточнения его места в этой

категории посредством установления ассоциативных связей с иным понятием, рассматриваемым как ономаσιологический признак.

УДК: 811.124:541

Волошина В.А.

ЭТИМОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛАТИНСКИХ НАЗВАНИЙ ХИМИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ

Научный руководитель к. пед. н., доц. Агаркова А.А.

*Кафедра иностранных языков, латинского языка
и медицинской терминологии*

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

Актуальность. В исследованиях и научных работах по химии можно встретить множество терминов, понятных только узким специалистам. Но определенный уровень знаний химии есть у каждого грамотного человека, некоторый химический процессы и их обыденное и научное описание понятно любому. Химия как наука и практическая деятельность сопровождает развитие человечества уже не первое тысячелетие. Многие химические термины были образованы относительно недавно, некоторые формируются прямо сейчас, а некоторые термины только ждут своего создателя. Некоторые же названия химических элементов и процессов имеют тысячелетнюю историю. В век новых технологий химия становится одной из самых важных наук, ее называют наукой XXI века. Современная научная терминология уходит корнями в латинский и древнегреческий языки, без изучения основ которых невозможно изучать химические явления. Создание новых терминов в химии, например, называние новых химических элементов или веществ, которые были получены искусственным путем, требует понимания принципов формирования химических терминов.

Понимание тех уникальных черт химических элементов и веществ, которые послужили обоснованием для формирования их названий, помогает понимать и запоминать свойства и признаки веществ, как при изучении их, так и в исследовательской деятельности.

Цель: изучить происхождение названий химических элементов, в том числе названий элементов, открытых относительно недавно, на русском, латинском и английском языках, найти связь между названием элемента и его свойствами или внешними признаками.

Задачи, которые требуют решения в ходе исследования:

1. Определить язык-источник названий химических элементов.
2. Выявить принципы, по которым были образованы названия химических элементов.
3. Определить причины выбора существующих названий, выявить особенности функционирования и преобразования названий химических элементов в разных языках (русский, английский, латинский).

4. Проследить связь между названиями элементов периодической таблицы Менделеева и разными сферами нашей жизни, в которых эти элементы могли быть использованы.

Материалы и методы. Исследование проводилось на материале названий химических элементов и веществ. В качестве источников использовались словари и энциклопедии, материалы международной химической номенклатуры. Методы исследования: исторический анализ, этимологический анализ.

Результаты и их обсуждение. Точное происхождение термина «химия» этого слова не установлено. По одной из гипотез, слово «химия» происходит либо от наименования Древнего Египта «Хем» («темный», «черный» - очевидно, по цвету почвы в долине реки Нил; смысл же назв.- «египетская наука»). Другая гипотеза предполагает происхождение термина от древнегреческого слова «chemeia» – искусство выплавки металлов.

Современное название химии производится от позднелатинского «chimia» и является интернациональным, например нем. Chemie, франц. chimie, англ. chemistry. Впервые термин «химия» от позднелатинского корня употребил в 5 в. греческий алхимик Зосима Панополитанский, обозначив процессы настаивания и наливания.

До XVIII века не было единого названия веществ, одно и то же вещество было известно под разными именами. В конце XVIII века А.Л. Лавуазье возглавил комиссию по созданию новой химической номенклатуры. Новые названия химическим элементам дали с учетом их состава.

Однако ряд металлов, известных с глубокой древности, сохранил свои наименования. Каждое из таких имен ведет свое происхождение из древних корней и описывает признаки вещества, место и значение его в жизни человека.

Особую группу среди древних металлов образуют золото, серебро, олово, железо. Грамматически все они относятся к среднему роду. Как известно, в русском и других славянских языках средний род обычно выражает понятия нейтральные либо надродовые, универсальные, как, например, добро, зло, небо, солнце, слово. Вероятно, эти слова являются наиболее древними и «сильными».

Латинское название золота происходит от слова Aurora – «утренняя заря». Русское слово золото (ст.-слав. злато, общеслав. zolto) имеет общий корень со словом желтый. Это индоевропейский корень ghel – в значениях «желтый», «светить».

Согласно Оксфордскому этимологическому словарю, английское слово gold «золото» также происходит от индоевропейского ghltom (ghel-«желтый»).

Таким образом, названия древнейшего и наиболее ценного металла желтого цвета – золото и gold – являются родственными, однокоренными.

В названиях новооткрытых химических элементов принято отражать место открытия, имя ученого, внесшего значительный вклад в исследование как отдельного химического элемента, так и в развитие науки в целом, например, Оганесон, Теннессин, Ливерморий, Флеровий. Например, Нихоний, 113 элемент периодической таблицы, назван в честь Японии. Название происходит от одного из двух японских вариантов самоназвания страны — Нихон, что переводится как «страна восходящего солнца».

Выводы. Названия химических элементов в периодической таблице Д.И. Менделеева имеют разное происхождение, принципы образования и языки-источники. Достаточно часто древнейшие корни, относящиеся к доисторическим

временам, сохранили происхождение из индоевропейского языка-основы, сохранились в впоследствии развивавшихся национальных языках, претерпевая фонетические изменения в соответствии с законами и особенностями развития отдельного языка.

Основные принципы образования названий химических элементов и соединений:

1. по географическим названиям, связанным с этими предметами;
2. по именам ученых, это в основном новые химические элементы;
3. по своим свойствам или свойствам их соединений.

УДК 616.314-71(091)

Добровольская А.Д

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАИМЕНОВАНИЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

Научный руководитель к.пед.н. доц. Агаркова А.А.

*Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии
Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки», г. Луганск*

Актуальность. Стоматологический инструментарий в том виде, в котором мы сейчас привыкли его видеть, представал перед человечеством далеко не всегда. С течением времени самые примитивные приспособления совершенствовались и дополнялись новыми деталями, расширяющими их функциональные возможности и делающими инструменты удобнее в плане использования. Если заглянуть далеко в прошлое, то привычные для того времени приборы клинического обследования и лечения болезней полости рта и зубов буквально приводят в ужас. Сейчас каждый из нас убежден, что поход к стоматологу не таит в себе ничего страшного, однако раньше сама мысль о лечении зубов вызывала неподдельный страх перед возможными последствиями.

Из-за постоянного совершенствования орудий лечения названия «предшественников» терялись на пыльных страницах старых книг, доступа к которым, к сожалению, сейчас нет. В других случаях наименования являли собой авторские домыслы, ничем не подтвержденные. Если окунуться немного глубже в мир древнего стоматологического инструментария, то можно заметить, что большинство названий приборов тесно переплетаются с их внешним видом.

Ярким примером служит чудо инженерской мысли, носящее название «Козья ножка», которая, к счастью больных того времени, была придумана уже более гуманными зубодерами. Смысл названия скрывается в дважды заостренном кончике, который напоминает копыта козы. Подобные наблюдения и дополнительные источники позволяют нам восстановить утерянные названия, используя для этого различные языки.

Цель: Подробно изучить происхождение стоматологического инструментария для более тонкого понимания используемых механизмов и использования информации в процессе изучения латинского языка. Повысить интерес студентов к изучению предмета путем углубления в историю, что положительно скажется на учебном процессе в целом.

Материалы и методы. Сегодня практически невозможно найти перевод названий устаревшего инструментария в свободном доступе. Такого рода информация

сохраняется лишь в оригинальных текстах, доступа к которым нет. В имеющихся источниках подобные названия представлены с вариациями родов и окончаний, поскольку медицинская терминология в каждой стране/культуре, на разных языках, претерпевала изменения, связанные с влиянием языка на латинскую и национальную медицинскую терминологию. Поэтому для того, чтобы установить правильную форму того или иного слова, нам пришлось проанализировать названия приборов на разных языках, чтобы вычленил общий корень.

Результаты и их обсуждение. Взяв во внимание и тот факт, что зачастую медицинские инструменты относят к среднему роду, а процедуры – к женскому, и полученные корни после перевода на различные языки, нам удалось доказать, что полученные иностранные наименования описанного инструментария соответствуют действительности.

Выводы. Проведенное исследование лишний раз свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения, целью которого является выяснение правил и законов образования названий инструментария в латинском языке для формирования правильных, точных, понятных названий инструментария в будущем. Это упростит как изучение языка студентами, так и понимание между врачами разных стран, говорящих на разных языках. Более того, возрастет интерес обучающихся не только к латинскому языку, но и к медицине, как к целостной науке.

УДК: 371.315:811.124

Долгая Е.С.

АССОЦИАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА

Научный руководитель старший преподаватель Старикова М. В.

*Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии
Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки,
г. Луганск*

Актуальность. Проблема поиска педагогами новых форм, методов и приемов обучения. Умение правильно использовать ассоциативный метод окажется полезным для работы с латинской терминологией и позволит избежать механического заучивания, что весьма актуально для студентов.

Цель: выявление роли ассоциативного метода в изучении латинского языка, как приспособления к запоминанию латинской анатомической терминологии.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили медицинские учебные пособия и результаты опроса. Методом исследования стал эксперимент и анкетирование студентов I курса лечебного факультета Луганского государственного медицинского университета имени Святителя Луки.

Результаты и их обсуждение. Первый этап исследования доказал полезность ассоциативного метода при запоминании латинских слов и анатомической терминологии. Для проведения эксперимента были выбраны две группы по 40 человек. Первая группа – изучала латинский язык традиционным методом. Вторая группа – изучала новые слова ассоциативным методом. Опрос лексики был проведен сначала через неделю, потом через две недели и через три недели. И согласно эксперименту, падение запоминаемости отмечено в первой группе уже через неделю

(на 6 %), через две недели (на 22 %), через три (на 33 %). Во второй группе спад запоминаемости был незначительным через неделю (на 2 %), через две недели (на 11 %), через три (на 21 %). Более эффективным запоминанием отличились испытуемые второй группы, которых попросили дать волю фантазии, не придумывать слишком сложных ассоциаций.

Второй этап исследования - это проведение анкетирования для выявления отношения студентов к ассоциативному методу. Студентам было предложено заполнить анкету и ответить на вопросы.

Около 70 % студентов отмечали положительное отношение к применению данного метода. Они замечали повышение качества знаний, доступность материала и его наглядность. В ходе анкетирования выяснилось, что как у девушек, так и у юношей ассоциативный способ запоминания преобладает над механическим (у 65% девушек и у 53 % юношей). Третьим вопросом в анкете была просьба написать примеры ассоциаций. Для этого этапа были отобраны две группы. И предложены следующие слова: Medulla, ae f - Мозг (спинной); Spina, ae f - Ость; Fossa, ae f - Ямка; Labium, i n - Губа; Oculus, i m - Глаз; Pulmo, onis m - Легкое; Cornu, us m - Рог. Обе группы брали за основу ассоциации, которые были бы похожи по смыслу, используя одиночные слова. Вторая группа старалась найти для латинских слов подходящий синоним в русском языке, приводя ассоциации с предметами и явлениями, которые довольно часто встречаются в повседневной жизни. Студенты же старались найти ассоциацию, связанную с медициной.

Выводы. Применение ассоциативного метода позволяет повысить мотивацию к изучению латинского языка, расширить возможности преподавания, развить познавательные интересы. Положительные стороны ассоциативного метода заключаются в том, что его умелое применение позволяет формировать образное и творческое мышление. На основе анализа опроса и материалов исследования можно сделать вывод, что ассоциативный метод является наиболее результативным и удобным способом запоминания латинской терминологии; благодаря ему можно избежать заучивания и сократить количество времени, требуемого для изучения латинской медицинской терминологии.

УДК 612.821

Егорчатова Д.П.

СТРЕСС: ПОЧЕМУ ОН ПРОИСХОДИТ И КАК С НИМ БОРОТЬСЯ

Научный руководитель: преподаватель кафедры Шевченко К.В.

Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет

имени Святителя Луки», г.Луганск

Актуальность. Студенческая жизнь для одних студентов ассоциируется со студенческими обществами, общением с интересными людьми, различными мероприятиями и весельем. Для других это серьезное испытание, изменения в жизни, трудная жизненная ситуация, к которой необходимо приспосабливаться. Студенты молоды и сталкиваются с разными проблемами, новые условия обучения требуют от них больше самостоятельности, ответственности, самоорганизации, и не все студенты

готовы к решению многочисленных проблем и задач, которые предоставляет жизнь. В любом случае обучение в высшем учебном заведении – это стресс для многих студентов. Студенту необходимо преодолевать трудности, осваивать новые роли и модифицировать старые, адаптироваться к новым условиям жизнедеятельности.

Существует большое количество подтверждений тому, что хронический стресс – спутник студенческой жизни. Исследователи отмечают причины стрессов у студентов связанные с проблемами финансов, жилья, безопасности и др. Стресс, испытываемый студентами, может сказываться на обучении (приобретении, применении и переработке знаний), что препятствует академической успеваемости. Трудности с успеваемостью в свою очередь также создают дискомфорт, в результате чего общий стресс усиливается.

Цель: Изучить в имеющихся литературных источниках информацию о механизме проявления стресса, а также предложить пути преодоления стрессовых ситуаций.

Материалы и методы. Анализ литературных и справочных данных, определения индивидуальной оценки уровня стресса у студентов, с помощью онлайн тестирования. Суть опроса состояла в том, что студенту необходимо было ответить на 20 вопросов, ответы на которые были «Да» или «Нет», и за каждый утвердительный ответ один бал добавлялся в общий счёт. Таким образом, можно было проследить, насколько сильно подвергаются стрессу студенты медицинского университета.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведения опроса было выявлено, что у 55% опрошиваемых неплохой контроль стресса. 12 % студентов считают, что у них нет проблем и забот. 28% всех студентов находятся в опасной зоне. И 5% учащихся находятся в состоянии стресса. Им следует предпринять шаги, чтобы уменьшить стресс в их жизни.

Изучая литературные источники по данной теме, был определен механизм проявления стресса, а также последствия хронического стресса для здоровья человека.

Причинами стресса являются:

- проблемы с работой или отставка;
- нехватка времени или денег;
- тяжелая утрата;
- семейные проблемы;
- болезнь;
- переезд;
- отношения, брак и развод.

Стресс начинается с того, что называется гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось, серия взаимодействий между железами внутренней секреции в головном мозге и почках, которые контролируют реакцию нашего организма на стресс. Когда наш мозг обнаруживает стрессовую ситуацию, наша ГГН ось мгновенно активируется и выделяет гормон под названием кортизол, который заставляет наше тело действовать немедленно. Но высокий уровень кортизола в течение длительного времени наносит ущерб нашему мозгу.

Например, хронический стресс увеличивает уровень активности и количество нейронных связей в миндалине, центр страха нашего мозга. А по мере повышения уровня кортизола электрические сигналы в гиппокампе, части мозга, связанной с

обучением, воспоминаниями и контролем стресса, ухудшаются. В гиппокампе также действует активность ГГН оси, поэтому, когда она ослабевает, то же самое происходит и с нашей способностью контролировать стресс. Это не все. Кортизол может буквально уменьшить размер нашего мозга. Это приводит к потере синаптической связи между нейронами и сокращению префронтальной коры, части нашего мозга, которая регулирует такие поведения, как концентрация, принятие решений, суждение и социальное взаимодействие. Это также приводит к тому, что в гиппокампе образуется меньше новых клеток мозга. Это означает, что стресс может затруднить процесс обучения и запоминания вещей, а также подготовить почву для более серьезных психических проблем, таких как депрессия и, в конечном итоге, болезнь Альцгеймера.

Способы борьбы со стрессом:

- не реагируйте мгновенно;
- сосредоточьтесь на своем дыхании;
- будьте реалистичны и практичны;
- следите за уровнем сахара в крови;
- спите в соответствии с вашим циркадным ритмом;
- здоровый образ жизни помогает справиться со стрессом.

Выводы. Таким образом, стресс - это неотъемлемая часть повседневной жизни каждого человека. Реакция на стресс, как и начало трудового дня, режим питания, двигательная активность, качество отдыха и сна, взаимоотношения с окружающими, являются составными частями образа жизни. От самого человека зависит, каким будет его образ жизни - здоровым, активным или же нездоровым, пассивным, а, следовательно, как часто и продолжительно он будет находиться в стрессовом состоянии.

Проводимое исследование ставило перед собой целью исследовать механизм проявления стресса, а также предложить пути преодоления стрессовых ситуаций. В результате было выяснено, что ввиду длительного воздействия стресса на человека, могут развиваться серьёзные заболевания, из чего следует, что тема борьбы со стрессом является актуальной.

УДК 616-036.88:614.23

Клиндухова Е. Ю.

ЭВТАНАЗИЯ: АРГУМЕНТЫ ЗА И ПРОТИВ СМЕРТИ, АССИСТИРУЕМОЙ ВРАЧОМ

Научный руководитель преподаватель Шевченко К.В.

*Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. Эвтаназия — практика прекращения жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием и испытывающего вследствие этого заболевания невыносимые страдания. Благодаря интенсивному развитию биотехнологий на пороге XXI в. эвтаназия, как новый способ медицинского решения

проблемы смерти, вошла в практику современного здравоохранения. Во некоторых странах официально запрещена эвтаназия, но многие из них активно используют этот вид облегчения течения тяжёлых, неизлечимых заболеваний. Необходимость изучения проблемы эвтаназии объясняется сложной природой этого явления, где тесно переплелись вопросы жизни и смерти, свободы и запрета выбора человека на смерть или продолжение жизни при наличии неизлечимого заболевания и непереносимых страданий.

Цель: Понять, что такое эвтаназия, проанализировав проблему с позиций гуманистической этики, рассмотреть аргументы за и против эвтаназии.

Материалы и методы. Анализ литературных и справочных данных.

Результаты и их обсуждения. В ходе изучения литературных источников по данной теме были определены основные виды эвтаназии. Различают пассивную и активную эвтаназию.

Пассивная эвтаназия выражается в том, что прекращается оказание направленной на продление жизни медицинской помощи, что ускоряет наступление естественной смерти.

Под активной эвтаназией понимают введение умирающему каких-либо лекарственных (на основе барбитурата) или иных средств, либо другие действия, влекущие за собой быстрое и безболезненное наступление смерти.

Определены основные аргументы за и против процедуры эвтаназии.

Аргументы в пользу эвтаназии включают в себя:

1. Человеку должно быть представлено право самоопределения вплоть до того, что он сам может выбирать, продолжать ему жизнь или оборвать ее.
2. Смерть – личное дело каждого, и государство не должно вмешиваться в право человека на смерть.
3. Эвтаназия позволяет человеку умереть достойно и контролировать ситуацию.
4. Семья и друзья пациента не будут мучиться, наблюдая, как их любимый человек страдает от усиливающейся боли и медленно умирает.
5. Эвтаназия высвободит важные ресурсы для лечения людей, которые могут выжить. Лечение и содержание обреченных отнимает у общества немало средств.

Аргументы против эвтаназии включают в себя:

1. Возможность того, что эвтаназия может снизить уважение общества к ценности и важности человеческой жизни.
2. Эвтаназия подорвет приверженность врачей и медсестер к спасению жизней.
3. Доступна возможность надлежащего паллиативного ухода, который снижает или устраняет боли. Наличие эффективных болеутоляющих средств.
4. Существует вероятность того, что эвтаназия может привести к ухудшению ухода за неизлечимо больным человеком.

5. Возможность диагностической и прогностической ошибки врача.
6. Риск злоупотреблений со стороны врачей. Риск искушения использования эвтаназии не столько исходя из интересов и желания пациента, сколько из других, гораздо менее гуманных, соображений.
7. Некоторые люди могут чувствовать давление со стороны семьи, друзей или врачей, когда они на самом деле этого не хотят.
8. Добровольная эвтаназия может привести к принудительной эвтаназии, из-за чего могут быть убиты нежелательные или опасные люди.

Выводы. Наиболее благоприятным способом проявления эвтаназии в нашем обществе может являться добровольная и пассивная эвтаназия. Нужно чётко и недвусмысленно сформулировать законодательную норму, согласно которой больной имеет полное право знать диагноз своей болезни, её возможные последствия, степень риска неблагоприятного исхода при отказе от лечения, степень надежды на выздоровление. Вместо эвтаназии необходимо развивать паллиативную медицинскую помощь, обязанную повышать качество жизни пациента, несмотря на предполагаемую короткую продолжительность жизни.

УДК 811

Лебедь Д. И.

ОШИБКИ И ДВОЙСТВЕННОСТЬ ПРИ ПЕРЕВОДЕ ЛАТИНСКИХ ТЕКСТОВ

Научный руководитель старший преподаватель Тертычная Н.Н.

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

Актуальность. Латинский язык является не только прародителем романских языков, но и одним из связующих элементов современной международной науки. Его используют в анатомической терминологии, систематике, создании новых научных терминов. И несмотря на то, что язык считается мертвым, он чрезвычайно важен, и большое количество двойственных и неоднозначных слов могут привести к существенным ошибкам. Поэтому латынь и сегодня требует изучения и пристального внимания лингвистов.

Цель: проанализировать литературные источники, изучить примеры ошибочного перевода на предмет их происхождения, провести сравнительный анализ современных онлайн-переводчиков и их способности переводить с латыни на русский и английский, найти способы снизить количество ошибок в дальнейшем.

Материалы и методы. Анализ литературных источников, статей. Онлайн-переводчики из открытого доступа, такие как: Google переводчик, Yandex переводчик, m-translate.com, webtran.ru, Lttan.ru.

Результаты и их обсуждение. Латынь всегда была важным языком, еще со времен Древнего Рима. Это был язык процветающей империи, а следовательно и медицины, и философии, и математики, и истории, и литературы. Постепенно латинский язык дал начало целой группе романских языков, а вместе с грамматикой и

словарным запасом, эти языки переняли множество неточностей и двойственных моментов.

Одним из самых значимых примеров центральной роли латинского языка является перевод Библии Иеронимом Стридонским, известный как Вульгата. Пытаясь упростить изначальный текст и сделать его более доступным народу, Иероним определил религиозную деятельность многих людей на несколько поколений. Не обошлось и без ошибок, довольно роковых. В результате неправильного перевода слова *qrn* (рогатый вместо сияющий), множество художников и скульпторов изображали Моисея с рогами.

При сравнении нескольких переводов трактата Цельса «О медицине», обнаруживается различие в переводе ингредиентов рецептов, а следовательно и изменяется действие приготовленных лекарств. *Struthio* переводится равно как воробьиное яблоко, так и мыльнянка. Термин *misu* используется двенадцать раз, он представляет собой многозначную лексему со следующими значениями, встречающимися в словарях: 1) вид трюфеля; 2) металл или минерал.

Анализируя тексты нескольких тогат, мы встречаем составное слово *tentipellium*, от *tendere* (в данном случае тянуть, растягивать, сдирать) и *pellis* (кожа). В одном случае мы читаем «если применять *tentipellium*, разгладятся морщины на лице». Во втором случае «вместо рук у него, мне кажется, *tentipellium*». В первом случае имеется в виду какое-то средство, крем для разглаживания морщин; во втором подразумевают некоторое устройство для снятия шкур животных, говорят о человеке как о прирожденном кожевнике.

При сравнении онлайн-переводчиков мы видим, что все они справляются с перевод с русского на английский и наоборот, но как только требуется перевести с латыни или на латынь аналогичный текст, все исследуемые переводчики выдают набор слова, выдающий правильный перевод отдельных словосочетаний в виде исключения.

Выводы. Перевод латинских текстов требует от переводчика не только латинской грамматики, большого словарного запаса и опыта, но и глубокого знания темы текста. Любое слово невозможно рассматривать вне контекста, необходимо с вниманием относиться к многозначным словам, идиомам, иносказательным выражениям. Современные компьютерные переводчики не справляются с переводом латинских текстов из-за низкой востребованности, сравнительно небольшой базы данных для такого перевода и специфичности грамматических связей языка.

УДК 82-84:614.2

Маковоз Т. А.

МЕСТО КРЫЛАТЫХ ЛАТИНСКИХ ВЫРАЖЕНИЙ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ПРАКТИКЕ МЕДИКА

Научный руководитель преподаватель кафедры Бирюков С. В.

*Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии
Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, г.
Луганск*

Актуальность. В современном мире мы часто сталкиваемся с пословицами, поговорками и специальными выражениями на латинском языке: это цитаты античных

и средневековых авторов в научной, публицистической и художественной литературе, фразы в повседневной речи.

Изучение латыни значительно расширяет культурный диапазон врача, позволяет насладиться мудрыми крылатыми выражениями и афоризмами, дошедшими до нас из глубокой древности. Владение латинским языком всегда считалось и считается основой европейской образованности.

Еще сравнительно недавно большинство медицинских сочинений писалось по-латыни. На латинском языке писал Н.И. Пирогов, академик И.П. Павлов написал послание к молодежи «*Ad juventutem epistola*».

В современном мире латинский язык, несмотря на то, что является «мертвым», активно используется как основа научной терминологии. Появляются общества живой латыни, издаются словари крылатых выражений, переводятся книги современных авторов.

Актуальность темы заключается в формировании нравственно-ценностного самосознания у студентов-медиков и практикующих врачей, опираясь на изученные ими латинские крылатые выражения.

Цель: изучение крылатых латинских выражений и истории их происхождения; выяснение значения крылатых латинских выражений в общественном здравоохранении и практике медика.

Материалы и методы. Достижение поставленной в работе цели осуществлялось на основе изучения разнообразных источников информации с последующим логическим анализом и синтезом собранных материалов, а также применения общенаучных методов исследования в рамках статистического последовательного анализа, а именно проведения социологического опроса в форме беседы на основе заранее подготовленного опросного листа среди практикующих врачей - специалистов. Для уточнения проведенного нами опроса, а также проверки результатов нашего исследования, был взят готовый социологический опрос в форме анкетирования, проведенный исследователем Шуруповой Р. В. среди аспирантов и молодых врачей.

Результаты и их обсуждение. В ходе нашего опроса выяснилось, что медицинские работники в своей практике на постоянной основе особо не применяют латинские выражения, так как в настоящее время большим спросом пользуются английские. Однако существуют отдельные, наиболее ими применяемые. К таким выражениям относят: *Exitus letalis* - смертельный исход; *Diagnosis ex juvantibus* - диагноз на основании оценки результатов примененных лекарств или методов лечения; *In vitro* - в сосуде, в пробирке; *In vivo* - на живом организме - о биологических опытах; *Nota bene* - «Заметь хорошо» (дословно), обрати внимание; *Memento mori* - помни о смерти. Респонденты нашего опроса утверждали, что чаще всего латынь применяется ими при объективном обследовании пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), при записи истории болезней и рецептов. Примерами таких выражений служат *Anamnesis vitae* – история жизни и *Anamnesis morbi* – история болезни.

По данным социологического анкетирования исследователя Шуруповой Р. В., большинство респондентов пользуются ограниченным знанием латинского языка преимущественно для выписки рецептов, общения с зарубежными

коллегами. При оценке знаний крылатых выражений и высказываний и оценке их значения большинство респондентов без затруднений указали крылатые выражения и их перевод.

Выводы. Даже опираясь на столь скудный материал нашего исследования, мы можем согласиться с исследованием Шуруповой Р. В., а также дополнить, что наиболее употребляемыми латинскими крылатыми выражениями являются те, что связаны с записью историй болезни пациента и обозначением анатомических структур. При оценке значения латыни в профессиональной деятельности выяснилось, что употребление крылатых латинских выражений способствует профессиональному и культурному развитию врача, а также повышает уровень его эстетического удовольствия.

Таким образом, студентам медицинского университета необходимо использовать любую возможность на занятиях латинского языка, чтобы ознакомиться с крылатыми латинскими фразами, историей их происхождения и примерами употребления в современной жизни.

УДК 81'373.612.2:611

Мирошниченко Е. М.

МЕТАФОРИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ В АНАТОМИИ

Научный руководитель: канд. пед. наук, доц. Агаркова А. А.

Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии

Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, г.

Луганск

Актуальность. Медицинская терминология непрерывно развивается и «строительным материалом», с помощью которого создаются новые и совершенствуются уже существующие единицы, является греческий и латинский языки. Использование «мёртвых» языков очень удобно, потому что, во-первых, за каждым словом закреплено раз и навсегда определённое значение и, во-вторых, латинский и греческие корни, проникнув во все современные языки, стали интернациональными.

Методика преподавания латинского языка не похожа на методику преподавания точных и гуманитарных дисциплин, к преподаванию данного предмета нужен особый подход. В первую очередь потому, что на этом языке сегодня никто не говорит. Соответственно, необходимы такие методики, которые помогут осознать особенности терминологических систем, методы, благодаря которым у студентов будет возникать чёткое понимание, о чём идет речь. Одной из них является проведение параллелей с предметами из повседневной жизни, что позволяет развивать ассоциативное мышление.

Осознание метафор сегодня осуществляется с целью облегчить осознание термина и изучение больших объемов информации из разных сфер медицины.

Цель: изучение и анализ латинских метафорических терминов в анатомии.

Материалы и методы. Основными материалами для исследования стали научные статьи, посвященные как теме исследования роли терминов-метафор, их распространенности и использования при изучении тем в анатомии (Куэрво С.В., Кехаил С.Ф.М.), так и непосредственно обучению студентов (Позднякова Н. В.

(Провалова Н. В.), Кашкан Г.В.). Были изучены также разнообразные статистические данные (Голос А.) и др.

Анализ использованных материалов доказал актуальность данной темы. Для подтверждения результатов был проведен опрос среди учащихся 1-го курса стоматологического и лечебного факультетов.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что в анатомической терминологии часто термины, употребляемые на латинском языке, построены на базе метафор, отображавших представление ученых прошлых веков.

Классифицировать данные можно по-разному, однако более перспективной считается классификация, основанная на происхождении терминов, т.к. именно она в полной мере разделяет их на отдельные группы, что позволяет быстрее в них ориентироваться при поиске/ исследованиях в данной области.

Применение метафор с видеорядом/презентацией является эффективным методом обучения студентов, особенно иностранных, т.к.:

1. Каждый язык обладает своим метафорическим рядом, не в каждом языке есть аналоги для русских метафор.

2. При данном методе студент не только пополняет свой анатомический запас знаний, но и развивает навыки владения речью, расширяет кругозор и т.д.

Выводы. Использование метафор при изучении латинского языка в анатомической терминологии, несомненно, является одним из перспективных методов преподавания, т.к. помогает более в полной мере рассматривать изучаемые предметы, в работе с иностранными студентами помогает совершенствовать русский язык, расширять кругозор. При работе с русскоязычными учащимися возможно более углубленное изучение таких метафор и изучение анатомических терминов в сопоставлении с разными языками и культурами.

Изучение анатомической терминологии, терминов и терминологических элементов латинских и греческих в методике работы со всеми студентами нацелено на то, чтобы заложить основы для дальнейшего изучения всех сфер медицины.

УДК 616.314-089.843

Пушкарская В.В.

ОСОБЕННОСТИ КОСМЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И РЕСТАВРАЦИИ

Научный руководитель: преподаватель кафедры Бирюков С.В.

*Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», Луганск*

Актуальность. Эстетическая стоматология развивается очень стремительно. Прошли те времена, когда к стоматологу приходили только из-за появившейся боли. Люди приходят к стоматологам, если их не устраивает внешний вид своей улыбки, они хотят ее улучшить. Таким образом, можно отметить, что актуальность данной работы высока.

Цель: рассмотреть особенности косметической стоматологии.

Материалы и методы. Теоретические исследования (сбор информации, анализ результатов), эмпирические исследования (социологический метод, т.е. разработка анкет, статистическая обработка результатов опросов). Было опрошено 97 человек в возрасте от 14 до 46 лет, проживающих на территории Российской Федерации и Украины.

Результаты и их обсуждение. Основываясь на нашем опросе, мы обнаружили, что довольно большое количество людей серьезно задумывались об использовании таких сервисов, только 10 процентов опрошенных категорически против, а 2 процента людей не задумывались о такого рода услугах.

Почти 40 процентов опрошенных недовольны эстетической составляющей своих зубов, они хотят прибегнуть к отбеливанию. 34 процента всех респондентов хотели бы исправить проблемы с прикусом. 10 процентов обнаружили у себя на зубах сколы и хотели бы от них избавиться. 8 процентов выбрали бы иного рода процедуры, вероятно, довольно специфические.

Также стоит отметить, что подавляющее большинство (73,3 процента) опрошенных обеспокоены ценой на такие услуги, поэтому на данный момент планируют посещение специалиста. Около 36% боятся стоматологов как врачей в целом и боли. Почти 17 процентов не знают местных врачей, который бы могли проделывать подобного рода операции. 11 процентов не испытывают никакого замешательства по поводу эстетической стоматологии.

Выводы. В этой научной работе мы изучили особенности косметической стоматологии и реставрации. Так же мы достигли всех поставленных целей, разобрались со всеми поставленными задачами:

1) Косметическая, или эстетическая стоматология – это современный раздел медицины, позволяющий пациенту восстанавливать и устранять различные дефекты зубов (сколы, трещины, изменение длины, формы и цвета зубов и т. д.).

2) Косметическая стоматология в основном решает следующие проблемы: асимметрия зубов, сколы на зубах, щель между передними зубами, изменение цвета зубов, кариес в области, ближайшей к десне.

3) Эстетическая стоматология включает в себя: ортодонтическое лечение, направленное на исправление проблем с прикусом и выравнивание зубов; зубные виниры, которые позволяют быстро исправить изменения цвета и формы зубов; отбеливание зубов, чтобы придать зубам более равномерный цвет и более белый оттенок; зубные имплантаты, используемые для замены отсутствующих зубов и заполнения пустот, оставшихся во рту по разным причинам и т. д.

4) Довольно большое количество людей всерьез задумывались об использовании таких сервисов, только 10% опрошенных категорически против.

5) Почти 40 процентов опрошенных недовольны эстетической составляющей своих зубов, хотят прибегнуть к отбеливанию.

6) Также стоит отметить, что подавляющее большинство (73,3 процента) опрошенных обеспокоены ценой на такие услуги, поэтому на данный момент планируют посещение специалиста. Около 36% боятся стоматологов как врачей в целом и боли.

**ЛАТИНСКИЕ И РУССКИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ТЕРМИНЫ В
СРАВНИТЕЛЬНО-СОПОСТАВИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ****Научный руководитель: канд. пед. наук, доц. Агаркова А. А.***Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии
Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, г.
Луганск*

Актуальность. Несмотря на большое количество публикаций, изучение процесса формирования медицинской терминологии ещё не завершено и ежедневно именно медицинская терминология продолжает пополняться, обнаруживаются уникальные переплетения общелингвистических особенностей и закономерностей. Терминология анатомии одновременно представляет собой часть медицинской терминологии, но вместе с тем выступает как самостоятельная структура. Латинская анатомическая терминология представляет собой стройную систему названий, которая обогащена особенностями, отличающими ее от терминологических систем других научных дисциплин.

Цель: изучить и подвергнуть анализу анатомическую номенклатуру. Выявить сходства и различия в латинской и русской терминологии анатомии.

Материалы и методы. Для исследования были отобраны некоторые распространённые русские и латинские анатомические термины. Также проводился анализ и рассмотрение, изученных лично мною терминов, кающихся анатомии. Необходимо подчеркнуть, что данный доклад опирается на исследование канд. фил. наук, доц. Милеевой Марины Николаевны.

В процессе работы использовались такие методы как, системный подход, ведь я рассматривала, как отдельные слова, так анатомическую номенклатуру в целом. Метод анализа, так как большая часть внимания уделялась отдельным особенностям. Безусловно, метод классификации, потому что слова были разделены по группам: неподобные, частично подобные и полностью подобные, при этом для изучения более легки – полностью подобные. Наконец, метод сравнения, а именно сопоставление русской и латинской анатомической терминологии.

Результаты и их обсуждение. Данные, собранные в ходе исследования говорят о том, что анатомическая терминология владеет рядом особенностей: длительный путь развития (почти 3000 лет); интернациональность; наличие тесно связанных единой системой терминологических элементов номенклатур, упорядоченность, использование её также в зоологии.

Изучая работы исследователей латинской и русской анатомической терминологии, я пришла к тому, что у меня накопилось несколько своих личных примеров запоминания слов, благодаря сходству между переводами и ассоциациям.

Anulus, i m – кольцо. Для запоминания слова я обратила внимания на то, что при произношении слова на латинском языке, четко слышится «нуль», проведя параллели с известным «нуль» и «ноль», несложно запомнить перевод, так как цифра ноль, тоже представляет собой кольцо.

Circulus, i m – круг. Это сравнения русского и латинского переводов, по моему мнению, является самым понятным. Слышится – циркуль, что явно связано с кругом и помогает запомнить значение слова.

Mamma, ae f - молочная железа, грудь. С первых дней жизни ребенок питается молоком матери, так что здесь несложно проследить то, что русское слово «мама» схоже с латинским переводом «молочной железы». Также действует правило, что слова, с одинаковыми корнями, похожие – легче запомнить.

Выводы. Для того чтобы разумно и грамотно применять и использовать в работе анатомические номенклатуры, необходима исходная учебная база: умение правильно произносить латинские термины, понимать и анализировать их грамматическую форму, видеть структуру термина, терминологические элементы и знать их значение, ведь всё это важно для врача. Для лучшего запоминания и понимания терминов, возможно использование различных методов.

УДК 616.98-08

Салманов Ю. О.

Актуальные вопросы профилактики и лечения COVID-19

Научный руководитель: ст. преп. Коноводова В. Я.

*Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии
Луганский государственный медицинский университет им. Св. Луки, г. Луганск*

Актуальность. В настоящее время степень распространения COVID-19 приняла масштабы пандемия, о чем заявила Всемирная Организация Здравоохранения. Использование эффективных методик диагностики, профилактики и лечения коронавирусной инфекции позволит предотвратить дальнейшее распространение пандемии, а затем и полностью побороть инфекцию.

Цель: проанализировать механизм патогенеза, основные методы профилактики и лечения COVID-19.

Материалы и методы. Анализ научных публикаций и справочных материалов.

Результаты и их обсуждение. COVID-19 (coronavirus disease 2019) – острая генерализованная вирусная инфекция, поражающая преимущественно дыхательную систему. Возбудителем является одноцепочечный РНК-вирус из семейства коронавирусов (Coronaviridae) SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2).

Вирус проникает в клетку, взаимодействуя с мембранным белковым рецептором ACE2 (angiotensin-converting enzyme 2). Последний в норме участвует в регуляции уровня артериального давления, что обуславливает особенно тяжелое течение болезни у пациентов с сопутствующими заболеваниями сердечнососудистой системы.

Важную роль в проникновении в клетку и патогенезе заболевания играет S-белок, располагающийся на поверхности капсулы вируса в виде «шипов».

Наибольшая плотность расположения рецепторов ACE2 наблюдается на мембранах клеток дыхательной системы, в частности альвеолоцитов II типа, что обуславливает преимущественное поражение дыхательной системы, вплоть до пневмонии, остановки дыхания и смерти.

Общая профилактика заключается в соблюдении мер личной и общественной гигиены: ношении защитной медицинской маски, правильное мытье рук, избегание

посещения людных мест, соблюдение социальной дистанции, исключение контактов поверхностей, потенциально содержащих вирусные частицы со слизистыми оболочками (рот, глаза, нос), защита лица сгибом локтя либо одноразовой салфеткой при чихании.

Основой специфической профилактики является вакцинация. Существует четыре типа вакцин, отличающихся по своему составу и механизму вызова иммунного ответа:

а) аденовирусные векторные вакцины: аденовирусный вектор, содержащий участок РНК SARS-CoV-2, кодирующий аминокислотную последовательность S-белка; примеры: *Гам-КОВИД-Вак* (РФ), *Оксфорд-АстраЗенека* (Великобритания), *Джонсон и Джонсон* (Нидерланды), *Конвидеция* (КНР);

б) инактивированные (убитые) вакцины: содержат целую вирусную частицу SARS-CoV-2, инактивированную (убитую) посредством химического, теплового или радиационного влияния; пример: *КовиВак* (РФ), *Синофарм*, *КоронаВак* (КНР) и *Коваксин* (Индия);

в) РНК-вакцины (генные вакцины): содержат участок РНК SARS-CoV-2, кодирующий аминокислотную последовательность S-белка; пример: *Пфайзер-БиоНТех* (ФРГ) and *Модерна* (США);

г) рекомбинантные пептидные вакцины: содержат S-белок; примеры: *ЭпиВакКорона* (РФ) and *РБД-Димер* (КНР).

Специфических лекарственных средств против COVID-19 на текущий момент не разработано. Лечение пациентов сводится к поддерживающей терапии (использование аппаратов ИВЛ для пациентов с тяжелыми повреждениями легочной ткани) и использованию антибиотиков (для поддержки ослабленного иммунитета в борьбе против вторичных бактериальных инфекций).

Выводы.

1. Возбудителем COVID-19 является вирус SARS-CoV-2, поражающий преимущественно клетки дыхательной системы.
2. Основным методом профилактики COVID-19 является вакцинация. На данный момент существует четыре типа вакцин против COVID-19: аденовирусные векторные вакцины, инактивированные (убитые) вакцины, РНК-вакцины (генные вакцины) и рекомбинантные пептидные вакцины.
3. Специфических методов лечения COVID-19 к текущему моменту не разработано. Основой лечения являются поддерживающая терапия и использование антибиотиков.

УДК 616-091-71(091)

Чечурина С. Ю.

ПРОИСХОЖДЕНИЕ НАЗВАНИЙ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ И ОБОРУДОВАНИЯ. ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ

Научный руководитель ст. преп. Старикова М. В.

Кафедра иностранных языков, латинского языка и медицинской терминологии

Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, г.

Луганск

Актуальность. В докладе рассматривается значение латинского языка, который является в данное время международным научным языком в медико-биологических

дисциплинах и номенклатурах, а также используется врачами и медицинскими работниками всего мира. В связи с этим любой специалист, работающий в медицинской области, должен владеть медицинской терминологией, основанной на латыни.

Данная работа посвящена изучению значений патологоанатомического инструментария и важности латинского языка для мировой медицинской практики.

Автор считает, что студенты первого курса должны акцентировать свое внимание на изучение латинского языка, в частности хирургического инструментария, что в свою очередь приведет к возможности применять свои знания на практике и разбираться в работах, написанных зарубежными коллегами.

Цель: оценить осознанность студентами первого курса важности и незаменимости изучения латинского языка, а в особенности перевода медицинского инструментария, для успешной медицинской практики.

Материалы и методы. В исследовании использованы следующие методы, такие как тестирование, анкетирование, интервью.

При тестовом контроле студентам предлагались тесты, которые состояли из трех разделов, общее количество вопросов 20:

- в первом разделе студентам первого курса были заданы вопросы, касающиеся их отношения к латинскому языку;
- во втором разделе студентам были предложены вопросы на знание латинских терминологических элементов, которые используются в патологической анатомии;
- в третьем разделе студенты должны были составить словосочетания из слов, которые им были заранее предложены, и выбрать правильный вариант.

Зная корни слов и значения присоединяемых к ним словообразовательных элементов (суффиксов, приставок), можно без труда понять значение всего термина.

При анкетировании и интервью охвачены студенты 1 курса отделения «Лечебное дело» и «Педиатрия», с целью определить степень важности изучения латинского языка.

Результаты и их обсуждение. В тестировании приняли участие студенты первого курса в количестве 30 человек, которые были приняты за 100%:

- из 30 студентов осознают важность латинского языка для медицинской практики – 27 студентов (90%)
- на знание терминологии правильно ответил 21 студент (70%)
- и все участники правильно составили словосочетание на латинском языке (100%).

Выводы. Таким образом, наше тестирование показало, что практически все студенты осознают важность и незаменимость латинского языка, и прилагают максимальные усилия для его изучения.

Знание медицинского инструментария, в частности патологоанатомического, поможет студентам в их дальнейшей медицинской практике.

Именно латинский язык продолжает оставаться базовым языком медицины. Кстати, это одна из самых богатых систем терминологии, фонд которой превышает 500 тыс. терминов.

Следовательно, знание латино-греческих истоков названий хирургических инструментов гарантирует, что врачи каждой страны мира, смогут, при

необходимости, провести совместную операцию, полагаясь на знание латинского языка.

УДК 1(091)

Бажан К.В.

ТЕОЛОГИЯ АВГУСТИНА АВРЕЛИЯ

**Научные руководители: к.пед.н., доц. Черных И.А., к.филос.н.,
доц. Алексеенко Т.А.**

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ
РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. Зарождение и распространение христианства во времена Средневековья привело к появлению нового направления в философии, именуемого теологией – богословское учение с элементами философии. Среди представителей богословия Средневековья почетное место занимает Августин Блаженный, труды которого не забыты и сегодня.

Данная работа является актуальной, так как богословские труды Аврелия являются основополагающими в Римско-католической церкви до сих пор, а это значит, что для понимания современной философии и религии необходимо подробно изучать теологические воззрения Августина Блаженного.

Более того, на сегодняшний день понимание трудов Августина Аврелия необходимо потому, что тема взаимоотношения веры и разума, поднимаемая Августином, является доминирующей в западном богословии, что делает данную работу актуальной и важной в наши дни.

Теология Августина Блаженного оказала наисильнейшее воздействие на средневековую философию, а также и на большинство более поздних представителей философского творчества.

Цель: выяснение соотношения и взаимодействия разума и веры в теологии Аврелия, выявление характерных черт и принципов теологии Августина, выделение понимания истоков зла и добра философам.

Материалы и методы. В ходе написания данной работы использовались разнообразные методы и материалы исследования. Прежде всего, был использован метод анализа – детальное изучение трудов и философских воззрений Августина Блаженного.

Также использовался метод обобщения – соединение взглядов и мнений философа о соотношении веры и разума в познании в одно представление и описание их в общей системе. Дедуктивная логика использовалась для того, чтобы на основе многих литературных трудов, а также трудов самого Августина Блаженного сделать общий вывод о взаимодействии веры и разума в научном познании, о мнении философа об истоках добра и зла. Анализ статей проводился достаточно широко для очертания образа.

Результаты и их обсуждение. Августин Аврелий Блаженный (354- 430) родился в римской глубинке Нумидии. Имел гуманитарное образование и работал преподавателем риторики. Почитается христианской церковью, как святой.

Первое знакомство Августина с Библией не привело его к христианской вере. Воспитанный на наилучших произведениях римской литературы, он не смирился с простым строем мышления Библии. Но после прочтения некоторых трактатов Плотина и прослушивания проповедей епископа Амвросия, указавшего на аллегоричное значение библейских слов, христианство стало казаться Аврелию достаточно убедительным вероучением. Заключительным фактором, склонившим Августина к принятию христианской веры, стало его знакомство с посланием апостола Павла к Римлянам.

Исследуя священные книги, Аврелий сделал вывод о том, что познать заключенный в Библии смысл можно не только через религию, но и через ее разумное понимание. Религия, как считает Августин, не препятствует благоразумному осознанию, она, напротив, развивает и совершенствует его. Свою позицию философ высказал в собственной знакомой формуле: «Верю, дабы понимать».

В философии Аврелия объединились 2 течения: христианская религия и античная философия, а особенно, неоплатонизм.

Философия Августина содержит ряд свойственных ей признаков. Она обладает теоцентричностью, потому что проблема Бога и его отношения к миру является в философских воззрениях Аврелия первой и ведущей задачей.

В августиновской метафизике теоцентризм открывается сквозь принцип креационизма. Креационизм - это учение о творении мира Богом из ничего.

В области доктрины знания теоцентризм открывается сквозь принцип ревелационизма. Согласно философии Августина, источник познания – это Бог. Сообразно принципу ревелационизма смысл знания заключен в понимании скрытого в Священном писании смысла божественного откровения. Осознать священное писание – значит осознать волю Бога и все загадки жизни.

Августин считал, что к познанию о вечном, о божественном бытии приводит лишь только религия. Наилучшим источником веры Августин считал храм.

В теологии Аврелия есть принцип персонализма, сущность которого заключается в том, что каждый человек – это личность, ибо он создан по образу и подобию Бога. А значит, по Августину, человек – существо привилегированное. Среди всех живых существ лишь человек владеет душой. Историческая философия Августина имеет такие черты, как провиденциализм и эсхатологизм. Провиденциализм – это осознание истории как проявления воли божьей. Провиденциализм находится в неразрывной связи с эсхатологизмом, то есть религиозным учением о конечности судьбы мира и человека.

Августин считал, что зло Бог – не источник зла в нашей жизни. Обязанность за увеличение зла в мире, Августин практически полностью возложил на людей, на их свободную волю. Но на целом человеческом роде есть проклятие Бога, совершенное им в наказание за грех первого человека Адама

Дабы быть добродетельным, нужно держать под контролем стремления тела. Но, в конце концов, как оказалось, лишь только воля Бога постановляет, кто из людей способен держать под контролем собственные желания.

Идеи, сформулированные Августином, обозначили ведущее содержание схоластической философии.

Августин – родоначальник христианской философии. Великолепие Августина и в том, что он осуществил синтез христианства и традиционной образованности.

Выводы. В ходе написания работы были обобщены взгляды Августина Аврелия на взаимодействие религии и разума. Было выяснено, что истину возможно познать не только сквозь веру, но и сквозь ее осмысленное понимание. Религия, сообразно Августину, не заменяет и не замещает благоразумного осознания, напротив, она развивает разум и подвигает его.

Было подчеркнуто, что философия Августина Аврелия тесно связана с трудами Плотина, так как именно в неоплатонизме Августин в первый раз увидел воззрение на Бога, как на нематериальное непознаваемое Бытие и осознание зла как уменьшения блага Бога. Воззрения неоплатонистов Августин поставил на службу религии.

Были выявлены характерные черты философии Августина Блаженного.

УДК 1 (091)

Лесницкая Д. В.

КАНОНИЧЕСКИЕ И АПОКРИФИЧЕСКИЕ ТЕКСТЫ: ИХ СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ

Научные руководители: доцент Юсеф Ю.В., ст. пр. Плахотник А.Н.

Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук

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

Актуальность. Еще с ранних веков христианства было известно о древних текстах, которые Церковью не были признаны каноническими, но которые, так или иначе, касались религиозной тематики. Вопрос отделения апокрифической литературы от канонической был актуален для раннего Христианства, когда появилась новая волна апокрифических текстов, в которых различные авторы пытались дополнить Священное Писание. Это было время распространения различных раннехристианских сект и спекулировании на религиозной тематике. Данный вопрос не утратил своей актуальности и на сегодняшний день, т.к. спекулирование на религиозной тематике за два тысячелетия лишь стало более изощренным. Поэтому важно знать, чем отличаются тексты канонические от апокрифических текстов.

Целью работы является определение сходства и различия канонических и апокрифических текстов.

Материалы и методы. При написании данной работы мы изучили и проанализировали литературу по истории христианства.

Результаты и их обсуждение. «Апокрифическими» называют книги, не вошедшие в канон Библии. Канонические книги Библии перечислены в директории Афанасия Великого, которая и является церковным Каноном Священного Писания. Утверждение Новозаветного канона, состоящего из 27 книг, стало ответом официальной церкви на появление большого количества апокрифических книг. Следует отметить, что не все апокрифы создавались в еретической среде. В соответствии с позицией Церкви все апокрифы можно разделить на три группы.

В апокрифах *первого типа* в письменном виде зафиксированы события, известные благодаря Священному Преданию: сошествие Спасителя в ад или Успение Богородицы, Рождество Девы Марии, и Ее детство, и юность Христа, и некоторые события после Христовых Страстей. Такие признаваемы Церковью книги, служат как

бы дополнением к основным новозаветным писаниям. Данные тексты не вошли в состав Канона, т.к. они были младше новозаветных текстов и не могли быть написаны апостолами, а кроме того, они были созданы анонимными авторами, и выяснить их происхождение не представлялось возможным.

Апокрифы *второго типа* являются «ложными писаниями» сектантского происхождения, возникшие примерно на рубеже Античности и Средневековья. Появление таких писаний с принятием христианства язычниками, которые не смогли оставить свои языческие мировоззренческие представления и смотрели на Евангелие с точки зрения языческих ценностей. В результате такого переосмысления появляются тексты, в которых можно встретить и Христа, и церковную лексику, но которые в то же время были наполнены совершенно не евангельским содержанием.

Апокрифы *третьего типа* имеют сектантское происхождение. Они создавались в разное время, разными людьми: какая-либо еретическая концепция сознательно облекалась в христианские формы, а получавшиеся произведения распространялись под именами известных апостолов и святых.

Следует отметить, что каноническое Евангелие призывает каждого христианина верить во Христа. Эта вера является главной особенностью христианства, которая выделяет его из ряда других религиозных систем мира.

Любая религиозная система ставит перед собой задачу дать человеку спасение, которое, однако, понимается по-разному в разных религиозных системах. Понимание спасения в христианстве кардинально отличается от понимания спасения в других религиях. В христианстве человек призван, оставаясь самим собой и не теряя своей личностной уникальности, соединиться со своим Творцом и стать богом по благодати, т.е. человек может участвовать в божественном бытии, оставаясь при этом личностью и не растворяясь всецело в Божестве.

Именно для достижения этой цели две тысячи лет назад в наш мир пришел Христос, о земной жизни Которого, учении, чудесах и повествуют четыре Евангелия, составленные Его учениками.

В христианстве главное место в жизни верующего человека занимает сам Христос, а Его учение и заповеди — это своего рода путеводители, указывающие верный путь к спасению.

Но именно этой важной мысли (что без Христа нет спасения) как раз и нет ни в одном из апокрифов второго и третьего типа. Главной чертой любого подложного произведения, так или иначе имеющего отношение к христианству, является тот факт, что в нем Христос выступает некой технической фигурой и не играет, по большому счету, главной роли. В апокрифах он может быть кем угодно — учителем, наставником, проповедником, высшим разумом, чудотворцем или еще кем-то. Только одним Он там принципиально не может быть — Любящим Богом, Распинающимся ради спасения мира.

Выводы. Апокрифы, как и тексты Священного Писания, повествуют о священных лицах и событиях. Однако, апокрифические тексты часто спорны, описываемые факты не находят подтверждения в других исторических документах, в то время как факты описанные в канонических текстах часто находят подтверждение в других источниках. Основные идеи апокрифических текстов, часто имеющих гностический или еретический характер, противоречат учению Церкви. Канонические же тексты соответствуют учению Церкви. Многие канонические Книги написаны

очевидцами событий или их учениками. Апокрифические тексты, на основе Библейских событий написаны значительно позже канонических книг.

УДК 1(091)

Мещеряков М. Г.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СРЕДНЕВЕКОВОЙ ФИЛОСОФИИ, ЕЁ ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ

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. Средневековая философия – исторический этап развития религиозно-философских учений, в основе которых лежит понимание Бога как совершенного, абсолютного, наивысшего бытия, источника всей жизни и любого блага.

Цель: изучить, описать и охарактеризовать средневековую философию, ее основные направления и течения.

Материалы и методы. Ознакомление и анализ литературы по средневековой философии.

Результаты и их обсуждение. Средневековье – это господство религиозного мировоззрения, находящего свое отражения в богословии. Философия становится служанкой теологии. Основная функция – истолкование Священного Писания, формулировка догматов Церкви и доказательства бытия Бога. Также развивалась логика, осуществлялась разработка понятия личности и спор о приоритете единичного или общего (реалисты и номиналисты).

Первой попыткой философского обоснования христианства была патристика. Патристика – основа христианского богословия и философии. Учение зародилось ещё в древние века, когда молодая религия христианства столкнулась и переплелась с философскими знаниями поздней античности. Патристика включает в себя философские, теологические и политико-социологические мысли и идеи, найденные в сочинениях ранних христианских философов, которых прозвали отцами церкви. Известными отцами церкви в католическом течении христианства стали Августин Аврелий, Григорий Первый Великий, Амвросий Медиоланский, Иероним. В православном же течении ими считались Василий Великий, Фанасий Александрийский, Иоанн Златоуст, Григорий Богослов.

Главными качествами отцов церкви являются: признание церковью, православная вера, дар Святого Духа, святость жизни.

Были известны и апостольские отцы, которые считались истинными учениками апостолов, либо учениками их учеников. Именно в сочинениях апостольских отцов появилось формирование основной проблемы христианского философствования.

Патристика представляет собой доктринальную форму построения культуры христианства, сложную систему переплетения христианских ценностей и античного наследия философии.

Главным отличием патристики, как исторически философского элемента, является нежелание принимать свободный философский поиск. Патристика признает только общую истину откровения, нуждающуюся в истолковании и разъяснениях. Патристику считают единственным учением в христианской традиции, которое раскрывается разными авторами с разной глубиной.

Период средневековой философии, как правило, называют временем схоластики. Схоластика представляет собой особое направление в философии средних веков, которое склоняло богословие христианства к учению Аристотеля. Основной задачей этого направления было оправдать веру с помощью разума. Иными словами, мыслители старались найти рациональное объяснение веры в Бога. Из-за ее философии схоластику иногда путают с патристикой. В современном мире схолистикой называют идеи или понятие, которые сильно отличаются от реальных представлений о мире, и их невозможно проверить опытным путем.

Учение схоластики предназначалось для обучения основным христианским принципам и традициям. Несмотря на различия, патристика и схоластика всегда дополняли друг друга. Основываясь на одних и тех же принципах, и символике, они вместе искали ответы на общие вопросы.

Одним из известных мыслителей схоластики был Фома Аквинский. Именно он выступил против идеи о том, что природа и дух противостоят друг другу. Учение философа заключается в том, что для изучения человека, необходимо понять единство его души и тела.

Главными особенностями схоластики являются: развитие культуры цитирования; краткие изложения по каждому вопросу; рассмотрение каждой детали, идеи и мнения

К основным проблемам же этого учения относятся: доказательство существования Бога; проблема знаний и веры; проблема единичного и общего. В схоластике различают три периода: ранняя схоластика – до XII века; средняя схоластика (зрелая, высокая схоластика, период развития) – XII-XIII века; поздняя схоластика – XIII-XIV века.

Ранняя схоластика базировалась еще на почве нерасчленённости, взаимопроникновения науки, философии, теологии. Этот период характеризуется оформлением схоластического метода в связи с осмыслением специфической ценности и специфических результатов деятельности рассудка и в связи со спором об универсалиях. Впервые выявляются противоположные позиции в споре об универсалиях – реализм и номинализм, а также промежуточная позиция – концептуализм. Главные представители схоластики: в Германии — Рабан Мавр, Ноткер Немецкий, Гуго Сен-Викторский; в Англии — Алкуин, Иоанн Скот Эриугена, Аделард из Бата; во Франции — Иоанн Росцелин, Пьер Абеляр, Гильберт Порретанский, Иоанн Сольсберийский, Бернард Шартрский, Амальрик из Бена; в Италии — Пётр Дамиани, Ансельм Кентерберийский, Бонавентура.

Средняя схоластика характеризуется окончательным отделением науки и философии (особенно натурфилософии) от теологии, внедрением в западное философское мышление учения Аристотеля. Формируется философия больших орденов, особенно францисканского и доминиканского, а также системы Альберта Великого, Фомы Аквинского, Дунса Скота. Затем последовал спор между сторонниками Августина, Аристотеля и Аверроэса, спор между томистами и скотистами. Это было время великих философско-теологических энциклопедий. Другие главные представители схоластики: в Германии — Витело, Дитрих Фрейбергский, Ульрих Энгельберт; во Франции — Винсент из Бове, Иоанн Жандунский; в Англии — Роджер Бэкон, Роберт Гроссетест, Александр Гэльский; в Италии — Эгидий Римский; в Испании — Раймунд Луллий.

Поздняя схоластика характеризуется рационалистической систематизацией (благодаря которой схоластика получила отрицательный смысл), дальнейшим формированием естественнонаучного и натурфилософского мышления, выработкой логики и метафизики иррационалистического направления, наконец, окончательным отмежеванием мистики от церковной теологии, становившейся все более нетерпимой. Когда в нач. XIV века церковь уже окончательно отдала предпочтение томизму, схоластика с религиозной стороны стала историей томизма. Главные представители поздней схоластики: в Германии — Альберт Саксонский, Николай Кузанский; во Франции — Жан Буридан, Николай Орезмский, Пётр д'Альи, Николай из Отрекура; в Англии — Уильям Оккам; в Италии — Данте; в Испании — Саламанкская школа.

Параллельно развитию ранней схоластики формировалась и развивалась арабская философия, но ее развитие происходило по-другому: основной задачей была защита ислама и его церковных догматов. Тесная связь с античной философией привела арабскую философию к вольнодумству и последующему развитию науки и философии, как на Востоке, так и Западе. Философские идеи Аль Кинди, Авиценна, Аверроэса о вечности мира, смертности души, двойственности истины оказали значительное влияние на средневековую схоластику.

Выводы. Таким образом, средневековая философия выдвинула проблему об отношении Бога к сотворенному им миру, задачу рационального обоснования веры, рассмотрение веры как божественного откровения.

УДК 1 (091)

Ходакова Е. А.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СРЕДНЕВЕКОВОЙ СХОЛАСТИКИ: СООТНОШЕНИЕ ВЕРЫ И ЗНАНИЙ, ДОКАЗАТЕЛЬСТВА БЫТИЯ БОГА

Научные руководители: к.пед.н., доц. Черных И.А., к.филос.н., доцент

Алексеев Т.А.

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ
РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. Схоластика – это интеллектуальный феномен средневековой культуры в рамках теолого-философской традиции, ставивший своей целью рациональное обоснование и систематическую теоретизацию западно-христианского вероучения.

Цель: рассмотреть основные проблемы схоластики, изучить методы решения проблем схоластики, которые предлагали представители данной средневековой философии, а именно Фома Аквинский, Ансельм Кентерберийский и др.

Материалы и методы. При изучении данной темы была изучена и проанализирована литература по философии: учебники, методическое пособие, презентация, просмотрена видео-лекция «Средневековая философия: схоластика».

Результаты и их обсуждение. В развитии философии Средневековья разграничиваются 2 этапа: патристика и схоластика. Схоластика явилась продолжением патристики. В эпоху схоластики зародилось понятие «схоластическая философия», содержание которой было преимущественно ориентированно на рационалистическое обоснование положений христианского вероучения.

Центральной фигурой схоластической философии в Западной Европе был Фома (Томас) Аквинский (1225 – 1274). В 1323 году он был причислен католической церковью к лику святых. Среди проблем, которые привлекали его внимание, была проблема соотношения философии и теологии. Он считал, что по своему предмету философия и теология фактически не различаются: обе они имеют предметом Бога и то, что он создаёт; только теология идет от Бога к природе, а философия – от природы к Богу. Они отличаются друг от друга прежде всего методом, средством его постижения: философия опирается на опыт и разум, а теология – на веру. Фома Аквинский полагал, что не разум должен направлять веру, а вера должна определять пути движения разума, а философия должна служить теологии.

Основные проблемы средневековой схоластики:

1. Проблема доказательства бытия Бога. Альберт Великий (1193-1280 гг.) поставил задачу соединения христианской догматики и философии Аристотеля; Фома Аквинский (1225-1274 гг.) решил данную задачу. Более всего известны пять доказательств бытия Бога Фомы Аквинского, которые были построены по принципам, аналогичным рассуждениям Августина. Из них важны телеологическое (целевое) и каузальное (причинное) доказательства – если существует мир, то он должен иметь причину. Они основаны на представлениях о целесообразности мира и причинно-следственной обусловленности, господствующей в мире.

Фома Аквинский систематизировал философию Аристотеля, от которого он позаимствовал идею о взаимосвязи материи и формы, а также идею о четырех причинах мира: формальной, целевой, материальной и действующей. В соответствии с причинами мира Фома Аквинский выделил 5 уровней бытия. __Высший - 5 уровень: Форма форм, лишённая всякой материи, т.е. Бог.

2. Проблема универсалий (общих понятий). В период поздней античности (III в. н.э.) комментатор Аристотеля Порфирий, выделил три аспекта указанной проблемы: существуют ли универсалии до вещей, существуют ли они в самых вещах и существуют ли они после вещей (в нашем разуме)? Отвечая на указанные вопросы, философы разделились на два течения: сторонники реализма и сторонники номинализма. С точки зрения крайнего реализма, универсалии существуют до вещей, в Боге, поэтому они обладают большей степенью бытия. Классическим

представителем реализма является Ансельм Кентерберийский (1033-1109 гг.), полагал, что «универсалии содержатся в Троице». Бог как логос является носителем прообразов тварных вещей.

Позицию умеренного реализма представил и Фома Аквинский, утверждавший, что универсалии существуют до вещей – в Боге, в самих вещах (как форма, сущность вещи) и в разуме человека после вещей как абстрактные понятия. С точки зрения номинализма, большей степенью бытия обладают единичные вещи, а не универсалии. Иоанн Росцелин (1150-1100 гг.) представил концепцию крайнего номинализма, по его мнению, «универсалии являются всего лишь сотрясением воздуха, а реально существуют только единичные вещи». Позицию умеренного номинализма представил Пьер Абеляр и английские номиналисты, полагавшие, что «универсалии есть в самих вещах и после них в разуме человека как понятия».

3. Проблема соотношения веры и разума. Постановка данной проблемы во многом связана с деятельностью университетов и влиянием восточных философов (Авиценна, Ибн-Рушд и др.). Если классическая схоластика трактовала философию как служанку теологии (богословия), то под влиянием светского начала многие философы заявили, что разум должен иметь право на самостоятельное существование. Решение указанной проблемы в рамках реализма представил Фома Аквинский. По его мнению, вера и разум направлены на разные сферы, разные области. Разум направлен на постижение мира и тоже может давать истинное знание, а вера направлена на постижение Бога, но это уже истина более высокого порядка. Разум не может постичь истины веры, истины высшего уровня, поэтому он должен подчиняться вере. Он должен обосновывать истины Откровения, следовательно, философия должна встать на защиту веры, на служение вере.

Номиналисты, идеи которых во многом способствовали развитию частных наук, утверждали, что поскольку разум и вера имеют разные сферы приложения, то вера не должна вмешиваться в дела разума.

Выводы. Подводя общие итоги можно сказать, что в эпоху Средневековья было выработано специфическое сознание, представляющее собой некий синтез разума и веры, вылившийся в теологию и схоластику. В рамках этого синтеза ставились и по-своему решались все проблемы бытия, духовности, культуры и т.д. Это не исключает отсутствия противоречий внутри средневекового сознания.

УДК 1 (091)

Юсеф Я. Р.

РОЛЬ ПАТРИСТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ ХРИСТИАНСКОЙ ДОГМАТИКИ

Научный руководитель доцент Сидоренко В. А.

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ
РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. Средневековая философия, являясь философией религиозной, кардинально отличается от античной философии характером философствования. Если для философа античности практически не существовало проблем, которые можно было подвергнуть критическому осмыслению, то для религиозных мыслителей всегда существуют не подвергаемые сомнению истины. Меняются также и ориентиры средневековой философии: авторитет Священного Писания превосходит значимость любого философского текста, истина заключена в Писании, а в задачу богословов входило правильное понимание и разъяснение этой истины.

Особое место в средневековой философии принадлежит патристике (от греч. *πατήρ* – отец) – учению отцов, или учителей христианской церкви II – VIII вв., способствовавшей формированию христианской догматики.

Целью работы является рассмотрение влияния патристики на формирование христианской догматики.

Материалы и методы. Общая методологическая установка работы направлена на исследование историко-философских оснований христианской догматики. Основными задействованными методами являются:

- исторический, задействование которого позволило выявить основные принципы христианской теологии в диахронной перспективе;
- компаративный, способствующий идентификации и описанию отдельных тенденций и факторов развития средневековой философии;
- диалектический, дающий возможность системного рассмотрения патристики в единстве её гносеологических, аксиологических и этических аспектов.

Результаты и их обсуждение. В IV – V вв. происходит формирование догматов христианства – основ христианского вероучения. Квинтэссенцией христианского вероучения является Символ веры – краткое изложение основ христианского вероучения, принятое в 325 году на Первом Вселенском соборе в Никее и окончательно утвержденное на Втором Вселенском соборе в 381 году в Константинополе.

В Символе веры в сжатом виде представлены основные выводы богословской мысли первых веков, актуальные для всех христианских конфессий по сей день.

Согласно христианским представлениям, Бог един в трех лицах – Бога-Отца, Бога-Сына и Бога-Святого Духа. Иисус Христос – это воплощение и вочеловечивание Бога-Сына, Божественного Логоса; Он одновременно и Бог, и человек.

Представление о триединстве Бога носит название тринитарного догмата, утверждает тождество божественной природы в трех равных и реально существующих ипостасях. Тринитарный догмат был сформулирован в полемике с арианством на Первом и Втором Вселенских соборах.

Наибольший вклад в этот догматический процесс внесли представители греческой патристики: Афанасий Великий (ок. 295–373), александрийский епископ, отстаивавший единосущие Сына Отцу, автор таких сочинений, как «Против язычников», «О воплощении», «Житие св. Антония», и Отцы-каппадокийцы, к которым принадлежат Григорий Назианзин, Григорий Нисский и Василий Великий.

Григорий Назианзин был человеком поэтического склада, признанным мастером красноречия, но при этом имел и высокие теоретические интересы, и заслужил прозвище «Богослов». Он является автором 45 речей, стихов и писем. В становлении христианской догматики большую роль сыграли пять речей (27 – 31), в которых

догмат о триединстве Бога защищается от нападок еретиков и обосновывается при помощи платонической диалектики.

Видным теоретиком среди Каппадокийцев был Григорий, епископ Нисский (ок. 335 – 394). Он является автором таких теологических сочинений, как «Большое катехетическое слово», «О душе и воскресении», «О творении человека», «Шестоднев». Следует отметить, что богословие Григория Нисского отличается рационализмом. Он убежден, что вся совокупность научного знания может служить раскрытию Божественной тайны. Учение о Святой Троице Григорий Нисский обосновывает рациональными методами, используя понятия о божественных атрибутах и отношениях. В Боге присутствует Разум-Логос, вторая ипостась. Логос и благая воля – источники и причины творения мира. По твари познается Творец, по Логосу – Бог-Отец, ибо не существует разума без того, кто им обладает. Подобным же образом обосновывается существование третьей ипостаси – Святого Духа, единосущного Отцу. Таким образом, Бог – это единая сущность в трех ипостасях, но не три бога.

Догматический процесс на Вселенских соборах в Эфесе (431) и Халкидоне (451) привел к формулировке христологического догмата, согласно которому во Христе две природы, божественная и человеческая, «неслитно, неизменно, нераздельно, неразлучно» сочетаются в одной ипостаси.

На формирование этого догмата оказали значительное влияние работы святителя Кирилла, епископа Александрийского, который был организатором и основным действующим лицом III Вселенского Собора в Эфесе. Он является автором толкования на Священное Писание, объяснения учения о Троице, ряда писем богословского содержания. Святитель Кирилл первым сформулировал учение о единстве ипостаси Спасителя.

Дальнейшее развитие христианской догматики было связано с отвержением ереси монофелитства – учения о единой воле во Христе, а также с иконоборческими спорами, которые завершаются утверждением иконопочитания.

Основным противником монофелитства был Максим Исповедник (ок. 580–662), крупнейший представитель послехалкидонского периода, создавший масштабную теологическую систему, изложенную в сочинениях «Вопросоответы к Фалассию», «Изъяснение трудных мест в словах св. Григория Богослова» и др.

Крупнейшим защитником иконопочитания был уроженец Сирии Иоанн Дамаскин (ок. 675–749), выдающийся догматист, чье наследие представлено в сочинении «Источник знания», состоящем из трех частей («Философские главы», «О ста ересях», «Точное изложение православной веры»).

Выводы. Таким образом, учение, утверждавшееся впоследствии на Вселенских соборах, было выработано мыслителями – Отцами Церкви, чьи работы объединяются в такое крупное направление средневековой философии, как патристика. Философско-теологические идеи патристики во многом определили схоластическую направленность науки позднего Средневековья и гуманистическую доминанту различных областей науки, культуры и искусства в эпоху Нового времени.

В. И. ДАЛЬ – ВЫДАЮЩИЙСЯ ВРАЧ И ЕСТЕСТВОИСПЫТАТЕЛЬ

*Научные руководители: ст. преподаватель Бахтоярова Л. И.,
ст. преподаватель Землякова С. Н., ст. преподаватель Зайцева С. Н.*

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ
РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. Биография В. И. Даля богата яркими событиями, которые представляют большой интерес для написания исследовательской работы.

Цель: познакомиться с деятельностью В. И. Даля как врача и естествоиспытателя, изучить научные работы В. И. Даля в области фармакологии, гомеопатии, хирургии, офтальмологии.

Материалы. Изучение художественной, научно-популярной литературы, Интернет-ресурсов; работа с «Толковым словарем живого великорусского языка».

Выводы. Рассмотрев основные вехи врачебной деятельности и деятельности как естествоиспытателя В. И. Даля, можно с уверенностью утверждать, что медицина в его жизни занимала одно из первых мест. Немаловажно и то, что благодаря своим знаниям и способностям, он сумел избавить от страданий, а иногда и вернуть жизни многим людям. В. И. Даль всегда стремился к достижению вершин на любом поприще, поэтому его труды по медицине и естествознанию актуальны и в наше время.

Владимира Ивановича Даля можно назвать поистине незаурядной личностью. Изучая его биографию, трудно не согласиться с утверждением: талантливый человек талантлив во всем. Он был и диалектологом, и лексикографом, и географом, и этнографом, и естествоиспытателем, и писателем. Его вклад в филологию трудно переоценить, его сказки знакомы нам с детства.

Владимир Иванович обладал исключительными способностями и в области медицины.

В выборе профессии он пошел по стопам отца. Датчанин Иоганн Христиан Даль – ученый, владевший многими языками, был приглашён в Россию Екатериной II и определён придворным библиотекарем. Однако в этой должности он пробыл недолго и после отъезда в Германию и окончания медицинского университета в Йене вернулся в Россию врачом.

Нужно отметить, что Владимир Иванович не сразу принял решение стать медиком. Сначала он окончил Морской кадетский корпус, затем служил мичманом на Черноморском флоте, а после повышения в чине – Балтийском.

В конце концов, тяга к совершенствованию знаний победила в нем жажду приключений, и Даль оставляет флот и поступает в Дерптский университет на медицинский факультет, отличавшийся в то время сильным составом профессоров. Вместе с Владимиром Далем на факультете учились будущие знаменитости – хирурги Н. И. Пирогов и Ф. И. Иноземцев, терапевт Г. И. Сокольский, физиологи А. М. Филомафитский, П. А. Загорский. Как потом объяснял свою жизненную

позицию Владимир Иванович: «Я почувствовал необходимость в основательном учении, в образовании, дабы быть на свете полезным человеком».

В. И. Даль был одним из лучших студентов Дерптского университета. Он проявил крайнее усердие во время учебы, за что уже через год был отмечен серебряной медалью. В студенческие годы Владимир Иванович увлекался хирургией. Общие интересы и сблизили его с Н. И. Пироговым и Ф. И. Иноземцевым. Впоследствии В. И. Даль и Н. И. Пирогов станут хорошими друзьями на всю жизнь, и Николай Иванович будет считать Владимира Ивановича высокочисленным специалистом в области хирургии.

Еще будучи студентом В. И. Даль успешно лечил дизентерию, воспаление легких, лихорадку, умело проводил камнесечение и трепанацию черепа. При этом ему неизменно сопутствовал успех.

В 1829 году В. И. Даль досрочно защитил диссертацию по проблемам трепанации черепа и скрытых изъязвлений почек. Даль участвовал в русско-турецкой кампании, где оперировал раненых, боролся с чумой и холерой. Он входил в чумные бараки, видел солдат, умирающих от чумы, и, сознавая свое бессилие, помогал, чем мог. Друзья говорили, что у него две правые руки, его умелость и скорость операционной техники поражала даже опытных профессионалов. Именно это свойство при отсутствии обезболивающих средств решало судьбу больного. Важно было по возможности избежать развития болевого шока, вовремя остановить кровопотерю, тем более в ситуации, когда еще не применялось переливание крови.

В битве под Кулевчею В. И. Даль решительно отличился. Долгие часы он не покидал после боя, действуя под пулями и ядрами. Он оказывал помощь сотням солдат, пока крайнее изнеможение не свалило его. Наутро он был найден крепко спящим прямо на сырой земле между убитыми и ранеными.

Именно во время русско-турецкой войны Владимир Иванович получил богатую хирургическую практику.

Уже награжденный орденами и медалями за спасение жизней на фронте и подавление эпидемии холеры в Каменец-Подольске, он вернулся в столицу и довольно быстро стал там медицинской знаменитостью, снискав славу хирурга-офтальмолога.

Особенно он преуспел в деликатных операциях по удалению катаракты, слепоте от потускнения глазного хрусталика. Сохранившаяся у Даля на долгие годы даже после ухода из медицины приверженность этим операциям обусловлена не только профессиональным интересом: прозрение ослепшего человека неизменно походило на волшебство. Но он резко выступал против лечения глазных болезней псевдонародными средствами, поскольку не одна пара «годных» глаз была загублена втиранием таких «неимоверных средств», как купорос и толчёное стекло.

Но чем бы ни занимался В. И. Даль, он никогда не переставал интересоваться медициной. В поездки он всегда брал с собой медицинские инструменты, которые частенько использовал.

В одной из командировок он искусно ампутировал руку больного, заражённую гангреной, и тем самым спас его. У больного, отставного майора Льва Николаевича Соколова, которого еще в 1812 году подобрали под Смоленском, изрубленного французскими саблями, началась гангрена руки. У бывшего боевого офицера осталась надежда на спасение – ампутация руки. Ему нужен был хороший хирург. После успешной операции, проведенной В. И. Далем, Соколов решил отблагодарить

спасителя и прислал ему своего любимого жеребца. Но Владимир Иванович отказался от подарка, поскольку всегда презирал врачей, обирающих больных.

В. И. Даль был ревностным последователем гомеопатии и в 1838 году поместил в журнале «Современник» одну из первых статей в защиту этого учения. Он справедливо утверждал, что безобидная трава арники при ушибе действует лучше, чем модные в то время пиявки.

Известны также научные исследования В. И. Даля по гомеопатии, фармакологии, по организации медицинской службы во время военных действий. Эти замечания относятся к 20-м годам XIX века, когда до введения асептики и антисептики оставалось не одно десятилетие.

Найдены наброски статей об оперативной тактике при огнестрельных ранениях. Несомненный интерес представляет одна из первых опубликованных и подписанных псевдонимом Казак Луганский статей В. И. Даля «Слово медика к больным и здоровым», положения которой остаются актуальными и в настоящее время. Основное внимание в статье обращается на необходимость правильного образа жизни: «Тот, кто в движении и не наедается досыта, реже нуждается в пособии врача».

Особенно ценен тот факт, что В. И. Даль находился в дружеских отношениях с А. С. Пушкиным. Мало кто знает, что в трагические январские дни 1837 года Владимир Даль, как близкий друг поэта и как врач, принял деятельное участие в уходе за смертельно раненным на дуэли поэтом. К Владимиру Ивановичу были обращены слова умирающего А. С. Пушкина: «Жизнь кончена...». Даль принял участие и во вскрытии поэта. Им же было написано в акте о причине смерти – «рана относится, безусловно, к смертельным...».

В. И. Даль как опытный врач и фармаколог поместил трактовку многих медицинских терминов в своем «Толковом словаре живого великорусского языка». «Толковый словарь» познакомил русское общество с народной медициной, которую автор назвал «корнем» научной, современной ему, медицины.

Чрезвычайно обширен в словаре фонд названий врачебных средств животного и минерального происхождения. Одной из особенностей и несомненных достоинств словаря является размещение названия каждого растения не только на латинском языке, но и приводятся народные, местные обозначения, которые В. И. Даль заимствовал в деревнях и селах.

В своем словаре автор показывает историческую основу терминов, отражающих представления русского народа о строении человеческого организма. Здесь В. И. Далем в качестве источников были использованы старинные азбуковники и лексиконы. Кроме того, В. И. Далю принадлежит заслуга установления связей в истории происхождения наименований не только частей тела, но и названий болезней, их симптомов, различных средств и методов лечения, применявшихся издавна у различных народов России.

Даль был и естествоиспытателем. Им написаны два учебника – «Ботаника» и «Зоология». Эти учебники, в свое время, были высоко оценены педагогами и естествоиспытателями и неоднократно переиздавались. В 1838 г. Петербургская академия наук избрала Владимира Даля членом-корреспондентом по отделению естественных наук.

В «Литературной газете», издававшейся в то время в Петербурге, неутомимый В. И. Даль вел раздел «Зверинец», в котором печатались его рассказы о животных.

Казак Луганский до конца своей жизни не расставался с медицинской практикой, помогая по мере возможности нуждавшимся.

Так он описывал свою врачебную деятельность в одной статье: «Прошу не забыть, что она написана медиком; медиком, сверх того, который из любви и пристрастия к нынешнему званию своему, уже в зрелые лета посвятил себя оному и выменял саблю и эполеты на диплом доктора медицины...».

УДК 82-94:614.23

Лящук В. П.

ЖИЗНЕННЫЙ ПУТЬ ВЕЛИКОГО ЛУГАНЧАНИНА В. И. ДАЛЯ

**Научные руководители: ст. преподаватель Землякова С. Н.,
ст. преподаватель Зайцева С. Н., ст. преподаватель Бахтоярова Л. И.**

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ
РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. В. И. Даль – писатель, врач, этнограф, создатель крупнейшего толкового словаря, поэтому его биография является предметом научных исследований.

Цель: исследовать жизненный путь великого русского ученого.

Материалы. Изучение художественной, научно-популярной литературы, Интернет-ресурсов; работа с «Толковым словарем живого великорусского языка».

Выводы. Владимир Иванович Даль – человек необыкновенно разносторонних интересов, умевший каждое увлечение превратить в весомый раздел науки или искусства. Поистине в нем сконцентрирована ныне забытая энциклопедическая широта познаний: врач, географ, естествоиспытатель, писатель, лексикограф, этнограф, инженер. В. И. Даль как бы прожил множество жизней и создал книгу, наполненную миллионами голосов и отзвуками событий. Жизнь и деятельность В. И. Даля – это пример большой любви и преданности своей родине. Его вклад в русскую культуру неоценим.

Владимир Иванович Даль родился 10 ноября 1801 года в промышленном городе Луганске – Луганский завод Славяносербского уезда Екатеринославской губернии. Семья жила в небольшом одноэтажном доме среди построек первых заводских рабочих литейного завода.

Его отец, обрусевший датчанин Йохан (Иоганн) Кристиан Даль, принял российское подданство вместе с русским именем Иван Матвеевич Даль в 1799 году. Он знал немецкий, английский, французский, русский, латынь, греческий и древнееврейский язык. Известность его как лингвиста достигла императрицы Екатерины II, которая вызвала его в Петербург на должность придворного библиотекаря.

Иван Даль в Петербурге женился на Юлии Христофоровне Фрейтаг, у них родились две дочери и четверо сыновей.

Юлия Даль свободно владела пятью языками. Бабушка по материнской линии Владимира Ивановича – Мария Ивановна – занималась русской литературой, была переводчицей. Дед Кристоф Фрейтаг – коллежский асессор, чиновник ломбарда был

недоволен филологическим образованием зятя и фактически вынудил его получить медицинское образование, поскольку считал профессию врача одной из немногих «доходных и практических профессий».

Благодаря личной дружбе со строителем Луганского чугунолитейного завода Карлом Гаскойном и по его личному приглашению отец Даля приехал в только строящийся тогда городок – будущий Луганск. С 1798 года он служил старшим лекарем Донецкого округа и Луганского литейного завода. Там и родился долгожданный сын Владимир, а затем его младшие братья.

Когда Дально было всего четыре года, его семья переехала в Николаев, где выслужив в 1814 году дворянство, Иван Матвеевич, старший лекарь Черноморского флота, получил право на обучение своих детей в Петербургском морском кадетском корпусе за казённый счёт.

Псевдоним «Казак Луганский», под которым Владимир Даль вступил в литературный мир в 1832 году, был взят им в честь своего родного Луганска.

Начальное образование В. И. Даль получил на дому. В доме его родителей много читали и ценили печатное слово, любовь к которому передавалась всем детям.

В возрасте тринадцати с половиной лет вместе с братом Карлом (младше его на год) поступил в петербургский Морской кадетский корпус (МКК), где обучался с 1814 по 1819 годы.

В Морском кадетском корпусе В. И. Даль учился с Павлом Нахимовым, который стал знаменитым адмиралом, героем Крымской войны, защитником Севастополя. Учились В. Даль и П. Нахимов блестяще. И уже летом 1817 года молодые гардемарины отведали жизнь на море, когда получили назначение на бриг «Феникс», отправляющийся в плавание по Балтийскому морю. И позже В. И. Даль вспоминал: *«Когда я плыл к берегам Дании, меня сильно занимало то, что увижу я отечество моих предков.... Ступив на берег Дании, я на первых же порах окончательно убедился, что отечество моё Россия, что нет у меня ничего общего с отчизною моих предков».*

По окончании кадетского корпуса он обладал блестящими знаниями по математике, физике, географии, геодезии, иностранным языкам, теории морского искусства, артиллерии, фортификации, корабельной архитектуре.

Однако служба на флоте не привлекала его, да и крепко досаждала морская болезнь. Пытливый ум побуждал к дальнейшему совершенствованию знаний.

Владимир Иванович Даль вышел в отставку и в 1826 году поступил на медицинский факультет Дерптского университета, отличавшийся в то время сильным составом профессоров.

Свое решение Владимир Даль объяснил следующим образом: «Я почувствовал необходимость в основательном учении, в образовании, дабы быть на свете полезным человеком», что стало его жизненной позицией.

Годы учения в университете оказались важнейшими в становлении его личности и жизненных приоритетов. Жизнь в Дерпте он охарактеризовал как «время восторга».

В. И. Даль погрузился в атмосферу Дерпта, которая «в умственном отношении побуждала к разносторонности». Здесь ему пришлось усиленно заниматься необходимым в то время для учёного латинским языком. За работу на тему, объявленную философским факультетом, он получил серебряную медаль. Вместе с

В. И. Далем на факультете учились многие впоследствии выдающиеся врачи как, например, хирурги Н. И. Пирогов и Ф. И. Иноземцев.

Активный, талантливый и пытливый молодой доктор, проявив большие успехи в учении, раньше на год окончил курс и в 1829 году защитил докторскую диссертацию, в которой разбирались осложнения трепанации черепа, «скрытые изъязвления почек». В. И. Даль был удостоен степени доктора медицины.

Многие современники объясняли его успехи в хирургии не только усиленными занятиями, но и склонностью к тонкой ручной работе. В. И. Даль был еще и умелым резчиком по дереву, а также делал миниатюрные изделия из стекла, кроме того, он одинаково хорошо владел правой и левой руками.

Обычно скупой на похвалы, Николай Иванович высоко ценил медицинский талант друга и видел в нём будущего прославленного хирурга, а когда тот защищал медицинскую диссертацию, стал его официальным оппонентом. В. И. Даль оправдывал надежды Н. И. Пирогова и сделался хорошим специалистом по пластической и глазной хирургии.

Позже, чем бы В. И. Даль ни занимался, где бы он ни был, он всегда лечил и облегчал страдания простого народа.

С именем Владимира Даля, как инженера, связано изобретение понтонного (наплавного) моста.

Во времена русско-польской кампании в 1830 году Владимир Даль в качестве военного медика проходил службу в действующей армии. Когда русские войска подошли к Висле, оказалось, что мост, соединяющий берега этой реки, разрушен. Тогда Владимир Даль предложил связать вместе пустые бочки с соседнего винокуренного завода, а сверху положить доски. По этому понтонному мосту полк перебрался через реку.

Но удалцу показалось этого мало. В. И. Даль вышел на мост и по-польски обратился к преследовавшим русских полякам. А когда они подошли вплотную, В. И. Даль выхватил тесак и разрубил канат, связывавший всю конструкцию, а сам бросился в реку и переплыл к своим.

Сначала он получил выговор за то, что оставил раненых без присмотра, а позже был награжден орденом Святого Владимира IV степени с бантом и перстнем с бриллиантом императора Николая I.

Необходимо отметить заслуги Даля и как этнографа. Во время десятилетней работы управляющим удельной конторой Нижегородской губернии он собрал огромный научный материал для атласа различных говоров.

В. И. Даль – один из двенадцати членов-учредителей Русского географического общества, член Общества истории и древностей Российских, а с 1868 года почетный член Общества любителей Российской словесности.

По инициативе Владимира Ивановича Даля началось его знакомство с Александром Сергеевичем Пушкиным, позднее переросшее в искреннюю дружбу, длившуюся до самой смерти поэта. О своей первой встрече с великим поэтом он вспоминал так: «Будучи в Петербурге, я взял свою новую книгу сказок и пошел сам представиться поэту. Поводом для знакомства были «Русские сказки. Пяток Первый. Казака Луганского». Взяв мою книгу, Пушкин открывал её и читал с начала, с конца, где придется и, смеясь, приговаривал «Очень хорошо!».

Александр Сергеевич стал расспрашивать Владимира Ивановича над чем он сейчас работает. Тот рассказал ему все о своей многолетней страсти к собирательству слов, которых уже собрал тысяч двадцать. «Так сделайте словарь! – воскликнул Пушкин и стал горячо убеждать Даля. – Позарез нужен словарь живого разговорного языка! Да вы уже сделали треть словаря! Не бросать же теперь ваши запасы!»

А. С. Пушкин о собранных В. И. Далем пословицах и поговорках отзывался восторженно: «Что за роскошь, что за смысл, какой толк в каждой поговорке нашей! Что за золото!»

«Толковый словарь живого великорусского языка» В. И. Даля – это собрание нравственного, философского, житейского, фольклорного опыта, словесное закрепление огромной многовековой истории живого великорусского языка, словарь этот – дело всей его жизни. За полвека Даль объяснил и снабдил примерами около 200 тысяч слов! Из них 80 тысяч собрано самим Далем, они не входили раньше ни в один словарь.

За свои труды В. И. Даль в 1861 г. был награжден Золотой Константиновской медалью за первые выпуски словаря, а в 1868 г. был избран почетным членом Академии наук и получил Ломоносовскую премию.

Однажды в доме у Казака Луганского появился меценат и владелец знаменитой картинной галереи Павел Михайлович Третьяков. Он попросил В. И. Даля разрешения написать с него портрет. В. И. Даль согласился. Портрет был написан знаменитым русским художником Василием Перовым. В. И. Даль сидел в том самом зале, где был написан словарь, в кожаном кресле с высокой спинкой. В. И. Даль получился точно такой, как в жизни. Глубокий старик: у него густые белые волосы, белоснежная борода и серые глаза; его взгляд выражает спокойствие: он свое дело сделал; нельзя не обратить внимания на прекрасные руки старика: этим длинным пальцам позавидует любой хирург.

Гении рождаются редко, но живут вечно. Наш Великий земляк Владимир Иванович Даль помог осознать все богатство и величие русского языка.

На улице, носящей имя Владимира Даля, находится дом, в котором жила его семья. Музей стал одним из центров культурной жизни города. В стенах музея, на родине Казака Луганского, возрождены знаменитые «Далевские четверги». Рядом с домом, где родился Казак Луганский, установлен памятник.

Кроме улицы, на которой находится дом-музей знаменитого учёного, имя Владимира Ивановича Даля в Луганске носят средняя школа №5 и Луганский государственный университет. Перед его главным корпусом установлен пятиметровый памятник самому известному луганчанину – Владимиру Ивановичу Далю.

**ЯЗЫК КАК ИДЕНТИФИКАТОР ЛИЧНОСТИ
В ПОЛИКУЛЬТУРНОМ МИРЕ***Научный руководитель канд. филол. наук, ст. преп. Максименко А. А.**Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ
РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. Сближение государств и наций, усиление их взаимосвязей и взаимозависимости ставит перед обществом сложные задачи адаптации человека к жизни в условиях многонациональной среды. В современном мире взаимодействие культур стало обычным явлением, порождающим спектр проблем, требующих пристального внимания и изучения.

Цель: изучить вопросы баланса культурной самобытности и поликультурной среды, взаимопроникновения культур и поддержания культурной идентичности, сформулировать основные принципы продуктивного общения и сотрудничества с представителями разных национальностей.

Материалы и методы. Теоретический анализ проблемы и предмета исследования, аналитическое рассмотрение возможностей языка как фактора социальной идентичности в поликультурной среде, включенное и опосредованное наблюдение, беседы со студентами и преподавателями.

Результаты и их обсуждение. Общество, основываясь на концепциях плюралистической парадигмы, постулирует признание различий во всех проявлениях человеческого бытия. При этом ее трактовка предполагает особое национальное видение плюрализма. О. Д. Павлова отмечает, что представители данной научной парадигмы исходили из идеи принципиальной множественности и многообразия культур.

Язык, как уникальное явление функционирования человека в обществе, является не только самым примечательным признаком, но и самым необходимым условием формирования его сущности. Язык аккумулирует в себе мощный культурологический потенциал, закодированный в традиционных для каждого народа самобытных нарративах: песнях, сказках, шутках, легендах, думах, преданиях, исторических очерках и т.д. Овладевая родным языком, пользуясь речью как вербальным видом общения с помощью языковых знаковых единиц, индивид находится в поле феномена национальной культуры. В данном контексте язык следует трактовать как глобальный идентификатор личности в поликультурном мире. Если о русском литературном языке можно говорить уже с начала XVII века, то национальным языком он становится в первую половину XIX века, в эпоху А. С. Пушкина. Развиваясь в тесной взаимосвязи, национальный язык и культура становятся маркерами самоидентификации, способствующими поляризации общества по принципу «свой - чужой». Уникальная амбивалентность сложившейся ситуации состоит в том, что лишь осознавая собственную уникальность как этнической культуры, можно говорить о множественности подобных уникальных культур и, соответственно, явлении поликультурности в условиях гетерогенного общества.

Все значимые для народа признаки отождествления себя с определенным этносом собраны, обобщены, закреплены и выражены словесно в культурном и языковом наследии. Уважительное, толерантное отношение к представителям современного многокультурного общества с высокой степенью контактного взаимодействия возможно лишь в результате целенаправленной политики по формированию данных качеств у всех сторон-участников процесса.

Для реализации поставленных задач необходимым, однако, не единственным условием является ознакомление с культурой другой страны, получение знаний о ее традициях, неповторимости менталитета. Не менее важным компонентом здесь следует назвать достаточную языковую подготовку, благодаря которой индивид может получать знания об иной культуре из непосредственного «живого» общения с представителями этноса. Существует множество способов произвести впечатление на собеседника, но одним из наиболее успешных считается уместно процитированное высказывание выдающихся личностей на языке оригинала.

Знакомство с национальным языком, проявлениями национальной культуры «чужого» народа (национальный костюм, детали поведения, этикет, жесты, религиозная принадлежность, соблюдение обрядов, обычаев) значительно снижает степень враждебности, негативного восприятия традиций и ценностей иной культуры. Острота поляризации «свой - чужой» смягчается за счет восприятия иной культуры как уже знакомой, понятной для выстраивания продуктивного взаимодействия и успешной межкультурной коммуникации. Однако не следует нивелировать значение моральных качеств личности каждого индивида, участвующего в процессе межкультурного взаимодействия, так как в этом контексте духовно-культурный компонент становится определяющим в системе воспитания личности, приобретает первостепенное значение.

Проведенный анализ ситуаций реального общения студентов медицинского университета, дает возможность утверждать о наличии тесной взаимозависимости между позитивным, дружеским взаимодействием студентов и уровнем их языковых и культурологических знаний о «инокультурных» представителях. Общение на одном национальном языке в разы повышает степень доброжелательного отношения между студентами разных национальностей. К. З. Закирьянов справедливо подчеркивает, что роль русского языка как языка-посредника настолько велика, что даже трудно сегодня представить жизнь нерусских народов страны без знания русского языка. Студенты-иностранцы, находящиеся на начальном уровне освоения русского языка, значительно быстрее адаптируются к новым реалиям жизни, продуктивнее усваивают правила использования языковых единиц при условии активного межкультурного общения в атмосфере непринужденности и доброжелательности во время проведения круглых столов, проектных работ, литературных вечеров совместно с отечественными студентами.

Выводы. В условиях поликультурной реальности человек сталкивается с необходимостью выстраивать качественную межкультурную коммуникацию. Ее реализация возможна при осознании уникальности каждой культуры, понимании культурной основы «чужих» ценностей и обычаев, уважительном отношении ко всему разнообразию культур в поликультурном мире и, конечно же, изучении языка народа, как средства выражения национальной культуры и неповторимости его менталитета. Особое внимание следует уделять формированию духовно-нравственных ценностей

личности (гибкости, открытости, искренности, отзывчивости, доброжелательности, толерантности и т.д.). Проблемной видится ситуация вынужденного перехода в условиях сложившейся эпидемиологической ситуации на онлайн-обучение. За счет сокращения общения вне интернет-ресурсов прогнозируем уменьшение реальных контактов с живыми людьми и замещение их виртуальными, снижение навыков «живого» общения, искажения и упрощения языка за счет использования интернет-сленга, сознательно неправильного написания слов и т.д. Перспективным считаем совместный с преподавателями поиск оптимальных форм и методов для проведения внеаудиторных мероприятий, ведь их значение в получении студенческой молодежью глубоких культурологических знаний, навыков межкультурной и межличностной коммуникации, воспитании толерантного отношения друг к другу и «инокультурным» представителям студенчества огромно.

УДК 1(470)

Петрухно А. В.

ФИЛОСОФСКИЕ ВЗГЛЯДЫ Ф. М. ДОСТОЕВСКОГО

**Научные руководители: ст. преподаватель Зайцева С. Н.,
ст. преподаватель Землякова С. Н., ст. преподаватель Бахтоярова Л. И.**

Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук

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

Актуальность. Федор Михайлович Достоевский – основоположник основных идей классической философии, явление уникальное не только в русской, но и в мировой культуре. Он признан великим писателем-философом как своими поклонниками, так и противниками по мироощущению.

Цель: познакомиться с историей формирования философских взглядов Ф. М. Достоевского.

Материалы. Изучение художественной, научно-популярной литературы, Интернет-ресурсов.

Выводы. Литературное творчество Ф. М. Достоевского по богатству содержащихся в нем философских идей поставило его в ряд выдающихся философов. Многие философские идеи Ф. М. Достоевского настолько глубоки и самостоятельны, что поднимаются до уровня философских открытий.

Философские идеи Ф. М. Достоевского позволяют некоторым исследователям видеть в нем одного из предтеч современного экзистенциализма. Его романы и повести «Преступление и наказание», «Идиот», «Бесы», «Записки мертвого дома», «Братья Карамазовы», «Дядюшкин сон», «Село Степанчиково и его обитатели» стали средством пропаганды гуманистической морали. Большое значение имеет для характеристики мировоззрения Достоевского «Дневник писателя».

Достоевский не стал создателем собственной законченной философской системы с точки зрения формального подхода западного (немецкого) представления о философии. Для этого писатель не обладал ни узкоспециальным образованием, ни желанием, поскольку главным жизненным поприщем избрал литературу. Тем не менее, художественные произведения и публицистика писателя содержат

основополагающие философские идеи, ставшие фундаментом русской классической философии, оформившейся во 2-й половине XIX века. Русский философ М. А. Маслин писал: *«Мировоззрение Достоевского — это философствование экзистенциального типа, философия человеческого существования».*

Взгляды писателя на человека, личность, менялись с течением его жизни. В 1840 – 1860-е годы он подвергся влиянию **романтизма**, изучал произведения Шеллинга. Для Фёдора Михайловича в этот период уже было очевидно, что между людьми нет равенства. Однако образ высшего человека менялся с течением его жизни.

Так, сначала идеалом писателя был **мечтательный человек**, который воспринимает мир ярче, видит больше, чем окружающие. Кроме того, Ф. М. Достоевский полагал, что сила человеческого желания чего-либо способна воплотить в жизнь то, что он желает.

Постепенно от идеала мечтателя, который способен управлять своим собственным миром грёз, Ф. М. Достоевский пришёл к **образу мистика**, который понимает, что сам реальный мир иллюзорен и способен подвергаться воздействию силы его мысли.

Кроме того, позднее изменилось представление Ф. М. Достоевского и о высшем человеке, что ярко проявилось в одном из его знаковых романов «Преступление и наказание». В нём писатель показал, что может случиться с человеком, который поддался влиянию ложных идеалов, пошёл по пути не истинно высших личностей, а лишь считающихся таковыми в обществе.

Достоевский полагал, что по-настоящему **возвышающийся над обществом человек** далеко не всегда выделяется, а **чаще несчастен**, так как он видит истинную глубину мира, его страшную тайну. Путь «высшего типа» может закончиться даже самоубийством.

Не придя к идее бессмертия, человек, отказавшийся от жизни лишь биологическими инстинктами и начавший размышлять о бессмысленности своей жизни, придёт к идее самоубийства, понимая, что никакого высшего смысла и цели в жизни человека нет. И, только приняв идею бессмертия, он может спасти себя и заняться благими делами.

В произведениях Ф. М. Достоевского раскрывается и тема **любви**. Подобно греческой философской традиции, он разделяет её на несколько видов:

- ♥ любовь к Богу
- ♥ дружеская
- ♥ отеческая
- ♥ страсть

Иерархия этих чувств соотносится у писателя с христианским мировоззрением, где самой совершенной формой любви признаётся **любовь к Богу**. Это не просто поклонение высшему существу, но и любовь ко всему миру, созданному им. При этом в своей любви к Богу Ф. М. Достоевский, по его собственным записям, готов был пойти даже против истины, так как был убеждён, что и Бог одаривает человечество истинной любовью.

Произведения Ф. М. Достоевского содержат квинтэссенцию русского национального самосознания. Философскими идеями пронизаны «**Записки из**

подполья» и романы «великого пятикнижия», где писатель изложил свою религиозную философию, христианскую антропологию и этику.

Достоевский ввёл понятие «**русская идея**», ставшее одной из основ отечественного философствования. Впервые писатель использовал данное понятие в письме А. Н. Майкову 18 января 1856 года: *«Я говорю о патриотизме, о русской идее, об чувстве долга, чести национальной, обо всем, о чём Вы с таким восторгом говорите»*.

Согласно О. И. Сыромятникову, русская идея была важнейшей темой творчества Достоевского. Русский философ А. В. Гулыга писал: *«Русская идея Достоевского – это воплощенная в патриотическую форму концепция всеобщей нравственности»*.

В 1860-е годы он начал выступать как активный критик западного буржуазного строя, индивидуализма.

В «Легенде о Великом инквизиторе», которую В. В. Розанов назвал философской поэмой, Ф. М. Достоевский выразил идею сочетания *свободы воли с абсолютным моральным законом*. Великий инквизитор отрицает Христа, не верит в человека и его духовную природу.

Главной философской проблемой для Ф. М. Достоевского была проблема человека, над разрешением которой он бился всю свою жизнь. Для Ф. М. Достоевского **личность человека была важнейшей ценностью**. Его этическая концепция строилась на принципе не причинения зла ни одному, даже самому жалкому человеку, в угоду счастья миллионов. В этом он оппонировал популярному в то время утилитаризму. Человек, по мнению писателя, не есть и не может быть средством для достижения чего бы то ни было кем-либо, он ценен сам по себе.

Будучи христианским русским мыслителем, Достоевский признавал **свободу воли человека**, которая накладывала на него и ответственность за его деяния. Кроме того, он также постулировал, что **каждый ответственен за всех остальных вокруг**.

Кроме того, Ф. М. Достоевский считал необходимым разводить моральный взгляд на преступление и преступника с государственно-правовым. Он признавал возможное противоречие между моральной и юридической оценкой ситуации: преступник может быть приговорён к высшей мере наказания, но при этом получить прощение окружающих за раскаяние и спастись. С другой стороны, он может быть формально не осуждён и отпущен, но получить моральное осуждение за содеянное.

Свобода была одной из важнейших категорий размышлений Ф. М. Достоевского. Для него было очевидным, что состояние «**всё дозволено**» не является подлинной свободой, а лишь наоборот, ведёт человека к неправильной жизни и лишает возможности спасения. Писатель критиковал своеволие, под которым понимал непреодолимое стремление человека исполнить свои желания, несмотря на объективные внешние препятствия.

Великий писатель отрицал человеческую свободу и идею сверхчеловека, которой посвящён роман «**Преступление и наказание**». Помыслив себя исключительным существом и вменяя себе благодаря этому право «**идти по головам**», Раскольников на самом деле наоборот лишил себя свободы.

Таким образом, по мнению Ф. М. Достоевского, путь освобождения человека долгий и тернистый. Сначала он должен дойти до самого дна, погрузившись в своеволие, затем ухватиться за идею сверхчеловека и, пройдя это испытание, понять,

что истинная свобода возможна только в Боге и искренней и чистой любви как главном человеческом чувстве, приближающем его к Богу.

Перейдя к прямой критике индивидуализма с одной стороны и тотального социалистического коллективизма – с другой, Ф. М. Достоевский поддержал одну из центральных идей русской религиозной философии – идею **соборности**. Идеалом совместного бытия людей для него стало единение отдельных личностей, не теряющих свою индивидуальность, в Церкви в процессе служения Богу, что и объединяет их.

Тема религии, противостояния **веры** и **атеизма** была одной из центральных тем творчества Ф. М. Достоевского. С каждым его произведением она прослеживалась всё отчётливее, а наиболее полно религиозно-философские взгляды писателя проявились в его романе «Братья Карамазовы».

Ф. М. Достоевский был **убеждённым православным христианином**, а потому считал, что только в процессе приближения человека к Богу через веру он может спастись. Одним из ярких фрагментов «Братьев Карамазовых», где Ф. М. Достоевский высказывает свои религиозные идеи, является «Поэма о Великом инквизиторе» его героя Ивана Карамазова. С помощью неё Достоевский показывает, что случается с человеком, отказавшимся от Бога. Извращая христианство, он приходит к полному отвращению к религии и божественной фигуре и в конце концов берёт роль Бога на себя, считает, что именно он должен встать над несчастной толпой, нуждающейся в управлении собой. Кроме того, человек сужает круг своих интересов до лишь материальных потребностей и приписывает подобные интересы всем его окружающим.

Речь о Пушкине стала философским завещанием русского писателя: «всемирная отзывчивость» русского человека воплотилась в национальном гении Пушкине. Русский национальный идеал **«всечеловечности»** не несёт враждебности Западу. Речь Ф. М. Достоевского о Пушкине укрепила авторитет писателя как властителя дум русского общества и примирила, к великому сожалению на короткое время, два противоборствующих лагеря западников и славянофилов.

По мнению достоевиста С. С. Шаулова, пушкинская речь Ф. М. Достоевского 8 июня 1880 года представила «один из первых (если не первый) в русской культуре образцов *публичного* философствования, в котором философская идея сливается с художественным способом её подачи и верифицируется личностью оратора».

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО КАК САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ОТРАСЛЬ ПРАВА В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНЫХ НОРМ, РЕГУЛИРУЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Научный руководитель ст. преп. Тищенко Е. С.

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ
РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. На сегодня данная тема актуальна потому, что развитие и формирование медицинского права из молодой науки в полноценную вызывает повышенный интерес и в то же время, не оставляет без внимания некоторые противоречия, главным образом, вызванные ее взаимосвязями с другими правовыми отраслями.

Цель: определить целесообразность использования медицинского права как отдельной самостоятельной отрасли.

Материалы и методы. При написании данной работы была проанализирована научная литература по медицинскому праву.

Результаты и их обсуждение. В наши дни развитие медицины предполагает правовое регулирование медицинской деятельности врачей, юристов, организаторов здравоохранения с учетом общественных отношений в социуме. Сегодня медицинское право обеспечивает соблюдение, как защиты прав граждан, так и законов касательно медицинской деятельности в целом.

Сегодня медицинское право взаимодействует с такими отраслями, как: конституционное, административное, уголовное, гражданское, трудовое, социальное, финансовое и др., поэтому не редко возникает вопрос при судебных разбирательствах, к какой отрасли относится какое-нибудь медицинское правонарушение и в рамках которой следует его рассматривать. Исходя из вышесказанного, следует вначале рассмотреть, что же такое медицинское право. Наиболее распространенное понятие гласит: медицинское право – это комплексная отрасль права, включающая совокупность правовых норм, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности. Следует учесть, что после распада СССР правовая сфера и сфера здравоохранения претерпевали различные трудности в собственном становлении, прежде чем медицинское право сформировалась как комплексная отрасль, позволяющая регулировать медицинскую деятельность в системе социальных норм. Возникшие рыночные отношения, различные социально-экономические кризисы, несовершенная законодательная база в различных направлениях медицины лишь предопределили необходимость медицинского права, как комплексной отрасли. Однако еще лет 10-15 назад медицинское право только начинало свое развитие как учебной дисциплины. Причиной тому было несколько обстоятельств, повлиявших на дальнейшее ее становление:

- обучение медицинскому праву медиков и юристов без отрегулированного подхода в различных специальностях;

- отсутствие на протяжении длительного времени грамотно и качественно проработанных и научно обоснованных учебных программ и лекций;
- отсутствие достаточного количества профессионалов в области юридического обеспечения медицинской деятельности;
- несоответствие судебно-медицинским или организационным требованиям в преподавании медицинского права для студентов-медиков;
- отсутствие необходимой научной и учебной литературы по медицинскому праву.

Лишь благодаря созданию и совершенствованию правительством государственной законодательной базы с одной стороны и инициативе, энтузиазму и профессионализму преподавателей в сферах медицины и юриспруденции с другой, удалось преобразовать накопленный всеми опыт в зарождение учебной дисциплины и отдельной отрасли «медицинское право». Тем не менее, появление все новых специалистов, в большей степени, сыграли незначительную роль в построении целостного представления о медицинском праве, потому что вся их деятельность в образовании сводилась к рассмотрению лишь отдельных проблем науки, изложенных во все возрастающем количестве различных учебников и методических пособий. Стоит подчеркнуть, что с течением времени, особой чертой медицинского права как дисциплины становится ее универсальность, т.к. она начинает применяться в образовании как юристами, так и медиками.

Со временем, возникновение медицинского страхования и рост обращений пациентов в различные клиники за медицинской помощью либо суды для разрешения медико-юридических вопросов касательно собственного здоровья, выявили необходимость не только в профессиональных кадрах, грамотно подкованных в правовом отношении, но и в усовершенствовании законодательной базы в сфере здравоохранения, обеспечивающей правовую защиту прав субъектов сторон.

Дальнейшее динамичное развитие медико-правовых и юридических отношений, повышенный интерес населения к правовому разрешению конфликтов из-за некачественной медицинской помощи привели к некоторым положительным изменениям в законодательстве, позволившим некоторое урегулирование отношений в здравоохранении, поэтому появилась необходимость основательно проработать правовой статус субъектов в сфере медицинской деятельности. В результате, общественные отношения, возникающие в процессе осуществления медицинской деятельности стали предметом изучения медицинского права, а медицинская деятельность расценивалась как комплексная многосторонняя система правоотношений, которые регулируются нормами многих отраслей права. Впоследствии все больше специалистов в юридической, медицинской и образовательной сферах стали приходить к выводу о том, что правоотношения в сфере охраны здоровья необходимо изучать в границах самостоятельной отрасли юриспруденции – медицинского права. Например, юрист М. Н. Малеина стала одной из инициаторов, поддерживающих идею о необходимости выделения медицинского права в самостоятельную отрасль права, а врачебное право сформировала в систему норм, регулирующих организацию имущественных, личных отношений, возникающих в связи с проведением санитарно-эпидемиологических и оказанием лечебно-профилактической помощи гражданам.

Все эти преобразования привели к тому, что медицинское право стало комплексной отраслью права, системой правовых норм, регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности, а при наличии сформулированных предмета и методов правового регулирования, согласно теории права, медицинское право окончательно становится самостоятельной отраслью. Предметом самостоятельной отрасли медицинского права становятся общественные отношения, возникающие в процессе осуществления медицинской деятельности. Сам термин «медицинская деятельность» понимается, как комплекс отношений между субъектами правоотношений, включающий в себя организацию системы обеспечения населения медицинской помощью, управление учреждениями здравоохранения и непосредственное оказание медицинской помощи населению.

В последнее время происходит более активное становление медицинского права как науки, особенно актуальными становятся юридические вопросы касательно биоэтики и трансплантологии. Все чаще организуются научные конференции, издается больше научной и учебной литературы посвященной медицинскому праву, тем не менее, все еще остаются открытыми некоторые вопросы касательно медико-правовых отношений, решение которых, в большей степени, зависит от успешности упорядочивания сферы здравоохранения и достойного финансирования государственных медицинских учреждений.

Выводы. Таким образом, мы приходим к выводу о том, что целесообразнее признать медицинское право отдельной самостоятельной отраслью юриспруденции, т.к. выступает ключевым этапом в правовом регулировании общественных отношений касательно медицинской деятельности. Без медицинского права было бы невозможно реализация государственной политики в сфере здравоохранения и справедливой реализации прав и защит пациентов и медиков.

УДК 614.253:340.1

Шаповалова М. Э.

КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ УРОВНЕЙ СОЦИАЛЬНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Научный руководитель преп. Леусенко Е. В.

*Кафедра философии, правоведения, социальных и гуманитарных наук
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ
РЕСПУБЛИКИ «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. На сегодняшний день интерес к данной теме исследования продиктован необходимостью переосмысления дифференциации уровней социального регулирования медицинской деятельности с нравственно-этической точки зрения, с позиции, установившихся этических норм и принципов поведения медработника при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Цель: определить критерии, определяющие уровни социального регулирования деятельности медицинских работников, место данных уровней в современном мире.

Материалы и методы. При проведении исследования были использованы анализ нормативно-правовых актов в сфере медицинской деятельности и обобщение мнений ученых-юристов в области деонтологии, биоэтики и медико-правовой этике.

Результаты и их обсуждение. Говоря о медицинской деятельности в аспекте социального регулирования, прежде всего, необходимо определить место регламентации медицинских отношений в системе права, установить отрасль права, которой они регулируются. Агрегирующей областью права, включающей в себя комплекс правовых норм, которые регулируют общественные отношения в сфере медицинской деятельности, служит медицинское право – самостоятельная отрасль юриспруденции, выступающая завершающей ступенью в системе социального регулирования общественных отношений в сфере медицины. Оно позволяет на достаточно высоком уровне, установленном современным общественным развитием, осуществлять разработку и реализацию государственной политики в сфере медицинской деятельности.

Под медицинской деятельностью в нормативных правовых актах, наряду с профессиональной деятельностью по оказанию медицинской помощи, рассматривают и профессиональную деятельность, связанную с трансплантацией органов и тканей, обращением донорской крови и ее компонентов в медицинских целях. Эта деятельность непосредственно связана с высшей ценностью, человеческой жизнью, и поэтому требует пристального внимания со стороны нормализации.

В структуре медицинской деятельности различают такие виды социальных норм, как нормы морали, обычаи, нормы права и корпоративные нормы, которые регулируют общественные отношения, возникающие в различных отраслях здравоохранения.

Стоит отметить, что приведенные виды социальных норм взаимосвязаны, как компоненты одной большой системы регламентации медицинской деятельности и непосредственно взаимодействуют друг с другом. Нормы морали в роли социального регулятора медицинской деятельности являют собой некоторые правила поведения, устанавливающиеся в обществе по отношению к медицине в соответствии с представлениями людей о добре и зле, справедливости и несправедливости. Нормы морали обеспечиваются и охраняются не только внутренним убеждением человека, но и силой общественного мнения. В течение долгого исторического периода нормы морали были первостепенным, а нередко и единственным параметром, влияющим на межличностные отношения врачей и их пациентов, а также движущим мотивом профессиональной работы медиков.

Обычаи, с точки зрения социального регулятора врачебной деятельности, представляются как нормы поведения, которые сложились в медицинской среде в результате процесса их многократного повторения и стали обыденными для человека. Для работников медицинской сферы обычаи тесно связаны с их профессиональной деятельностью.

Корпоративные нормы, в аспекте социального упорядочения медицинской деятельности, представляют правила поведения, которые устанавливаются различными общественными организациями, а также обеспечиваются и охраняются мерами социального воздействия, предусмотренными уставами этих организаций.

На определенном этапе развития медицинской деятельности, исходя из уже установленных в этой сфере норм, сформировались определенные уровни регулирования процесса оказания медицинской помощи, отражающие влияние общества на профессиональную деятельность медиков. Данные уровни представляют квинтэссенцию социальной регуляции деятельности медиков в современном мире.

На *первом уровне* социального регулирования медицинской деятельности находится *медицинская этика и деонтология*. Энциклопедический словарь медицинской терминологии определяет медицинскую деонтологию, как совокупность этических норм и принципов поведения медработника в процессе выполнения своих профессиональных обязанностей, в то время как медицинская этика включает в себя более широкий круг проблем – взаимоотношения медицинского работника с пациентом, медработников между собой, с родственниками пациента и здоровыми людьми.

Второй уровень представляет *медико-правовая этика* – совокупность разнообразных этических воззрений и норм, нашедших свое отражение или находящихся на стадии внедрения в нормативную юридическую базу законодательства, которая регламентирует общественные связи в области охраны здоровья населения. Обычно в медколлективах, где довольно часто возникают нарушения морально-этического и деонтологического характера, более часто встречаются проблемы правового характера. В данном аспекте, увеличение уровня ответственности работников медицинской сферы за морально-этические нарушения, оказывает огромное влияние на снижение общего количества более серьезных правовых проступков.

Биоэтика – *третий уровень* социального регулирования медицинской деятельности – наука, изучающая противоречия между интересами людей в области здоровья и достижениями биологии, медицины, фармации, которые могут нанести ущерб здоровью и качеству жизни, с целью выработки морально-нравственных принципов. Биоэтика выполняет функцию профессиональной защиты личности врача, его права поступать не только по закону, но и по совести. В качестве концептуальных принципов биоэтики ученые-юристы выделяют принцип автономии личности пациента и принцип справедливости.

К основным критериям развития биоэтики можно отнести неполноценность норм врачебной этики и деонтологии в интерпретации и отыскании адекватных ответов на проблемные вопросы в медицине, гуманизацию медицины и медобразования.

Выводы. На основе анализа уровней социального регулирования деятельности врача и их критериев было установлено, что особая важность таких правовых явлений как биоэтика, деонтология и медико-правовая этика составляют целостную систему социальной регламентации врачебной деятельности. Ведь нравственные и этические критерии уровней регулирования в медицине служат своеобразным гуманистическим ориентиром, который развивает мировоззрение врача, обязывает соблюдать надлежащие правила при общении с коллегами и пациентами, при оказании медпомощи больным. Рассмотренные уровни общественного регулирования в медицине очень сложно противопоставить друг другу, так как все они являются компонентами одного целого, и призваны обеспечивать гуманность и законность организации и соответственного оказания помощи медицинского персонала. Мораль, биоэтика и право предназначены для упорядочения общественных отношений в области здравоохранения, на основе интересов личности и общества, а также обеспечения осуществления человеком своих законных прав в сфере охраны здоровья.

**ВЛАДИМИР ДАЛЬ: ГОМЕОПАТИЯ – ЛЕЧЕНИЕ ПОДОБНОГО
ПОДОБНЫМ***Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Луговсков А.Д.**Кафедра социальной медицины и экономики здравоохранения**ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки»*

В истории нашей культуры В.И. Даль известен не только как военный врач, друг А.С. Пушкина, географ, лексикограф, автор учебников по ботанике и зоологии, очерков и рассказов, но и как врач-гомеопат.

Владимир Даль родился 10 (22) ноября 1801 года в посёлке Луганский завод (ныне Луганск) Екатеринославской губернии. В.И. Даль закончил учебу в морском кадетском корпусе. По окончании учебы пошел служить на черноморский флот. Затем получил медицинское образование в Дерптском университете. В годы обучения В.И. Даль увлекался хирургией. После университета работал в должности ординатора в передвижном госпитале в период русско-турецкой войны (1828-1829 гг.) и польской кампании (1831 г.). Был награжден за проявленную храбрость Владимирским крестом с бантом.

На то время медицинский мир уже обратил свое внимание на гомеопатию, информация о ней достигла и России, активно распространялась по стране, но новое учение принималось в штыки. В тот период Владимир Даль критично относился к гомеопатии как науке.

С 1832 г. в Санкт-Петербурге Владимир Даль работал ординатором в Санкт-Петербургском военно-сухопутном госпитале. В тот период он написал статьи в «Сыне Отечества» (1833 г.) и «Северной пчеле» (1833 г. и 1835 г.), в которых критиковал гомеопатию и ее основателя Самуэля Ганемана.

В 1833 году В. Даль ушел в отставку с должности врача и начал свою работу в Оренбурге при военном губернаторе В. А. Перовском как чиновник особых поручений. Около восьми лет он прослужил на этой должности.

В этот же период жизни произошло событие, которое изменило точку зрения Даля о гомеопатии. Его родственник заболел очень тяжело и врач-гомеопат предложил свою помощь. Результаты лечения оказались ошеломляющими. Этот случай предоставил наглядный пример эффективности гомеопатической терапии и настолько впечатлил Даля, что он провел свои долгосрочные исследования и поставил ряд опытов. В 1838 г. он напечатал в «Современнике» письмо «Об гомеопатии», где отметил опрометчивость своих взглядов, привел ряд доводов в пользу гомеопатии, но, в то же время, указал на необходимость исследования методов лечения, применяемых в гомеопатии, на научной основе и в клинических условиях.

В 1841 году Владимир Даль приступил к работе в качестве секретаря Льва Перовского, министра внутренних дел, а потом заведовал его особой канцелярией.

В. Даль убедил самого Л.Перовского в пользе нового гомеопатического метода и способствовал открытию при больнице чернорабочих отделения на 50 коек для излечения заболевших методами гомеопатии. Для лучшего анализа эффективности гомеопатии по сравнению с традиционными методами лечения было открыто еще одно

отделение на 50 пациентов. Больных определяли в отделения по мере их поступления в лечебное учреждение - без специального подбора. Лечение в этих отделениях контролировалось доктором Розенбергом. После ухода Владимира Даля в 1849 году из министерства и в особенности после смерти Л.А. Перовского в 1856 году отделение больницы, которое практиковало гомеопатию, быстро пришло в упадок.

После службы в Министерстве внутренних дел Даль переехал в Нижний Новгород. Там он получил место управляющего Удельной конторой. В городе при больнице действовало отделение гомеопатии, в котором работал Карл Боянус, там же и сам Владимир Даль продолжил свои изыскания. Основываясь на полученных результатах лечения пациентов, Карл Боянус написал книгу «Опыт приложения гомеопатии к хирургии».

С 1859 года Даль жил в Москве и посвятил все силы созданию своего главного труда - четырехтомного «Толкового словаря живого великорусского языка» и поместил в словарь термин «гомеопатия».

Владимир Даль является одним из видных русских деятелей XIX века и всю жизнь преданно и честно служил своему Отечеству. Владимир Иванович Даль являлся не только автором знаменитого словаря, но и врачом, внесшим бесценный вклад в развитие гомеопатии в России.

УДК: [616-002.5+616-006.6]-07 616-002.5: 616.24-002-07

Терентьева Ю.С., Назаренко В.С., Коробка Ю.Н., Баранова В.В., Сидорова Н.С.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С ВИЧ АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Пустовой Ю.Г.

Кафедра фтизиатрии, клинической иммунологии и медицинской генетики

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

Актуальность. Туберкулез является основной причиной смертности среди людей, живущих с ВИЧ, на него приходится около одной трети случаев смерти, связанных со СПИДом. В 2019 году у 10,1 миллионов человек развился туберкулез, примерно 9% из них жили с ВИЧ. По данным ВОЗ инфицировано вирусным гепатитом С (HCV) от 130 до 210 млн. населения планеты, среди которых не менее чем у 120 млн. человек есть признаки хронических заболеваний печени, и из них каждый год погибает более 10 млн. Если не принять неотложные меры, то через 10-20 лет летальность от HCV инфекции в 3 раза превысит этот показатель при ВИЧ – инфекции. Сама по себе ВИЧ-инфекция, даже в виде ко-инфекции с хроническими вирусными гепатитами не приводит к быстрым летальным последствиям и не является главной причиной смерти больных. Фатальным для таких больных является заражение микобактериями туберкулёза и развитие туберкулёза лёгких. У ВИЧ инфицированных гораздо быстрее прогрессируют хронические заболевания печени, обусловленные вирусными гепатитами В и С, что так же увеличивает летальность. В свою очередь, HCV – инфекция также может способствовать активации туберкулёза и утяжелять его течение и негативно сказываться на проведение противотуберкулезной химиотерапии.

Клинические проявления туберкулёза лёгких у больных с “тройной” инфекцией чаще и тяжелее, чем у больных с сочетаниями ВИЧ+ ТБ или ТБ + ВГ. У больных с ТБ+ВИЧ+ВГ в 1,8 раза чаще наблюдается осложнённое течение, что сопровождается более частыми бактериовыделением и деструктивными изменениями в лёгких. У больных с тройной ко - инфекцией ТБ+HCV+ВИЧ при лечении противотуберкулезными препаратами первого ряда в 30% случаев по данным многих авторов регистрируются побочные реакции на фоне АРТ. Развитие туберкулеза, вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) и вирусного гепатита у одного и того же пациента создает уникальные клинические проблемы и проблемы общественного здравоохранения, поскольку лекарства для лечения туберкулеза и ВИЧ являются гепатотоксичными. Своевременная диагностика - это путь для доступа как к лечению, так и к профилактике столь актуальных инфекций, но на данный момент проблема не выявленной вовремя инфекции остается актуальной во всем мире.

Цель: Оценка возможных сложностей в диагностике вирусных гепатитов с ВИЧ ассоциированным туберкулезом, особенности клинического течения тройной ко-инфекции.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 144 историй болезней пациентов с тройной ко-инфекцией, находящихся на лечении в Луганском республиканском противотуберкулезном диспансере в специализированном отделении для лечения пациентов с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ с 2014 по 2020 годы.

Результаты и их обсуждение. При характеристике социального статуса больных с тройной ко-инфекцией выявлено, что по гендерному составу среди пациентов данной категории одна треть были женщины, и две трети составили мужчины (67,4%). По возрасту основной контингент пациентов – лица репродуктивного и работоспособного возраста, больше половины больных были в 81 % были не работающие пациенты. Из анамнеза было установлено, что находились в пенитенциарных учреждениях 24,3% больных. При этом больные указывали, что время заключения длилось от 1 года до 18 лет. У трети пациентов ВИЧ - инфекция выявлялась одновременно с регистрацией туберкулеза в противотуберкулезном диспансере – 54 (37,5%). Но даже в случаях когда ВИЧ-инфекция выявлена ранее – у 90 больных (62,5%), большая часть из них категорически отказывалась от приема АРТ - терапии, аргументирую токсичностью предложенного лечения для печени.

По распространенности туберкулезного поражения множественная локализация была установлена в 25,7% случаях. Из них с бактериовыделением было 42,4% больных. По клиническим формам легочного туберкулеза преобладали диссеминированные поражения 45, 8%, инфильтративная форма регистрировалась реже – 35,4%, еще меньше было лиц ограниченным поражением легких (очаговая форма) и с запущенными формами (фиброзно-кавернозный туберкулез легких) – 5,5% и 1,4 %, соответственно.

В результате исследования мы обнаружили, что клинические проявления туберкулеза легких у больных с “тройной” инфекцией чаще и тяжелее, чем у больных с сочетаниями ВИЧ+ ТБ или ТБ + ВГ. Препараты, используемые при лечении туберкулеза и ВИЧ, имеют гепатотоксическое действие, что вызывает структурно-функциональные нарушения печени и усугубляет течение гепатита. У ВИЧ

инфицированных гораздо быстрее прогрессируют хронические заболеваниями печени, в том числе увеличивается риск развития гепатоцеллюлярной карциномы обусловленные вирусными гепатитами В и С, что также увеличивает летальность.

При ВИЧ – ассоциированном туберкулезе у каждого второго пациента (46,9%) был подтвержден хронический вирусный гепатит С. У больных с тройной ко-инфекцией ТБ+HCV+ВИЧ при лечении препаратами первого ряда в 30% случаев регистрируются побочные реакции на фоне АРТ. Основные особенности диагностики гепатита у больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом заключаются в снижении диагностической эффективности и чувствительности тестов на HBsAg и у большей половины больных результаты ИФА были отрицательными, при наличии клинико-биохимических маркеров наличия гепатитов вследствие выраженной иммунносупрессии у пациентов и антиретровирусной и противотуберкулезной терапии. Кроме того, практически у каждого больного (24,8%) с тройной ко-инфекцией еще до начала проведения противотуберкулезной химиотерапии регистрировались повышенные показатели АлАТ и АсАТ. Данный факт привел к необходимости в более тщательном и частом (2 - 4 раза в месяц) лабораторном мониторинге функционального состояния печени.

Выводы. При ВИЧ – ассоциированном туберкулезе у каждого второго пациента (46,9%) был подтвержден хронический вирусный гепатит С. У больных с тройной ко-инфекцией ТБ+HCV+ВИЧ при лечении препаратами первого ряда в 30% случаев регистрируются побочные реакции на фоне АРТ. Учитывая данные биохимических показателей, можно предположить, что количество лиц с тройной ко-инфекцией значительно выше. Истинное количество больных с тройной Ко – инфекцией (ВИЧ/ТБ/ХВГС) невозможно определить из-за трудностей выявления маркеров гепатитов у ВИЧ-инфицированных, особенно при выраженном иммунодефиците, при этом ИФА диагностика имеет недостаточную информативность, пациентам показано исследование крови ПЦР на HCV. Необходим более тщательный мониторинг биохимических показателей (аминотрансфераз, ЩФ, Билирубина) и динамический их мониторинг в процессе лечения туберкулеза. Длительное использование противотуберкулезных и антиретровирусных препаратов, оказывает негативное влияние на печень, снижая ее функциональную активность и при диагностике вирусного гепатита возможно получение ложных результатов.

Таким образом, диагностика вирусного гепатита при ВИЧ ассоциированном туберкулезе требует более тщательного обследования больных. Изменения функциональных печеночных проб у больных с ВИЧ-инфекции и туберкулезом легких на фоне хронических вирусных гепатитов, особенно на фоне использования туберкулостатических препаратов, должны трактоваться как тревожный признак поражения печени и требовать более частого и тщательного лабораторного мониторинга. Наиболее информативным у пациентов с ВИЧ-инфекции и туберкулезом на фоне хронических вирусных гепатитов является определение протеинограммы, уровня индикаторных ферментов и показатели состояния жирового обмена.

Анисимов Н.В., Ергов А.А., Баранова В.В., Балабаева Н.В.

ПРОБЛЕМЫ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ: ТУБЕРКУЛЕЗ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВО ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Пустовой Ю.Г.

*Кафедра фтизиатрии, клинической иммунологии и медицинской генетики
ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», г. Луганск*

Актуальность. Современные диагностические возможности привели к значительному росту регистрации онкологической патологии. По данным статистики, онкологические заболевания являются одной из основных причин смерти в мире: процент смертности от рака составляет 20% и данная патология занимает уже 6 место среди основных 10 всех причин смерти в мире, туберкулез замыкает этот список и находится на 10 месте. При этом заболеваемость раком имеет выраженную тенденцию к росту. Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) считают, что в скором времени злокачественные новообразования займут лидирующие позиции и опередят сердечно-сосудистую патологию. Так удельный вес заболеваемости с онкопатологией населения в России 2019 году достиг 17,7%, а туберкулезом туберкулез - 0,4%. Заболеваемость туберкулезом за последние пять лет снижается благодаря консолидирующим усилиям ВОЗ, Глобального фонда противостояния эпидемии туберкулеза, фтизиатрической службы и государственной поддержки. Наличие длительного интоксикационного синдрома усложняет дифференциальную диагностику онкопатологии, с другими хроническими заболеваниями, в том числе, и с туберкулезом. По данным аутопсий частота рака легкого у людей с остаточными посттуберкулезными изменениями в 4—7 раз выше, чем у лиц, не имеющих в легких признаков ранее перенесенного туберкулеза. Намного сложнее диагностический путь при сочетании туберкулеза легких и онкологического заболевания другого органа или системы.

Цель: Изучить локализацию онкологической патологии у больных туберкулезом легких и клинико - лабораторные маркеры в случаях их сочетаний.

Материалы и методы. Ретроспективно были изучены статистические талоны (ф025/у) больных находящихся на стационарном лечении в Луганском республиканском противотуберкулезно диспансере с 2018-2020 г. В процессе установления диагноза использовались различные методы диагностики (клинико-лабораторная диагностика, рентгенологическое исследование, фибробронхоскопия с различными видами биопсии, бактериологическое исследование мокроты и бронхиального содержимого, диагностическая торакотомия), при подозрении наличия онкопатологии дополнительные исследования по показаниям и консультация профильных специалистов Луганского республиканского онкологического диспансера.

Результаты и их обсуждение. По нашим данным за последние 3 года наблюдения – увеличение частоты сочетания туберкулеза и онкологических заболеваний с 1,5% до 3,8% у пациентов противотуберкулезных учреждений.

При этом обращает внимание тот факт, что локализация онкопатологии у больных туберкулезом на современном этапе чаще не совпадала с локализацией

туберкулезных изменений. При легочной форме туберкулеза были зарегистрированы следующие варианты локализации онкозаболеваний:

- Рак гортани,
- Острая миелоцитарная миелома (болезнь Рустицкого – Каллера),
- Рак кожи голени (меланома),
- Рак кожи носогубного треугольника,
- Рак гортани,
- Рак легкого,
- Лимфогрануломатоз (болезнь Ходжкина),
- Рак шейки матки,
- Рак брюшной полости.

Определенное диагностическое значение имели особенности динамики процесса во время противотуберкулезной терапии. В процессе лечения туберкулеза обратил внимание факт сохраняющейся анемии чаще гипохромного характера на 2-3 месяце лечения при положительной клинико - рентгенологической динамике изменений в легких (рассасывание инфильтративных изменений специфического воспаления, уменьшение размеров полостей распада, уплотнение очаговых теней). Кроме того, подтверждением положительного эффекта противотуберкулезной терапии служили полученные отрицательные бактериоскопические анализы, что указывало на уменьшение интенсивности бактериовыделения у больных или достижения абациллирования больного. В связи с вышеизложенным вопрос сохраняющейся анемии, а в ряде клинических случаях, сочетанной со снижением уровня глюкозы крови при мониторинге данного показателя заставил клиницистов задуматься о сочетанной патологии – онкологической настороженности. Дополнительно проведенные исследования и консультации в ряде случаев подтвердили наличие рака у пациентов с туберкулезом легочной локализации.

Выявление признаков прогрессирования локальных изменений, подозрительных в плане опухоли, требует повышенного внимания даже на фоне общих положительных клинико-рентгенологических сдвигов. При верификации диагноза рака с учетом имеющихся возможностей производят радикальное удаление пораженной части или всего легкого с регионарными лимфатическими узлами. В послеоперационном периоде противотуберкулезную терапию продолжают. Одновременно возможно проведение противоопухолевой химиотерапии по специальной программе.

Выводы. Наличие анемического синдрома, склонность к гипогликемическим крови может служить дополнительными маркерами сочетания туберкулезного поражения и онкологической патологии. При этом локализация рака возможна в различных органах или системах больного. В настоящее время распространенность онкологической патологии превышает распространенность туберкулеза, поэтому случаи сочетанной патологии становятся актуальными для врача любой специальности, в том числе и во фтизиатрической практике. При наличии патологических клинических или лабораторных изменений у пациентов не соответствующих установленному диагнозу, врач не должен ограничиваться одним заболеванием - туберкулезом. Необходимо помнить о возможности развития сочетанной патологии, исключая рак любой локализации, так как только

своевременная его диагностика, дает шанс больному на проведение адекватной терапии выявленных заболеваний.

УДК 616-009.7-083

Трилис М. А.

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ, ИСПЫТЫВАЮЩИМ БОЛЬ

*Научный руководитель преподаватель иностранного языка, специалист
первой категории Верба И. В.*

*Стахановское отделение медицинского колледжа государственного
учреждения*

Луганской Народной Республики

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

Актуальность. «Иногда люди жалуются на свою боль. Иногда они ненавидят за эту боль. Иногда они кричат от боли. А иногда им так больно, что у них нет сил ни жаловаться, ни ненавидеть, ни кричать А со стороны говорят: «Посмотрите, как невозмутим и равнодушен этот человек».

Крис Колфер

В последнее время мы задумываемся о происхождении боли XXI века и даже сделали смелую попытку сформулировать определенные мысли на этот счет. Что ждет нас с болевым синдромом, будет ли человек XXI века также страдать от различных болевых феноменов? Вопрос трудный и неоднозначный. Боль является ощущением, хорошо знакомым каждому человеку. Практически нет людей, которые бы многократно в течение своей жизни не пережили чувство боли. Совершенно не случайно само слово «боль» коренным образом связано с такими понятиями, как больной, больница, а отклонение от нормального, здорового состояния обозначается как «болезнь». Боль и болезнь связаны очень тесно, и нередко, отрываясь от первоначального понятия боли, мы говорим «болит душа», вкладывая в это уже другой смысл. Скорее всего, лингвистическая связь слов «боль» и «болезнь» определяется тем, что боль — одно из самых частых проявлений различных патологических процессов. В широком смысле боль является предупреждающим сигналом о возникающих в организме нарушениях, который открывает путь к распознаванию и лечению многих заболеваний. В этом смысле боль — важное, полезное и трудно переоцененное ощущение.

Цель: изучить принципы индивидуальной терапии боли; выявить основные проблемы пациентов, испытывающих боль; провести планирование сестринских вмешательств с целью уменьшения или устранения боли.

Материалы и методы. Объект исследования — пациенты Стахановской ЦГМБ, испытывающие боль. Предмет исследования — реакция на боль.

Для выявления основных проблем пациентов, испытывающих боль в Стахановской ЦГМБ, кружковцами проведено анкетирование в 2020 и 2021 гг.

Результаты и их обсуждение. В ходе социологического исследования были опрошены 52 пациента в 2020 году и 48 в 2021 году. Категория опрошенных — пациенты в возрасте от 50 до 70 лет.

60 % пациентов могут самостоятельно описать характер боли. 30 % испытуемых имеют острые боли различных локализаций. Из всех опрошенных 60 % испытывают боль ночью, в состоянии покоя – 20 %, при движении – 5 %.

Облегчить пациентам боль помогают:

- внешние отвлекающие факторы – 5 %;
- применение анальгетиков и препаратов – 40 %;
- методы физиотерапии – 10 %;
- приятное общение с медсестрой – 30 %;
- определенная поза, сон – 10 %.

Из всех методов обезболивания немедикаментозная терапия занимает 60 %.

Основные проблемы пациентов испытывающих боль, которые были выявлены в ходе исследования, следующие:

- невозможность (нежелание) проводить личную гигиену ежедневно – 10 %;
- снижение аппетита, нарушение сна из-за ночных болей, снижение двигательной активности – 20 %;
- трудности с осуществлением физиологических отправления – 10 %;
- невозможность трудиться и отдыхать, так как привык пациент, трудности с общением – 30 %.

Выводы. В ходе исследовательской работы были изучены принципы индивидуальной терапии боли и сделаны выводы, что при рассмотрении болевого синдрома следует оценивать не только локализацию, характер боли, тип острой и хронической боли, но и рассматривать вопросы эмоционально-личностных особенностей и динамики боли в различных функциональных состояниях цикла бодрствование – сон, учитывать пол и сторону поражения.

На основании очень бурного и ускоряющегося прогресса в изучении природы боли появились эффективные методы обезболивания: физические, психологические и фармакологические. Заповедью каждой медсестры должна быть идея непрямого и своевременного снятия боли, для чего она должна, провести необходимые исследования, облегчить состояние пациента.