

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сборник тезисов
Одиннадцатой межрегиональной учебно-практической
студенческой конференции
«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.
РАСШИРЕНИЕ ГОРИЗОНТОВ»



Казань

20 апреля 2022 года

**Одиннадцатая межрегиональная учебно-практическая
студенческая конференция
«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.
РАСШИРЕНИЕ ГОРИЗОНТОВ»**

Содержание

«Клинический опыт в поликлинике»	16
Алгоритм диагностики суставного синдрома: Ревматоидный артрит или Остеоартрит? Азизова А.Д., Хуснетдинова И.И. (Сигитова Ольга Николаевна) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	16
Клинический разбор «Анкилозирующий спондилит, ассоциированный с HLA-B27» (Болезнь Бехтерева). Губайдуллин Р.А., Губайдуллина М.Р., Габдуллина А.Ф. (Сигитова Ольга Николаевна) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	17
Клинический случай полиморбидного пациента в амбулаторной практике: выбор терапии. Рахмаева В.В., Зидиханова К.И., Семенова Д.Ю. (Копылов Александр Николаевич) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	18
Анализ течения и исходов гипертонической болезни у пациента при отсутствии модификации факторов риска. Гайнутдинова Р.И., Шамсутдинова И.З. (Сигитова Ольга Николаевна) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	22
Возможности диагностики атеросклероза у пациентов на поликлиническом этапе. Нестерина М.К., Латфуллина Э.З. (Копылов Александр Николаевич) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	24
Взаимосвязь нарушений углеводного обмена с фенотипами ожирения. Огнетова А.А., Мамедова С.Н. (Ким Таисия Юрьевна) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	26
Анализ симптомов постковидного синдрома у пациентов с коморбидной патологией в условиях поликлиники. Величко А.С., Харисов Д.Р. (Сигитова Ольга Николаевна) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	28
Респираторные симптомы у молодых пациентов во время и после новой коронавирусной инфекции. Хидиятова А.Ф., Ахметзянова З.И. (Долгова Зульфия Рафиковна) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	30

Аденокарцинома легкого у пациента пожилого возраста (разбор клинического случая). Алукаев А.Р., Галимов А.Р., Ибрагимов Д.Р. (Синеглазова Альбина Владимировна) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	32
Особенности терапии острого подагрического артрита при ХБП. Никифорова Е.С., Билялова Д.М. (группа 1608) (Сигитова Ольга Николаевна) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	34
Анализ клинического случая поражения почек от воздействия биологического фактора. Виноградова Д.С. (Гарипова Р.В., Архипов Е.В.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	36
К вопросу о коморбидности в молодом возрасте. Идрисова Ч.К. (Нуриева Альбина Рашитовна) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	37
Изучение изменения медицинской грамотности пациентов по работе «фильтра» в условиях риска заражения новой коронавирусной инфекцией. Горшкова Д.С., Карамова А.Ф. (Тихомирова Г.И.) ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России	39
Особенности течения острого панкреатита в условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки. Нуриева А.Р., Русских А.С., Шипицына Е.А. (Тихомирова Г.И.) ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России	41
Клинический случай красного плоского лишая волосистой части головы. Фаткуллина Л.Р. (Хисматуллина И.М., Файзуллина Е.В.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	42
Особенности кардиометаболических факторов риска в подгруппах лиц молодого возраста. Ключ Е.Д., Закиев И.Р., Нуриева А.Р. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	44
Изучение поствакцинальной реакции на вакцину «Спутник-V» у пациентов города Ижевска. Макарова Д.С. (Михайлова О.Д.) ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России	45
Острое желудочно-кишечное кровотечение язвенной этиологии у беременной в предродовом периоде Ейкина О.Н., Рахимова С.Р., Страшнов Д.В. (Стяжкина С.Н.) ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России	47
Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости с тяжелой коморбидной патологией. Рахимова С.Р., Ейкина О.Н., Страшнов Д.В. (Стяжкина С.Н.) ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России	51

Научно-исследовательская работа	54
«Сравнение количества обращений пациентов с орви и Covid-19». Миннегалимова К.Р. (Абдулхаков Р.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	54
Степень удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи в ГАУЗ «Городская поликлиника №16». Земскова С.Д. (Абдулхаков Р.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	57
Особенности лечения гипертонической болезни у пациентов с бронхиальной астмой. клиническое наблюдение. Шафигуллина А.А. (Абдулхаков Р.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	60
Долгосрочные последствия Covid-19 через 6-8 месяцев после выписки из стационара. Тимофеева Е.О. (Абдулхаков Р.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	62
Распространенность язвенной болезни желудка среди пациентов ГАУЗ поликлиники ГКБ №16 г. Казани, Хабиров Р.А. (Акберова Д.Р.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	64
Клинико-лабораторный анализ пациентов с Covid-19, обратившихся во временный инфекционный госпиталь РКБ МЗ РТ в ноябре 2021 г. Лактионова Е.М., Гильфанова А.И., Галиева А.М. (Акберова Д.Р.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	66
Дифференциальная диагностика синдрома портальной гипертензии. Ефимова Д.В. (Бодрягина Е.С., Белоусова Е.Н.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	67
Частота заболеваемости covid-19 и особенности постковидного синдрома, опыт поликлинической практики. Белоусова Э.В., Седенкова А.О. (Халфина Т.Н., Нуруллина Г.И.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	69
Частота встречаемости внебольничной пневмонии за 2017-2021 г. в ГАУЗ поликлинике ГКБ №16 г. Казани, Петрова В.П. (Акберова Д.Р.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	71
Производственная практика на лечебном факультете в качестве помощника врача (терапия, акушерство и гинекология, хирургия)	73
Синдром перекреста Астма-ХОБЛ: клинический случай. Адиева А.А., Иванова Е.В. (Мухаметова Д.Д., Шамсутдинова Н.Г.), ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	73
Новый вызов клиницистам: почки – очередная мишень SARS-COV-2, лечебный факультет Мутигуллин Р.Д., Гайнутдинова Л.А. (Халфина Т.Н., Нуруллина Г.И.), ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	75
Клинический случай производственной практики: флегмона шеи на фоне декомпенсированного сахарного диабета, осложнённая медиастинитом, сепсисом. Анохина Е.А., Гостюнин Т.Д. (Пикуза А.В.), ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	77

Определение уровня аммония крови у пациента с циррозом печени. Князева М.В., Назарова М.Г., Фасхиева З.И. (Мухаметова Д.Д., Белоусова Е.Н.), ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	79
Эластометрия в диагностике тяжести фиброза у пациентов с хроническими заболеваниями печени. Миннемуллин И.М. (Мухаметова Д.Д.), ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	81
Клинический случай пациента с муковисцидозом. Чантурия И.Д. (Бомбина Л.К., Гараева А.Р.), ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	83
Пандемия COVID-19 и изменения менструального цикла у женщин репродуктивного возраста: стресс как основной фактор? Яруллина Э.О. (Галимьянова Э.И.), ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	85
Перспективы применения перитонеального диализа в современных условиях. Анамов Р.И., Андрианов А.А. (Нуруллина Г.И.), ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	87
Два случая инфаркта миокарда без обструкции коронарных артерий из практики врача-кардиолога. Нурмиева Э.Р., Алексеев Г.А., Усманова А.Ф. (Маянская С.Д.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	89
Practical training on gynaecology during the academic semester. R. Chatterjee (Tikhomirova G.I.) ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России	91
Производственная практика на педиатрическом факультете в качестве помощника врача	92
Потенциальный метод лечения неалкогольного стеатогепатита в сравнении со стандартной терапией. Фролова А.А., Закирову К.Р. (Андреичева Е.Н.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	92
«Трепанобиопсия-доказательный метод диагностики миелодиспластического синдрома». Еникеева А.Р., Даутова А.Р. (Салимова Л.М., Молостцова А.Ф.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	94
Клинический случай новой коронавирусной инфекции у пациентки с хроническим лимфолейкозом. Раимова А.Т., Николаева Е.А. (Салимова Л.М., Молостцова А.Ф.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	96
Риски неконтролируемого течение гипертонической болезни у молодого пациента с впервые выявленным сахарным диабетом» Закирова З.З. (Зиннатуллина А.Р.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	97

Идиосинкразия на парацетамол: клиническое наблюдение во время клинической практики «Помощник врача стационара». Салихова Д.Р. (Пальмова Л.Ю.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	100
Кесарево сечение с извлечением плода в целом плодном пузыре. Галимзянов И.И., Шукруллоев Н.Р. (Хайруллина Г.Р.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	102
«Помощник младшего медицинского персонала, палатной и процедурной медицинской сестры»	103
Исследование качества жизни, лабораторных и инструментальных показателей у подростков с артериальной гипертензией во время производственной практики. Рашитова Э.Л., Зарипов И.Р., Ключкина А.И. (Халиуллина С.В.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	103
Моя научная работа во время прохождения практики: определить устойчивость явления самолечения с точки зрения специалистов, Минсафин Р.Р., Каримов Б.А., Адельшин А.М. (Закирова А.М.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	105
Врождённый порок сердца (коарктация аорты, двустворчатый аортальный клапан, сердечная недостаточность I) – интересный клинический случай, выявленный в ходе прохождения практики «помощник процедурной медицинской сестры». Ослопова Д.В., Щипкова А.А. (Закирова А.М.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	107
Случай лапароскопической коррекции перфорации язвенной болезни двенадцатиперстной кишки по Островскому во время практики. Зарипов И.Р., Рашитова Э.Л. (Закирова А.М.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	109
Интересный клинический случай – Рваная Рана Бедрa – во время прохождения производственной практики. Матурова А.Р., Рашитова Э.Л. (Закирова А.М., Фатыхов Р.И.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	111
Клинический случай резидуально-органического поражения головного мозга. Валиуллова А.А., Ключкина А.И. (Гатина Л.Н.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	112
Клинический случай во время практики: врожденная лимфедема у подростка. Киселев Р.П., Ефремова К.А. (Закирова А.М., Гатина Л.Н.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	114
Диагностика и лечение кисты сосудистого сплетения на фоне гипотрофии – интересный случай из практики. Нуртдинова А.И. (Фатыхов Р.И.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	116

Оценить распространенность аллергических заболеваний у детей, рожденных в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий. Караманян О.В., Рашитова Э.Л. (Халиуллина С.В., Закирова А.М.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	117
Практика в приемном отделении: плюсы и минусы. Юсупова З.Р., Фаттахова А.М. (Макаров М.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	119
Моя производственная практика «помощник процедурной медсестры». Адельшин А.М., Каримов Б.А., Минсафин Р.Р. (Закирова А.М.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	121
Производственная практика в нейрохирургическом отделении. Василова Г.И. (Закирова А.М., Фатыхов.Р.И) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	122
Прохождение производственной практики в отделении медицинской реабилитации. Ибрагимхалилов К. Шахид Оглы, Зотова А.Е. (Закирова А.М.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	123
Анализ динамики тревожных и депрессивных расстройств среди студентов медицинского ВУЗа. Ибрагимов Т.М., Кадриев А.А., Зарипов И.Р. (Халиуллина С.В., Закирова А.М.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	125
Особенности ухода за пациентом с гонартрозом коленного сустава во время практики в качестве палатной медицинской сестры. Ермакова К.Н. (Макаров М.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	126
Изучение технологии профилактики стрессовых состояний и управления стрессом во время практики. Каримов Б.А., Адельшин А.М., Минсафин Р.Р. (Закирова А.М.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	128
Клинический случай: болезнь крона у подростка при прохождении производственной практики «Помощник процедурной медицинской сестры». Щипкова А.А., Ослопова Д.В. (Ослопов В.Н., Закирова А.М.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	130
Оценка роли среднего медицинского персонала в получении базовых практических навыков студентами. Салогуб М.В., Карзакова Е.К. (Макаров М.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	132
Производственная практика в психоневрологическом отделении. Хабирова Г.И. (Закирова А.М.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	134

Моя первая производственная практика в медицине: ожидания, реалии, перспективы. Бабкин В.Д., Кормщиков М.М., Хоботова К.П. (Ткаченко И.В.) ФГБОУ ВО Дальневосточный ГМУ Минздрава РФ	135
Practical training during the academic semester. Аастха Сингх (Тихомирова Г.И.) ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России.	138
Опыт прохождения летней практики студентами на базе онкологического диспансера. Турсунов М.К., Тихомирова Г.И. (Тихомирова Г.И.) ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России.	140
Особенности методов остеосинтеза костей голени в травматологическом отделении ГАУЗ «НЦРМБ». Гайсина Д.М. (Михайлов А.Ю.) ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России.	142
Краевая резекция ногтевой пластины с применением углекислотного лазера. Колодкина С.А. (Тихомирова Г.И.) ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России.	144
Особенности волонтерской помощи студентов медицинского университета в условиях COVID-19. Медведева Д.А., Наволокина А.М., Смирнова Е.И. (Кочубейник А.В.) ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России.	145
Принципы диагностики пациентов с синдромом Такоцубо. Абитова А.А. (Нуруллина Г.И.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	147
Моя первая медицинская практика. Калимуллина М.Ф. (Миннуллина Э.Р.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	148
Моя первая практика в медицине: ожидание, реалии. Калимуллина Р.Ф. (Самороднова Е.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	149
Клинический случай: болезнь Рандю-Ослера-Вебера. Куклина А.Д. (Кудрина С.В.) ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»	150
Мобильные приложения для борьбы с тревожностью и снижения уровня стресса для профилактики неинфекционных патологий. Денисов А.Д., Юсаева А.М. (Андреичева Е.Н.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	153
Моя первая производственная практика в медицине: ожидание, реалии, перспективы. Чжай Тин., Сунь Чжаосюе (Сафина М.В.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	155
Моя первая производственная практика в медицине: влияние первого впечатления, ожиданий и реальности на перспективы в	157

профессии. Шестопалова Д.Д. (Бадеева Т.В.) ФГБОУ ВО «Приволжский Исследовательский Медицинский Университет»	
Хирургическая тактика лечения паховых грыж на базе «1 РКБ МЗ УР» и «ГКБ №6 МЗ УР» города Ижевска. Талипова Г.И. Санникова А.С., Хабибулина Г.Р. (Тихомирова Г.И.) ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия».	159
Клиническая практика «Помощник врача детской поликлиники»	163
Научно-исследовательские работы	163
Оценка обеспеченности детей витамином D в практике врачей и осведомленность родителей г. Казани. Набиева Р.Р., Морозова Е.И. (Тамбова Н.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	163
Отношение современных родителей к вакцинопрофилактике детей Бодак Д.М., Нигматуллина А.М., Орлова Д.В. (Кулакова Г.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	165
Анализ состояния новорожденных, имевших перинатальный контакт по Covid-19 Криволапова В.В., Малеева Е.Д. (Новопольцева Е.Г.) ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России.	167
Особенности течения новой коронавирусной инфекции у детей за период 5 волны Малеева Е.Д., Андрианова С.В., Новопольцева Е.Г. (Новопольцева Е.Г.) ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России.	169
Новая коронавирусная инфекция Covid-19 у детей. проявления постковидного синдрома Кандалинцев Т.Ю. (Соловьева Н.А., Кулакова Г.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	171
Анализ заболеваемости детского населения г. Екатеринбург за 2021 г. Саранцева Т.А. (Попова О.С.) ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России.	173
«Использование родителями гомеопатии в лечении детей» Даутова А.Р., Еникеева А.Р. (Соловьева Н.А., Кулакова Г.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	176
Поликлиническая практика в условиях Covid-19 у детей Оренбургской области в 2022 году. Алемасцева К.К., Каирбаев А.А. (Нестеренко Е.В.) ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России.	178
«Подход родителей к лечению остро заболевших детей» Даутова А.Р., Еникеева А.Р. (Соловьева Н.А., Кулакова Г.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	179

Информированность родителей о лихорадке у детей. Амерханова А.И., Бурдина Э.Д. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	182
Сон у детей: существуют ли проблемы. Хасаншина А.И., Ахметзянов Т.И. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	184
Анализ клинических случаев	186
Трихобезоар желудка: клинический случай из практики врача-педиатра Раимова А.Т., Николаева Е.А. (Волгина С.Я.). ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	186
Мастоцитоз. Буллезная форма: диагностический поиск Зарва Л.А. (Соловьева Н.А., Волгина С.Я.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	188
Клинический случай «Синдром Корнелии де Ланге». Данилаева Н.М. (Соловьева Н. А., Курмаева Е.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	190
Клинический случай гемолиза в сочетании с пигментным гепатозом. Хазиева М.Ф., Кулакова Е.В. (Черезова И.Н., Хисамиева Ф.Ф.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	192
Клинический случай: объемное образование (фиброзная дисплазия) черепно-лицевой области Давлетшина Г.И., Купцова Д.О. (Соловьева Н.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	194
Клинический случай: Фиброма левого желудочка Миннегалиева Г.И. (Соловьева Н.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	197
Клинический случай из производственной практики на педиатрическом факультете: «Фармакорезистентный ювенильный хронический артрит» Киселева Н.С. (Иванченко Е.Ю.) ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России	199
Производственная практика в санитарной службе	201
Производственная практика в условиях новой коронавирусной инфекции Covid-19 студентов по специальности медико-профилактическое дело. Адамова В.Д. (Федулова А.Г.) ФГАОУ ВО СВФУ имени М.К. Аммосова	201
Изучение осведомленности населения о методах профилактики папилломавирусной инфекции. Карзакова Е.К., Салогуб М.В. (Хусаинова Р.М.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	202
Опасность, несущая за собой дистанционная продажа алкоголя. Афлетонова Р.М. (Назарова О.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	204

Оценка качества атмосферного воздуха г. Казань с применением перспективных методов отбора проб. Васильев Е.С., Шарифуллин Р.Л. (Фатхутдинова Л.М., Тимербулатова Г.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	206
Гигиеническая характеристика качества атмосферного воздуха г. Казань по данным СГМ. Шарифуллин Р.Л. Васильев Е.С. (Залялов Р.Р., Тимербулатова Г.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	208
Гигиеническая оценка организации питания учащихся в общеобразовательной организации. Михайлова С.А. (Абляева А.В.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	212
Роль профилактических мероприятий для предупреждения формирования стрессовых состояний студентов в процессе обучения и прохождения производственной практики. Гаязова Д.Н. (Краснощекова В.Н.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	213
Анализ пищевых продуктов: определение нитратов в пищевых продуктах. Гертан Н.А. (Попова О.С.) ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России	214
Оценка эпидемиологической обстановки по заболеваемости ВИЧ-инфекции на территории Республики Мордовия. Пьянзина А.С. (Арзяева А.Н.) ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России	217
Опыт вовлечения студентов – медиков в проведение санитарно-просветительских мероприятий при прохождении производственной практики. Кондусова Ю.В., Лихачева В.М. (Панина О.А.) ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России	220
Медико-биологическая практика	221
Ирригоскопия при болезни Гиршпрунга: предикторы ложноположительного результата. Архипова С.А., Васильева Н.В. (Гиматдинов Р.С.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	221
Анализ эффектов таурина на состояние скелетных мышц при функциональной разгрузке. Галяутдинова А.Э.	225
Бионика как наука о соединении биологии и техники. Грибанова Д.А. (Пахалина И.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	226
Исследование митохондриального мембранного потенциала в мотонейронах спинного мозга мыши. Максимов Д.М. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	228
Анализ восстановления размеров тел мотонейронов поясничного отдела спинного мозга крыс после 7 суток опорной разгрузки. Мустакимов С.Р. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	230

- Сравнение параметров липидного обмена у пациентов с ИБС. Шаймуллин С.М. (Набиуллина Р.М.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. 232
- Анализ эффективности восстановления объема поясничного отдела спинного мозга крыс после 7 суток опорной разгрузки. Ялтаева С.А. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. 234
- Scientific internship at the fundeni national clinical institute. the reference standard for bcr-abl transcript monitorin is important to define complete molecular response in cml patients and to test the rq-pcr method performances. Ермакова К.Н., Rodica Talmaci, Adriana Vulpe (Dragomir Silva-Mihaela, Delia Codruta Popa) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Carol Davila University of Medicine and Pharmacy 236
- Scientific internship at the fundeni national clinical institute. molecular diagnosis of factor v leiden, prothrombin g20210a, mthfr c677t and a1298c mutations in thrombophilic patients. Ермакова К.Н. (Dragomir Silva-Mihaela, Delia Codruta Popa) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Carol Davila University of Medicine and Pharmacy 237
- Производственная практика на стоматологическом факультете» 240
- Изготовление форм для литья медицинских изделий. Гаязетдинов Р.И., Салахов А.К. (Салахов А.К.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. 240
- Применение цитокиновых препаратов в практике врача стоматолога. Орлова А.Д., Вдовина Л.В., Крюкова О.Д. ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России. 243
- Классификация шин, применяемых при заболеваниях пародонта, требования предъявляемые к шинам. Губайдуллин Р.Р. (Шамсутдинов М.И.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. 245
- Роль симуляционного обучения в практической подготовке студентов старших курсов стоматологического факультета Приволжского исследовательского медицинского университета. Зарубин Д.С., Тиунова Н.В. ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России 249
- Применение метода анатомической стратификации л.ванини при реставрации фронтальной группы зубов. Николаева А.Л. (Халиуллина Г.Р., Шипицын А.В.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. 251
- Оценка эмоционального выгорания по Маслач среди стоматологов г. Йошкар-Ола в эпоху Covid-19. Казанцева Е.Р. (Андреичева Е.Н.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. 253

Оценка эмоционального выгорания работников детских стоматологических поликлиник. Шмидт Ю.А. (Подзорова Е.А.). ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ	255
Структура индекса интенсивности кариеса у детей 6 лет г. Ижевска. Глушкова П.И., Николаева О.В. (Мосеева М.В.) ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия».	257
Выявление постковидного синдрома в полости рта на производственной практике. Сабирязнова Р.Д., Гануми С-М.В. (Андреичева Е.Н.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	259
Иновационный метод получения оттиска. Бушеев Д.О., Шамиева К.В. (Салеева Л.Р.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	262
Заместительная терапия при ксеростомии. Гильманова Д.А. (Торгашова О.Е.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	263
Телемониторинг стоматологического статуса пациентов с covid-19 в период острого течения заболевания Набиева З.И., Емельянова Д.А. (Андреичева Е.Н.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	265
Выбор пластмассы для изготовления базисов съемных пластиночных протезов Тарасова Т.В., Самерханова Э.Н. (Шамсутдинов М.И.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	267
Целесообразность использования методики «окклюзионного ключа» в терапевтической стоматологии Хайруллин А.Е. (Халиуллина Г.Р.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	270
Причины ранних луночковых кровотечений Хасанов К.Б., Гиззатуллин А.Ф. (Нестерова Е.Е.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	272
Иновационный метод получения оттиска Бушеев Д.О., Шамиева К.В. (Салеева Л.Р.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	273
Фармацевтическая практика	275
Изучение фармацевтического рынка иммуномодулирующих лекарственных препаратов. Гарипова Д.Ф. (Грибова Я.В.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	275
Суточные изменения поглощения растениями солнечного света в рамках исследования криптохром-опосредованной магниторецепции. Капрович Е.В. (Ситникова Н.В.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	277
Производство мягких лекарственных форм на АО Татхимфармпрепараты. Каримова А.Ф. (Камаева С.С., Меркурьева Г.Ю.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	278

Исследование потребительского спроса на витаминосодержащие БАД в аптеке. Коновалова С.В. (Воронина Е.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	280
Производство Бефунгина на АО "Татхимфармпрепараты". Мотыгуллина Л.И. (Меркурьева Г.Ю., Камаева С.С.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	282
Study of medicinal plants in russia (republic of tatarstan) and egypt in the framework of pharmacognosy practice. Lalaih Salma Abdalla (Timergalieva V.R.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	283
Правила дозирования жидкостей в аптечной практике. Рамаева Г.Р. (Камаева С.С., Меркурьева Г.Ю.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	284
Производство настойки прополиса в условиях фармацевтического предприятия. Рязанова Е.С. (Меркурьева Г.Ю., Камаева С.С.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	286
Порядок льготного лекарственного обеспечения амбулаторных пациентов с Covid-19. Сеидова Г.А., Гарифуллина Г.Х. (Гарифуллина Г.Х.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	288
«Изучение особенностей рекламы лекарственных средств». Филиппова М.В. (Грибова Я.В.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	290
Видовое разнообразие деревьев и кустарников Лядского сада г. Казани. Шайдуллина Ю.Ф. (Ситникова Н.В.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	291
Весомизмерительные приборы, используемые в аптечной практике Широбоков М.М. (Меркурьева Г.Ю., Камаева С.С.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	294
Правила дозирования по массе веществ различной консистенции в условиях аптеки. Яковлева Е.Л. (Меркурьева Г.Ю., Камаева С.С.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	296
Практика по фармакогнозии: получение первичных профессиональных умений и навыков. Воробьева С.И. (Шарова Е.А.) ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.	297
Микробиологическое испытание антисептиков для рук на основе гидролатов душицы обыкновенной и шалфея лекарственного Гринева Д.И., Гафарова Д.Д. (Киселева О.А.) ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет	299
Особенности фармацевтического консультирования и информирования при отпуске энтеросорбентов. Егоркина О.В. (Гарифуллина Г.Х.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	301

Ознакомительная практика «СКЛАД-АПТЕКА» в АКГУП «АПТЕКИ АЛТАЯ» Шубина И.И., Сушкова М.С. (Воробьева В.М.) ФГБОУ ВО Алтайский ГМУ Минздрава России	303
Высшее сестринское образование. Особенности производственной практики	305
Роль студента при прохождении паллиативной практики в качестве помощника медицинской сестры. Хасанова Р.Р. (Морозова О.Н.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	305
Психологическая практика в женской консультации в ГАУЗ «КМУ». Амурская А.В. (Рябова Т.В.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	307
Практика в ГАУЗ «Городская поликлиника № 21». Валиева В.Р. (Мухаметшина Д.Р.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	309
Психологическая практика в наркологическом диспансере. Закирова Г.Р. (Рябова Т.В.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	310
Психологическая практика в отделении сосудистой неврологии. Лейник Е.А. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	311
Исследование когнитивных функций пациентов. Сайфуллина А.Р. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	313
Практика в психологическом отделении ГАУЗ ДРКБ. Валиева В.Р. (Мухаметшина Д.Р.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	314
Производственная (паллиативная) практика у студентов бакалавров по направлению подготовки «сестринское дело» на базе онкологического диспансера. Модова А.Л. (Морозова О.Н.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.	316

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ В ПОЛИКЛИНИКЕ

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА: РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ ИЛИ ОСТЕОАРТРИТ?

Азизова А.Д., Хуснетдинова И.И.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Сигитова О.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность темы. В современной клинической медицине патология суставов является актуальной медико-социальной проблемой вследствие ее распространенности, неуклонного роста заболеваемости, обусловленных прогрессирующим течением большинства заболеваний суставов, высокими показателями временной нетрудоспособности и инвалидизации, а также большими расходами на восстановительное лечение этих больных. Заболевания, которые сопровождаются суставным синдромом, часто встречается в практике участкового терапевта и требует владения алгоритмами диагностики, лечения, реабилитации и профилактики.

Цель работы – Проанализировать диагностику суставного синдрома на примере клинического случая.

Задачи: 1. Изучить жалобы, анамнез, данные объективного обследования и результаты лабораторного и инструментального исследований.

2. Выделить симптомы и синдромы заболевания.

3. Поставить диагноз и обосновать его.

4. Разработать алгоритм диагностики суставного синдрома

5. Предложить план лечения заболевания.

Материалы и методы: Был проведен осмотр пациентки, сбор и анализ анамнестических данных, изучение медицинской документации (амбулаторная и стационарная карты), наблюдение, обзор научной литературы.

Результаты: пациентка Р.А.Р. обратилась к участковому врачу-терапевту с жалобами на выраженные боли в течение более 5 лет в мелких суставах кисти рук, нижних конечностей, плечевые суставы, коленные суставы; ограничение

движения в плечевых и коленных суставах. При однократном обращении к ревматологу 5 лет назад был поставлен диагноз ревматоидного артрита.

Суставной синдром представлен: боли в области пораженных суставов, усиление боли при ходьбе, «стартовые боли», утренняя скованность менее 30 минут, крепитация в коленном суставе, ограничение движений в суставах). При пальпации суставы умеренно болезненны, ограничение и крепитация при активном движении коленных суставов.

Результаты лабораторного и инструментального методов обследования: СОЭ – 18 мм/ч, СРБ-2,6 мг/л, РФ и АЦЦП – отрицательные. На рентгенограмме коленных суставов выявлено неравномерное сужение суставной щели, краевые остеофиты.

Алгоритм диагностики суставного синдрома: так как воспалительные показатели ОАК и СРБ в пределах нормы, а РФ и АЦЦП (-), на рентгенограмме - неравномерное сужение суставной щели, остеофиты, отсутствуют остеопороз и эрозии, несмотря на длительный анамнез заболевания (более 5 лет), диагноз «Остеоартрит».

Заключение: Исходя из клинического случая, разработан алгоритм диагностики суставного синдрома. Использование современных методов диагностики позволит нам в короткие сроки верифицировать нозологическую форму заболевания, назначить адекватную терапию и улучшить прогноз заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР «АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С HLA-B27» (БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА).

Губайдуллин Р.А., Губайдуллина М.Р., Габдуллина А.Ф.

Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры ПТ и ОВП

Сигитова О.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Анкилозирующий спондилит (Болезнь Бехтерева) – хроническое прогрессирующее воспалительное заболевание

позвоночника, которое у ряда больных протекает одновременно с поражением энтезов и периферических суставов.

Актуальность. Нередко поздняя диагностика АС, которая обусловлена либо поздним обращением больных за медицинской помощью (38%), либо ошибочной трактовкой симптомов заболевания (около 48%), повышает риск ранней инвалидизации пациентов.

Цель исследования: изучение клинических и лабораторно-инструментальных характеристик анкилозирующего спондилита для своевременного выявления и лечения заболевания.

Задачи исследования.

1. Проанализировать результаты клинического, лабораторного и инструментального обследования пациента с АС.

2. Оценить диагностическую значимость методов обследования для раннего выявления АС.

3. Изучить факторы, способствующие ранней инвалидизации больных АС.

Материалы исследования. Пациент Ф.В.А., мужчина, 41 год.

Медицинская документация: амбулаторная и стационарная карты пациента. Работа с литературой.

Результаты. Согласно клиническим рекомендациям, для постановки диагноза необходимо руководствоваться модифицированными Нью-Йоркскими критериями 1984 года, а именно: клиническими и рентгенологическими. У исследуемого пациента при первичном обследовании наблюдалось: клинически - боль в поясничной области позвоночника; рентгенологически - неравномерное сужение межпозвоночных щелей - что может указывать на наличие диагноза АС. Данному пациенту было проведено исследование на АГ HLA-B27 в 2020 году.

Выводы. 1. Проанализировав обследования пациента: боли в поясничной области, утренняя скованность, уменьшение болей после физической нагрузки; лабораторных исследований: увеличение СОЭ (до

25 мм/ч); на основании инструментальных обследований: рентгенографии и МРТ можно выставить диагноз анкилозирующий спондилит. 2. На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных обследований пациента был сделан вывод, о возможности раннего выставления диагноза, по результатам Нью-Йоркских критериев, анализа на антиген HLA-B27 и дифференциальной диагностике. 3. Факторами, способствующими ранней инвалидизации являются: позднее диагностирование заболевания и позднее начало лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛИМОРБИДНОГО ПАЦИЕНТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ВЫБОР ТЕРАПИИ

Рахмаева В.В., Семенова Д.Ю., Зидиханова К.И., Копылов А.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: такие состояния, как поли- и коморбидность, характеризуют основную когорту пациентов амбулаторно-поликлинического звена и требуют повышенного внимания со стороны врача. Кроме того, каждый клинический случай диктует необходимость индивидуального подхода к лечению. Главная задача современного специалиста с медицинским образованием – подбор обоснованной комплексной терапии, отвечающей критериям эффективности и безопасности.

Цель: индивидуальный подбор терапии для полиморбидного пациента на основании имеющихся жалоб, данных лабораторных и инструментальных исследований и клинического диагноза. **Задачи:** осуществить сбор жалоб, данных анамнеза жизни и настоящего заболевания; провести объективный осмотр пациента; представить и проанализировать данные амбулаторной карты; ознакомиться с литературой по каждому заболеванию; произвести индивидуальный подбор немедикаментозной и медикаментозной терапии, ориентируясь на критерии эффективности (положительная динамика клинических симптомов, улучшение прогноза и качества жизни пациента) и безопасности (минимизация опасного лекарственного взаимодействия и возникновения побочных эффектов).

Материалы и методы исследования. На базе ГАУЗ «Городская поликлиника №7» (главный врач – заслуженный врач РТ, Богданова О.Г.) была проведена беседа с пациентом Д., в ходе которой были выявлены жалобы, собран подробный анамнез, проведено физикальное обследование. Подробно была изучена амбулаторная карта больного, составлен список препаратов с дозами, которые он принимает дома. На следующий день у пациента был осуществлен забор крови на общий и биохимический анализ (БАК). Был составлен план немедикаментозной и медикаментозной терапии с опорой на клинические рекомендации и результаты анализа, использованы сайты drugs.com с целью выявления лекарственных взаимодействий, protabletky.ru – для поиска названий оригинальных препаратов.

Результаты: на настоящий момент пациент предъявляет жалобы на боли в сердце до 10 минут, возникающие при малейшей физической нагрузке, не купирующиеся приемом нитроглицерина и проходящие самостоятельно; повышение артериального давления до 180/110 мм рт. ст., сопровождающиеся головными болями, одышкой. В его амбулаторной карте зарегистрированы такие патологии, как прогрессирующая стенокардия, нарушение ритма по типу единичной желудочковой экстрасистолии и единичной суправентрикулярной экстрасистолии, гипертоническая болезнь, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет 2 типа, ожирение, хронический необструктивный бронхит в ремиссии, хронический холецистит вне обострения, кисты обеих почек, хроническая болезнь почек, хронический простатит; 19.06.2016 г. – операция по поводу рака желудка. По итогам БАК было выявлено повышение таких показателей, как глюкоза (8,88 ммоль/л), холестерин (5,21 ммоль/л), холестерин липопротеидов низкой плотности (3,48 ммоль/л), коэффициент атерогенности (4,8). Нами были приведены предписания относительно диеты, физической активности, образа жизни; пересмотрена антигипертензивная терапия в пользу таких препаратов, как микардис (телмисартан), норваск (амлодипин), арифон ретард (индапамид), небилет (небиволол); гиполипидемическая – в пользу крестора (розувастатин), сахароснижающая – суглата (ипраглифлозин).

Выводы: персонализированное назначение терапии, составление рациональных комбинаций препаратов с учетом всех патофизиологических изменений в организме полиморбидного пациента, находящихся отражение в жалобах, данных лабораторных и инструментальных исследований, является залогом замедления прогрессирования заболеваний и снижения риска смерти.

Список литературы:

1. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(3):3786. – С. 68.
2. Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний. Национальные клинические рекомендации / ред. совет: Шляхто Е.В. [и др.]. – Санкт-Петербург, 2017. – С. 66.
3. Мешков А. Н. Гиполипидемическая эффективность розувастатина в сравнении с другими статинами / Точка зрения. Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины. — 2012. — С. 691-693.
4. Хадзегова А. Б. Место небиволола в рациональной терапии хронической сердечной недостаточности / Российский кардиологический журнал. – 2014, 9 (113). – С. 76.
5. В.Б. Красницкий Блокаторы медленных кальциевых каналов и их место в лечении артериальной гипертензии / «Медицина неотложных состояний», ГНИЦ профилактической медицины 3(10). – г. Москва, 2007. – С. 21.
6. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации / ред. совет: Терещенко С.Н. [и др.]. – 2020. – С. 36.
7. Петунина Н.А., Тельнова М.Э., Гончарова Е.В. Роль ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа в лечении сахарного диабета 2 типа в клинической практике // Эффективная фармакотерапия. – 2020. – Т. 16. № 12. – С. 24.
8. Сахарный диабет 2 типа у взрослых. Клинические рекомендации / ред. совет: Дедов И.И. [и др.]. – 2020. – С. 44-46.
9. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(11):4076. – С. 223.

10. Гастрит и дуоденит. Клинические рекомендации / ред. совет: Абдулхаков Р.А. [и др.]. – 2021. – С. 79.
11. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / ред. совет: Ивашкин В.Т. [и др.]. – 2020. – С. 70.
12. Смирнова М.Д., Фофанова Т.В. Длительное применение сартанов в амбулаторной практике: телмисартан и его возможности при лечении пациентов с сердечно-сосудистой патологией // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т.15 №20. – С. 28-34.
13. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Рубанова А.А. Эффективность и переносимость стратегии «step down», основанной на телмисартане, в лечение больных артериальной гипертензии с метаболическим синдромом. Т.17, №5/2011.
14. Недогода С.В., Чаляби Т.А., Саласюк А.С., Барыкина И.Н., Почепцов Д.А., Ледяева А.А., Цома В.В., Чумачек Е.В. Волгоградский государственный медицинский университет. Алгоритм выбора антигипертензивной терапии при метаболическом синдроме и артериальной гипертензии. Медицинский совет №9. 2013. – С. 56-64.
15. Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности. 2020.

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТА ПРИ ОТСУТСТВИИ МОДИФИКАЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА

Гайнутдинова Р.И., Шамсутдинова И.З.

Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры ПТ и ОВП Сигитова О.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Гипертоническая болезнь является одной из лидирующих хронических заболеваний и наиболее значимых медико-социальных проблем современного общества. Распространенность АГ составляет 43%, с возрастом увеличивается, достигая 60% и выше у лиц старше 60 лет. АГ является ведущим фактором риска развития сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда, инсульт,

ИБС, хроническая сер-дечная недостаточность), цереброваскулярных (ишемический, геморрагический инсульты, ТИА) и почечных (ХБП) заболеваний.

Цель: Проанализировать и изучить течение и особенности влияния гипертонической болезни на качество жизни больных и ее исходы.

Задачи:

1. Изучить факторы риска развития ГБ.
2. Проанализировать прогноз ГБ при отсутствии модификации факторов риска и некомплаентности пациента.
3. Выявить факторы риска и протективные факторы. Дать рекомендации по модификации факторов риска и лечению пациенту с артериальной гипертензией.

Методы исследования: обзор литературы, анализ медицинской документации пациента; клиническое обследование пациента.

Пациент Г, жаловался на головные боли, повышение давления до 170/100 мм.рт.ст, перебои работы сердца в покое, дис-комфорт в левой половине грудной клетки в покое, в положении лежа. В анамнезе у пациента ожирение 1 степени, нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу, ИБС, постин-фарктный кардиосклероз, стентирование ПКА, нарушение ритма по типу частой наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии.

Было назначено лечение: аторвастатин 20 мг 1 раз, аспирин 100 мг вечером, беталок ЗОК 50 мкг утром, престариумА 5 мг вечером. Пациент принимал лекарства не регулярно. Не выполнял врачебные назначения: дневник измерения давления не вел, редко соблюдал диету, спортом не занимался.

Заключение.

Из данного случая следует, что мероприятия по изменению образа жизни должны проводиться у всех пациентов независимо от стадии и степени выраженности АГ. Но это возможно при понимании пациентом важности соблюдения рекомендаций врача, достаточном уровне мотивированности несмотря на возможные препятствия в выполнении.

Выводы.

1. Факторы риска развития и прогрессирования АГ: возраст; избыточная масса тела и ожирение; наследственная пред-расположенность; избыточное потребление соли; злоупотребление алкоголем; гиподинамия.
2. У пациента реализовался неблагоприятный прогноз гипертонической болезни, обусловленный сохранением факторов риска и некомплаентностью пациента: инфаркт миокарда, нарушение ритма сердца, сердечно-сосудистый риск 4.
3. Рекомендации по модификации факторов риска и лечению: информирование пациента о целевом показателе АД (САД до 130-139 мм рт. ст. при хорошей переносимости, но не <120 мм рт. ст., ДАД - до 70–79 мм рт. ст); разъяснение опасности повышенного АД и необходимости длительной терапии заболевания; вовлечение в программы по овладению навыками само-контроля за уровнем АД, ЧСС, массой тела, окружностью талии, ведением пищевых дневников.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ПАЦИЕНТОВ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Нестерина М.К., Латфуллина Э.З.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Копылов А.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССЗ) лидируют среди причин смертности и инвалидизации во всем мире. Их прогрессирование напрямую связано с факторами риска (ФР). Целью работы является выявление атеросклероза (АС) у лиц, обратившихся в поликлинику. Это бывает довольно проблематичным на момент диспансеризации или медицинского осмотра в силу затрудненного сбора анамнеза, ограниченного времени контакта с пациентом, сниженного комплаенса, эпидемии COVID-19, которая повлекла за собой обострение многих хронических заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых.

Материалы и методы. В условиях 7 поликлиники г. Казани (главный врач – заслуженный врач РТ Богданова О.Г.) нами выполнен скрининг 30 пациентов, включая мужчин старше 40 лет и женщин старше 50 лет, направленный на оценку ФР ССЗ. Также проведено анкетирование по стандартной методике, оценка объективного статуса.

Результаты. Нами выявлены клинические симптомы АС, которые в подавляющем большинстве случаев дебютировали с острого коронарного синдрома и цереброваскулярной болезни, по поводу которой пациенты наблюдались в условиях дневного стационара. Следующим этапом было определение липидного профиля венозной крови. Ключевым способом прогнозирования развития ССЗ являлась оценка абсолютного риска смерти от ССЗ в процентах в течение ближайших 10 лет по шкале SCORE. Данная шкала не применялась у пациентов диспансерного наблюдения с доказанным ССЗ атеросклеротического генеза, СД 1 типа с поражением органов-мишеней, СД 2 типа, ХБП, а также лиц старше 65 и моложе 40 лет. Для граждан молодого возраста с низким абсолютным риском по шкале SCORE использовалась шкала относительного риска. При наличии высоких ФР проводилось комплексное исследование липидного спектра, дуплексное сканирование сосудов шеи, головы и периферических отделов кровообращения. Более половины пациентов прошли обследование у кардиолога, с которым была согласована верификация диагноза, дальнейшее обследование и лечение. Особое место занимают пациенты с ИБС и ГБ, нарушениями сердечного ритма, метаболическим синдромом, находящиеся на терапии антикоагулянтами. Они требуют постоянного мониторинга за состоянием и проводимой терапией.

Заключение. В процессе обследования очень важно не ограничиваться скринингом пациентов с высоким риском атеросклероза и их лечением, а предоставлять консультацию по коррекции образа жизни и возможной медикаментозной терапии пациентам со средним риском. Лицам из группы низкого риска следует дать рекомендации по профилактическим мероприятиям для модификации факторов риска или сохранения их текущего статуса. Также необходимо тщательно проводить контроль за соблюдением немедикаментозных и лечебных мероприятий.

Список литературы:

1. Рекомендации ESC/EAS по лечению дислипидемий: модификация липидов для снижения сердечно-сосудистого риска 2019 год;

2. Евразийская ассоциация кардиологов Национальное общество по изучению атеросклероза (НОА) «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза» 2020 год;

3. Калинина А.М., Ипатов П.В., Каминская А.К., Кушунина Д.В. Выявление болезней системы кровообращения и риска их развития при диспансеризации взрослого населения: методологические аспекты. Терапевтический архив. 2015;87(1):31-37;

4. <https://rkd.med.cap.ru/dispanserizaciya/principi-dispansernogo-nablyudeniya-boljnih-s-serdech>

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА С ФЕНОТИПАМИ ОЖИРЕНИЯ

Мамедова С.Н., Огнетова А. А.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Ким Т. Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность исследования. Более 30% пациентов на момент первичного выявления сахарного диабета (СД) 2 типа уже имеют связанные с ним осложнения [1], поэтому в настоящее время актуальна не только вторичная профилактика осложнений СД, но и раннее выявление нарушений углеводного обмена и оценка риска его развития. Однако, остается обсуждаемым вопрос о негативном влиянии различных типов ожирения [2], а антропометрические методы, используемые в клинической практике на основе индекса массы тела (ИМТ), недостаточны для определения типа ожирения.

Цель исследования. Изучить изменения показателей углеводного обмена у лиц молодого возраста в зависимости от фенотипов ожирения.

Материал и методы исследования. Исследование по типу «случай-контроль» было проведено на базе Консультативно-диагностического центра авиастроительного района г. Казани. В исследование включено 129 пациентов в возрасте от 25 до 44 лет без СД и вторичных причин ожирения. Соотношение мужчин и женщин составило 66/63. У пациентов были оценены ИМТ, рассчитанный по индексу Кетле и оцененный по классификации ВОЗ, и

абдоминальное ожирение (АО) (окружность талии (ОТ) >94 см у мужчин и >80 см у женщин). Из лабораторных показателей в оценку были включены уровень гликемии натощак, уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), инсулин с расчетом индекса инсулинорезистентности по формуле HOMA-IR. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы IBM SPSS Statistics 26. Различия между группами считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. На основании ИМТ и наличия АО выборка была разделена на пять фенотипов: нормальный ИМТ без АО ($n=47$), предожирение без АО ($n=23$), нормальный ИМТ с АО ($n=5$), предожирение с АО ($n=23$), ожирение с АО ($n=31$). При этом к метаболически здоровым фенотипам были отнесены первые два, остальные – к метаболически нездоровым. В группе с нормальным ИМТ без АО HbA1c < 6,0 встречался у 95,7% пациентов, $6,0 \leq \text{HbA1c} < 6,5$ – у 2,1%, HbA1c $\geq 6,5$ – у 2,1%, а HOMA $\leq 2,7$ – у 100%. В группе с предожирением без АО HbA1c < 6,0 выявлен у 78,3% пациентов, $6,0 \leq \text{HbA1c} < 6,5$ – у 21,7%, HOMA $\leq 2,7$ – был у 87%, а HOMA > 2,7 – у 13%. В группе с нормальным ИМТ с АО у 100% пациентов был HbA1c < 6,0, HOMA $\leq 2,7$ – встречался у 80%, а HOMA > 2,7 – у 20%. В группе с предожирением с АО HbA1c < 6,0 встречался у 65,2% пациентов, $6,0 \leq \text{HbA1c} < 6,5$ – у 30,4%, HbA1c $\geq 6,5$ был выявлен у 4,3%, HOMA $\leq 2,7$ – был у 78,3%, а HOMA > 2,7 – у 21,7%. В группе с ожирением с АО HbA1c < 6,0 встречался у 61,3% пациентов, $6,0 \leq \text{HbA1c} < 6,5$ – у 29%, HbA1c $\geq 6,5$ был выявлен у 9,7%, HOMA $\leq 2,7$ – был у 51,6%, а HOMA > 2,7 – у 48,4%. Статистический анализ взаимосвязи между фенотипами ожирения и нарушениями углеводного обмена (по HbA1c и HOMA-IR) показал её достоверную значимость ($p < 0,002$ и $p < 0,001$ соответственно).

Выводы. Частота инсулинорезистентности и ранних нарушений углеводного обмена достоверно возрастала с увеличением ИМТ и переходом от метаболически здоровых к метаболически нездоровым фенотипам ожирения.

Список литературы:

1. Stefan N. Metabolically Healthy and Unhealthy Normal Weight and Obesity / N. Stefan // Endocrinol Metab (Seoul). – 2020. – Vol. 3, N 35. – P. 487-493.

2. Gazarova M. Obesity diagnosis and mortality risk based on a body shape index (ABSI) and other indices and anthropometric parameters in university students / M.Gazarova [et al.] // Rocz Panstw Zakl Hig. – 2019. – Vol. 3, N 70. – P. 267-275

АНАЛИЗ СИМПТОМОВ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ.

Величко А.С., Харисов Д.Р.

Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры ПТ и ОВП

Сигитова О.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Коронавирусная инфекция вызвана новым коронавирусом SARS-CoV-2. Появление COVID-19 поставило перед специалистами всего мира задачи, связанные с диагностикой, оказанием медицинской помощи больным и реабилитацией. Наиболее распространенным вариантом коронавирусной инфекции является двусторонняя пневмония и гиперкоагуляционный синдром. Поражаются нервная система, миокард, почки, печень, желудочно-кишечный тракт, эндокринная и иммунная системы.

Почти каждый переболевший COVID-19 сталкивается с наличием «остаточной» патологической симптоматики, снижающей качество жизни. В связи с этим в 2020 году в МКБ-10 было введено новое понятие «Постковидный синдром». Это состояние, возникшее после перенесенной коронавирусной инфекции, проявляющееся различной симптоматикой, сохраняющейся более 12 недель и не объясняющееся альтернативным диагнозом.

Данных о последствиях COVID-19 недостаточно, также есть потребность в новых методах реабилитации пациентов с постковидным синдромом.

Цель: Проанализировать особенности постковидного синдрома у амбулаторных пациентов с коморбидной патологией для разработки методов профилактики и реабилитации.

Задачи:

1. Проанализировать характер, частоту и продолжительность постковидного синдрома у пациентов с коморбидной патологией.
2. Выявить заболевания, при которых постковидный синдром выражен наиболее ярко и продолжительно.
3. Выявить факторы риска и протективные факторы.
4. Разработать практические рекомендации.

Объект исследования: лица, перенесшие подтвержденную методом ПЦР коронавирусную инфекцию с коморбидностью.

Методы исследования:

1. Анализ литературных данных, касающиеся постковидного синдрома.
2. Разработка анкеты и анкетирование пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию.

Результаты: постковидный синдром широко распространен среди переболевших COVID-19 (95,7 %).

Наиболее тяжелый вариант течения постковидного синдрома наблюдался у лиц, имеющих в анамнезе сахарный диабет, проявляющийся такими симптомами как одышка/затруднение дыхания (76%), расстройствами работы центральной нервной системы (100%), нарушением функций органов ЖКТ (44%), перебои в работе сердца (9%), потеря/изменение обоняния (97%). Продолжительность данной симптоматики составила более 19 недель.

Также продолжительный (более 15 недель) и многосимптомный вариант наблюдался у пациентов с гипертонической болезнью (расстройство вегетативной нервной системы, гипертонические кризы (10%), хроническая усталость (100%), нарушение сна (95,4%), кожные симптомы (3%), нарушение менструального цикла (21,7%), перебои в работе сердца (55%), потеря/изменение обоняния (78%). Следующее заболевание – ЯБЖ и ДПК. Продолжительность патологии составила более 13 недель. Лидирующие симптомы: хроническая усталость (100%), одышка (77%), нарушение частоты стула (запоры, диарея) (93,6%), кожные симптомы (3%). У привитых лиц и пациентов, ведущих здоровый образ жизни, симптомы протекали в легкой форме.

Выводы:

1. Среди заболеваний, при которых постковидный синдром протекает в тяжелой форме лидирующее место занимают: сахарный диабет, артериальная гипертензия, ЯБД и ДПК.
2. Важным методом профилактики данной патологии является вакцинация и ведение здорового образа жизни.
3. Дальнейшая разработка методов реабилитации позволят снизить частоту развития постковидного синдрома и улучшить качество жизни пациентов с коморбидной патологией.

РЕСПИРАТОРНЫЕ СИМПТОМЫ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Хидиятова А.Ф., Ахметзянова З.И.

Научный руководитель – ассистент кафедры поликлинической терапии и
ОВП Долгова.З.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Пациенты, которые перенесли новую коронавирусную инфекцию (НКВИ), ещё длительное время продолжают испытывать различные симптомы со стороны различных органов и систем, что создает медико-социальную проблему. В настоящее время клинические исследования, изучающие постковидный синдром, вызывают особое внимание.

Целью нашего исследования было выяснить распространенность симптомов поражения дыхательной системы в острый и постковидный период.

А также изучить динамику и выраженность респираторных нарушений в постковидном периоде.

Материалы и методы

Был проведен анализ результатов анкетирования пациентов в возрасте от 30 до 44 лет. Учитывалось состояние их здоровья до заболевания, сведения о респираторных и общеинтоксикационных симптомах и их особенностях в острый период, персистенции и выраженности респираторных нарушений в постковидный период.

Результаты:

Среди опрошенных – лица в возрасте до 30 лет 10 (18%), в возрасте 30-40 лет 32 (58%), в возрасте старше 40 лет 13 (24%), среди которых 50,9 % положительным результатом ПЦР. Из них, во время острого периода коронавирусной инфекции одышка появилась у 27% респондентов и у трети пациентов – у 9 %, она сохранялась длительное время. У пациентов с положительным результатом ПЦР, кашель наблюдался во время НКВИ у 18 человек (32,7%), после реконвалесценции персистировал длительно у 3 (5,45%). Утомляемость во время острого периода регистрировалась у 21 (21%) респондента, в постковидный период - у 9 (16,4%). Исходя из этого можно предположить, что почти у каждого шестого пациента, страдавшего от кашля во время НКВИ, он сохранился и после, а утомляемость больше, чем у половины пациентов не исчезала длительное время. Головная боль наблюдалась во время болезни у 31 (56,36%) человека, после выздоровления- у 17(30,9%), что является показателем сохранения данного симптома в постковидный период у каждого второго пациента.

Выводы:

Таким образом, в данном исследовании соответствующая доля участников страдает от долгосрочных последствий заражения SARS-CoV-2.

В постковидном периоде, одышка сохранилась у трети пациентов, каждый шестой пациент страдал от кашля, а утомляемость больше, чем у половины пациентов не исчезала длительное время. Каждый второй пациент в постковидный период указывал на наличие головной боли.

Можно сделать вывод, что респираторные и общеинтоксикационные нарушения у пациентов, перенёсших новую коронавирусную инфекцию, носят долгосрочный характер и требуют обращения за медицинской помощью. В связи с миллионами инфицированных по всему миру наши выводы подчеркивают необходимость своевременного планирования ресурсов и услуг, ориентированных на пациента, для оказания своевременной помощи и реабилитации после COVID-19.

АДЕНОКАРЦИНОМА ЛЕГКОГО У ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА (РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

А.Р. Алукаев, А.Р. Галимов, Д.Р. Ибрагимов

Научные руководители - д.м.н., зав. кафедрой поликлинической терапии и общей врачебной практики, профессор Синеглазова А.В., ординатор кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики, Галимова Л.Л.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Увеличение продолжительности жизни населения требует повышения эффективности организации медицинской и социальной помощи в отношении граждан пожилого и старческого возраста. Согласно письму Министерства здравоохранения РФ от 9 июня 2018 г. N 28-2/1223 с целью организации патронажа лиц старше трудоспособного возраста, в том числе инвалидов, маломобильных пациентов, пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи могут привлекаться волонтеры-медики, студенты старших курсов высших учебных заведений и образовательных организаций среднего профессионального образования. Особого внимания при этом заслуживают пациенты с онкологическими заболеваниями и, в частности, пациенты с раком легкого, который занимает 1 место по смертности от злокачественных новообразований среди мужчин и женщин в России и во всем мире.

Цель. Изучение течения аденокарциномы легкого у пациента пожилого возраста с точки зрения необходимых мер профилактики и реабилитации.

Материалы и методы исследования. Сбор анамнеза, осмотр на дому, участие в медицинском патронаже пациента пожилого возраста, оценка наличия синдрома старческой астении с использованием шкалы «Возраст не помеха» и анализ имеющейся медицинской документации на уровне амбулаторно-поликлинического и стационарного звена.

Результаты и их обсуждение. Нами проведен патронаж на дому мужчины 62 лет. Результат опроса по данным шкалы «Возраст не помеха» составил 0 баллов - пациент относится к категории «крепких». В августе 2020 года получил инвалидность II группы. Признаков жестокого обращения не выявлено.

В мае-июне 2020 года пациенту была выполнена комбинированная правосторонняя пульмонэктомия с резекцией верхней полой вены по поводу инвазивной аденокарциномы с инвазией в висцеральную плевру. В марте 2021 года была проведена краниотомия в правой височной области с удалением метастаза в головной мозг ацинарной аденокарциномы правого легкого. МРТ головного мозга, выполненная в июле 2021 года, указала на наличие метастаза в лобной доле правого полушария в состоянии стабилизации заболевания. В июле-августе 2021 года у пациента появились негативные изменения на ЭКГ, такие как синусовая тахикардия со средней ЧСС 96 в мин., неспецифические нарушения внутрижелудочковой проводимости и др. Особенности течения заболевания является наличие тесной связи с курением, появление первых неспецифических симптомов на поздней стадии онкологического заболевания, последовательное присоединение метастатических и сердечно-легочных осложнений. При этом, следует отметить отсутствие резкого прогрессирования старческих изменений у пациента с сохранением удовлетворительного самочувствия и массы тела.

Выводы. По итогам патронажа с пациентом проведена беседа относительно важности профилактических и реабилитационных мероприятий для предупреждения прогрессирования имеющихся осложнений и поддержания высокого качества жизни. Пациент нуждается в пожизненном диспансерном наблюдении, индивидуальной программе реабилитации и продолжении патронажа для контроля старческих изменений с возможным привлечением студентов и волонтеров в рамках командного подхода, особенно учитывая повышенную нагрузку на систему здравоохранения в условиях эпидемии SARS-CoV-2.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА ПРИ ХБП

Билялова Д.М., Никифорова Е.С.

Научный руководитель - профессор кафедры поликлинической терапии и
общей врачебной практики Казанского ГМУ - Сигитова О.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение.

Актуальность. Подагра – актуальная медико-социальная проблема из-за своей широкой распространенности, поражением преимущественно мужчин среднего возраста, прогрессирующим характером течения заболевания и высокой частотой осложнений. При этом, гиперурикемия и подагра в большинстве случаев ассоциированы с хронической болезнью почек. Уже давно доказано, что даже незначительная гиперурикемия усиливает синтез ренина, снижает активность нейрональной NO-синтетазы в плотном пятне и вызывает внутриклубочковую гипертензию, а со временем появляется гипертрофия почечных клубочков. Дальнейшее отложение кристаллов моноурата натрия приводит к прямому цитотоксическому действию и вызывает развитие иммунного воспаления в инстерстиции. При таких изменениях, которые неизбежны, обычная терапия подавления острых приступов, а также уратснижающая терапия, уже неактуальны и требуют незамедлительной коррекции.

Цель исследования: Выяснить, как сопутствующее заболевание - ХБП влияет на выбор конкретных препаратов при остром приступе подагрического артрита.

Задачи: 1. Рассмотреть на примере конкретного пациента этиологию, клинику и особенности диагностики острого подагрического артрита при ХБП.

2. Научиться делать рациональный выбор среди препаратов при терапии острого подагрического артрита на примере данного пациента.

3. Выяснить, влияет ли ХБП на выбор препаратов для профилактики острого приступа подагрического артрита?

Материал и методы исследования.

Пациент, 63 года. Клинический случай. Поступил в терапевтическое отделение госпиталя МВД 24.01.2022 с жалобами на боли и отечность в правом коленном и тазобедренном суставах, невозможность сгибать и разгибать коленный сустав справа (трудности при ходьбе), периодическое повышение АД.

Методы исследования: Пациенту были проведены объективный осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования. Сбор анамнеза, жалоб и наблюдение за пациентом в течение его нахождения в госпитале. Была проанализирована научная литература, и назначено лечение, исходя из особенностей течения заболевания.

Результаты и их обсуждение.

1) Не рекомендуется применять колхицин и НПВП при остром подагрическом артрите в сочетании с ХБП, так как это повышает риск развития ОПН и риск развития терминальной почечной недостаточности.

2) Препаратом выбора уратснижающей терапии при ХБП является фебуксостат в силу его большей эффективности и безопасности по сравнению с другими препаратами.

3) Следует рассмотреть возможность использования для лечения приступа ингибиторов ИЛ1.

Заключение.

1. На примере данного клинического случая было выяснено, какие препараты являются препаратами выбора при сочетании острого подагрического артрита и хронической болезни почек.

2. Своевременная диагностика и адекватная терапия подагры с учетом новых данных о влиянии препаратов на почечную функцию, особенно у пациентов с ХБП позволяет снизить риск дополнительного повреждения почек и отдалить гемодиализ.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ БИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА

Виноградова Д.С., Иванова А.И., Гарипова Р.В., Архипов Е.В.

Научные руководители – д.м.н., профессор Гарипова Р.В., к.м.н., доцент
Архипов Е.В.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»
Минздрава России

Актуальность: Широкая распространенность и высокая заболеваемость геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС) среди лиц трудоспособного возраста с длительным периодом снижения трудоспособности, тяжелая форма течения болезни, отсутствие специфических средств лечения и профилактики обуславливают медико-социальную значимость проблемы. ГЛПС можно рассматривать не только как инфекционное заболевание, но и в определенных случаях как профессиональное.

Цель: провести анализ клинического случая ГЛПС с точки зрения профессиональной патологии.

Материалы и методы: Проведен разбор клинического случая пациента Я. с анализом санитарно-гигиенической характеристики условий труда, трудовой книжки и иных документов, подтверждающих трудовые отношения между работником и работодателем, медицинской документации, сведений о предварительных и периодических медицинских осмотрах (ПМО).

Результаты. С 2011 года пациент Я. работает помощником бурильщика эксплуатационного и разведочного бурения скважин на нефть и газ. Заболел остро (30.10.2012 г.) с резкого подъема температуры тела до 39,0-39,8°C. 3.11.2012 г. появились нечеткость зрения, подъем АД до 180/100 мм рт.ст., госпитализирован в инфекционное отделение, установлен диагноз «ГЛПС, тяжелое течение». Эпидемиологический анамнез: работал в Н-ском районе, одновременно заболело 3 человека; вокруг вагончика, где проживали рабочие, было много мышей. В связи с отсутствием положительной динамики заболевания в течение 19 дней переведен в отделение реанимации Центральной районной больницы. Заключительный диагноз – «ГЛПС, тяжелое течение».

Далее был направлен в Республиканский центр профпатологии (РЦПП) для прохождения экспертизы профессиональной пригодности и экспертизы связи заболевания с профессией (Постановление Правительства РФ от 15.12.2000 №967). По санитарно-гигиенической характеристике условий труда работа проводилась на открытой территории. При проведении работ по бурению возможен воздушно-капельный путь заражения, источник инфекции – лесные мышевидные грызуны. Тип заболеваемости – лесной, производственный (буровой). По данным карты эпидемиологического обследования больного указан разъездной характер работ (нефтяные скважины). Заключение: вероятное условие заражения – лесное. Экспертный совет РЦПП установил профессиональный характер заболевания. После 5-летнего диспансерного наблюдения на основании проведенного обследования Экспертный совет РЦПП дал заключение: «ГЛПС с исходом в выздоровление», работник признан пригодным по состоянию к выполнению отдельных видов работ.

Заключение. Считать ли данный случай ГЛПС профессиональным заболеванием или несчастным случаем на производстве? Анализ карты ПМО позволил сделать вывод, что пациент Я. ни разу не проходил ПМО как работающий в контакте с биологическим фактором (класс условий 3.3). В карте специальной оценки условий труда данный контакт не указывался. Данный случай показал, что заболевание возникло при исполнении трудовых обязанностей, но работа в условиях воздействия биологического фактора не входила в трудовые обязанности работника, что позволяет расценивать данное происшествие как несчастный случай.

К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Идрисова Ч. К.

Соавтор – аспирант кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики, Нуриева А. Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Коморбидность – это любая отчетливая дополнительная клиническая картина, которая существовала или может возникнуть у больного во время

клинического течения индексного (основного) заболевания [1]. Она может быть в следствии феномена «накопления и взаимного отягощения» факторов риска [2]. В связи с чем вызван интерес изучить особенности коморбидности у лиц молодого возраста.

Цель. Изучить особенности коморбидности при различном сочетании факторов кардиометаболического риска у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Исследование по типу «случай-контроль» проведено на базе КДЦ Авиастроительного района г. Казани. Выполнен анализ жалоб, анамнеза, медицинской документации, результатов лабораторно-инструментального обследования у 96 пациентов в возрасте от 25 до 44 лет, Ме 36,0 [33,0-39,5] лет. Мужчин составило 51,0% (n=49), женщин – 49,0% (n=47). Сочетание ФР оценивалось по кардиометаболическому риску (КМР) с учетом стадии по шкале CMDS (Cardiometabolic Disease Staging) [3].

Статистическая обработка проведена в программе IBM SPSS Statistics 20. Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. При анализе структуры патологий у половины обследованных выявлено заболевания верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в том числе гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) (n=53; 55,2%). Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (ДДЗП) установлены у каждого третьего пациента (n=29; 30,2%), остеоартроз – у каждого шестого (n=17; 17,7%). Артериальная гипертензия (АГ) диагностирована в 24,0% случаев (n=23), общее ожирение – в 22,9% (n=22), гиперхолестеринемия (ГХС) – в 16,7% (n=16). Медиана коморбидности составила 2 [1-3] сочетания.

Далее все пациенты были разделены на группы в зависимости от КМР: 1 гр. – с низким риском (14,6%; n=14); 2 гр. – со средним (n=50; 52,1%); 3 гр. – с высоким (n=32; 33,3%).

Сравнительный анализ выявил, что одномоментно ≥ 3 патологий достоверно чаще имели лица с высоким КМР (n=20; 62,5%) по сравнению с пациентами с низким (n=3; 21,4%; $p=0,016$) и средним риском (n=14; 28,0%; $p=0,006$). В 35,7% случаев (n=5) лица с низким КМР были без установленной

патологии, что статистически значимо по сравнению с группами со средним ($n=5$; 10,0%; $p=0,045$) и высоким риском ($n=3$; 9,4%; $p=0,045$).

Частота сочетания двух патологий у пациентов со средним КМР ($n=18$; 36,0%) выше, чем у лиц с низким ($n=3$; 21,4%; $p=0,457$) или высоким риском ($n=7$; 21,9%; $p=0,973$). Монопатология установлена лишь в 6,3% случаев у обследуемых с высоким КМР ($n=2$), что реже по сравнению с пациентами с низким ($n=3$; 21,4%; $p=0,192$) и средним риском ($n=13$; 26,0%; $p=0,072$).

Заключение. Высокий процент одномоментного наличия факторов риска КМР установлен у каждого третьего пациента. Эти лица имели так же высокий процент коморбидности. Самым распространенным сочетанием явилось АГ с ожирением и ГЭРБ.

Список литературы

1. Драпкина, О. М. Коморбидность, мультиморбидность, двойной диагноз – синонимы или разные понятия? / О. М. Драпкина, А. М. Шутов, Е. В. Ефремова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. – Т. 2, № 18. – С. 65-69.
2. Верткин, А. Л. Коморбидность / А. Л. Верткин, М. А. Румянцев, А.С. Скотников // Клиническая медицина. – 2012. – № 10. – С. 4-11.
3. Концепция новых национальных клинических рекомендаций по ожирению / Е. В. Шляхто, С. В. Недогода, А. О. Конради [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2016. – Т. 132, № 4. – С. 7–13.

ИЗУЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПО РАБОТЕ «ФИЛЬТРА» В УСЛОВИЯХ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Горшкова Д.С., Карамова А.Ф.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Тихомирова Г.И.

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

Цель работы: изучить изменение медицинской грамотности пациентов относительно качества и важности работы фильтра в лечебных профилактических учреждениях.

Задачи: разработать анкету для определения медицинской грамотности пациентов; выяснить мнение больных о работе «фильтра»; сравнить показатели опросов 2020 и 2021 годов; по результатам анкетирования подготовить информацию для пациентов, о которой они знают недостаточно.

Методы исследования. Был проведен анонимный опрос по специально разработанной анкете 60 пациентов в возрасте от 18 до 72 лет, среди которых 37 мужчин и 23 женщины. При анализе результатов респонденты были поделены на группы: 18-25 лет, 25-45 лет, 45 лет и более.

Результаты исследования. По данным нашего исследования было установлено, что более 45% опрошенных соблюдают противоэпидемиологический режим в ЛПУ и считают принятые меры необходимыми в условиях пандемии коронавируса, согласны с необходимостью создания «фильтра» в поликлинике. Однако определённая часть, а именно 40%, опрошенных пациентов, не понимают всей важности соблюдения масочного режима и пропускного режима в больницах, так как считают, что большинство людей уже переболели коронавирусом и повторное заражение невозможно. Некоторые же пациенты уверены в отсутствии Covid-19 как заболевания вообще. 15% опрошенных пренебрегают ношением масок и обработкой рук, это преимущественно люди в возрастном диапазоне от 25 до 45 лет; они относятся скептически не только к работе «фильтра», но и ко всей ситуации с коронавирусной инфекцией в целом. Данные, полученные в 2021 году, сильно отличались от результатов 2020 года в худшую сторону, а именно возросло пренебрежение в ношении защитных средств. В связи с полученными результатами мы решили создать для посетителей больницы памятку о правилах нахождения пациентов в ЛПУ, в которой подчеркнули и объяснили важность такого пункта в больнице, как «фильтр». В этой памятке мы собрали известную информацию о способах заражения и основных симптомах новой коронавирусной инфекции, а также о необходимых мерах профилактики при нахождении пациентов на территории лечебных учреждений.

Вывод: Медицинская грамотность пациентов относительно работы пропускных постов в лечебных профилактических учреждениях заметно

снижается. Люди в возрасте от 25 до 45 лет, в принципе, не воспринимают правила нахождения в поликлиниках настолько серьёзно, насколько это необходимо.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ

Нуриева А.Р., Русских А.С., Шипицына Е.А.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Тихомирова Г.И.

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

Актуальность: На фоне неблагоприятной эпидемиологической обстановки наблюдается прирост заболеваемости острым панкреатитом, который является распространенным заболеванием среди взрослого населения.

Цель: Изучить особенности клинических проявлений острого панкреатита в условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки.

Задачи: Дать оценку клиническим проявлениям заболевания на примере выявленных случаев во время производственной практики. Сделать выводы на основе полученных результатов.

Материалы и методы: В ходе работы были использованы истории болезней и интернет ресурсы.

Результаты и обсуждения: Нами были проанализированы истории болезней 35 пациентов с острым панкреатитом в условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки. Рассмотрим одного из них, мужчина 39 лет поступил в отделение с абдоминальными симптомами. До появления этих проявлений пациенту был поставлен лабораторный диагноз SARS-CoV-2 на основе ПЦР, после чего он самоизолировался. Однако через 5 дней он обратился в больницу с сильной болью в эпигастрии, иррадиирующей в спину и частой рвотой. Физикальное обследование выявило болезненность в эпигастрии без вздутия. УЗИ показало увеличение головки поджелудочной железы. В анализах крови наблюдалось повышение уровня амилазы и липазы. На основе данных исследований был выставлен диагноз: острый панкреатит на фоне COVID-19.

Вывод: При анализе работы мы не увидели особенностей в течении острого панкреатита при COVID-19, так как влияние неблагоприятной эпидемиологической обстановки недостаточно изучено.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Фаткуллина Л.Р.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Хисматуллина И.М., д.м.н.,

профессор Файзуллина Е.В.

ФГБОУ ВО "Казанский ГМУ» Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Актуальность. Распространенная дерматологическая нозология - красный плоский лишай (КПЛ) чаще всего поражает сгибательные поверхности конечностей, значительно реже – волосистую часть головы.

Цель исследования: Проанализировать сложности дифференциальной диагностики красного плоского лишая с поражением волосистой части головы.

Материалы и методы: сбор анамнеза, объективный осмотр, дерматоскопия кожи волосистой части головы.

Пациент С., 37 лет, болен в течение 2 лет, заболевание рецидивировало каждые 1,5-2 месяца. Жалобы на поражение волосистой части головы и левой нижней конечности. Объективно (29.02.2020): кожно-патологический процесс носил ограниченный характер, малозаметные эритемы, диаметром до 0,5см., на поверхности единичные чешуйки, папулы диаметром-0,2см, розово-красного цвета. Был поставлен диагноз: L21.0 Себорейный дерматит волосистой части головы, применял местно мазь "Акридерм" с положительным эффектом.

При осмотре после лечения (27.10.2021): жалобы на высыпания, незначительный зуд. Объективно: на коже волосистой части головы очаги гиперемии 0,3-0,5 см округлой формы цианотичного цвета, очаги 0,2-0,3см рубцовой алопеции. Назначены анализы лабораторных маркеров красной волчанки. Местно - крем «Пимафукорт».

Данные осмотра (06.12.2021): кожа волосистой части гиперемирована, шелушится, очаг в виде бляшки с четкими границами 0,5 см застойно-синюшного цвета, с желтыми корочками, участки телеангиоэктазии, рубцовой атрофии кожи с западением 0,2-0,3см, симптом Бенъе-Мещерского отрицательный. Дерматоскопия: шпилькообразные сосуды, роговые пробки, милиумоподобные структуры. В микологическом исследовании - малассезия, золотистый стафилококк. Консультация ревматолога: данных за системное ревматологическое заболевание не обнаружено, антитела к фосфолипидам, антинуклеары - отрицательные. С целью дифференциальной диагностики красного плоского лишая и кожной формы красной волчанки направлен на гистологическое исследование биоптата кожи. В результатах - изменения в виде фиброза, гиалиноза, аденомы сальных желез.

В связи с отсутствием специфической гистологической картины как КПЛ волосистой части головы, так и кожной формы СКВ и исключением ревматологической патологии, был поставлен диагноз: L43.8 Другой красный плоский лишай волосистой части головы (атрофический). Назначена системная терапия гидроксихлорохином, наружно – мазь клобетазола. После лечения (14.03.2022): очаги на коже волосистой части головы побледнели, сохраняются пятна бледно-сиреневого цвета овальной формы, рубцовая атрофия - без динамики, сосудистые паттерны не визуализировались.

Заключение. Анализ клинического случая подтверждает сложность дифференциальной диагностики КПЛ с другими дерматозами волосистой части головы. Необходимо дальнейшее наблюдение пациента с целью исключения синдромов наложения (Overlap syndromes) КПЛ и дискоидной красной волчанки, а также трансформации процесса в коллагеноз.

ОСОБЕННОСТИ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПОДГРУППАХ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Клюс Е.Д., Закиев И.Р., Нуриева А. Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

На сегодняшний день молодой возраст – широкое понятие, включающее по классификации ВОЗ лиц от 18 до 44 лет. Тем не менее за этот период в организме у большинства людей происходит ряд физиологических (беременность, роды, др.) и патологических (острые и хронические заболевания, травмы и др.) процессов, потенциально влияющих на характер и структуру факторов риска (ФР). Чем и определен наш интерес к изучению факторов кардиометаболического риска при разделении лиц молодого возраста на подгруппы по 10-летиям (юные и зрелые).

Цель. Изучить особенности факторов кардиометаболического риска в подгруппах лиц молодого возраста.

Материал и методы. В исследование по типу «случай-контроль» по наличию ожирения на базе ООО «КДЦ Авиастроительного района» г. Казани включено 160 пациентов трудоспособного возраста от 25 до 44 лет, Ме 35,5 [32-39] лет. Соотношение мужчин и женщин составило 49,4%/50,6%, соответственно. Индекс массы тела (ИМТ) $\geq 25,0$ кг/м² выявлен в 60,6% случаев (n=97), из них общее ожирение встречалось в 26,9%. Были оценены ФР: абдоминальное ожирение (АО), повышенное артериальное давление (\uparrow АД) $\geq 130/85$ мм рт ст и/или прием антигипертензивных препаратов, пониженный уровень липопротеинов высокой плотности (\downarrow ХС-ЛПВП) $< 1,0$ (муж.) и $< 1,3$ (жен) ммоль/л, гипертриглицеридемия (ГТГ) $\geq 1,7$ ммоль/л и/или прием гиполипидемических препаратов, нарушение углеводного обмена (НУО), выявленное по уровню тощаковой глюкозы $\geq 6,1$ ммоль/л и/или гликированного гемоглобина $\geq 6,0\%$ [1].

Результаты. При анализе ФР у каждого второго встречалось АО (n=80; 50,0%). В трети случаев выявлено \uparrow АД (n=61; 38,1%). Четвертая часть обследованных имели \downarrow ХС-ЛПВП (n=41; 25,6%). У каждого пятого (n=34; 21,3%) диагностировано НУО, из них в 3,1% случаев впервые выявлен сахарный диабет 2

типа (СД2). Реже установлена ГТГ (n=33; 20,6%). Медиана сочетаний ФР составила 1 [0-2].

Далее пациенты были разделены на группы с учетом возраста: юные (25-34 лет) – 42,5% (n=68); зрелые (35-44 лет) – 57,5% (n=92).

Сравнение ФР по возрастному признаку показало, что АО (n=56; 60,9%) и ↑АД (n=45; 48,9%) значимо чаще имели лица зрелого возраста по сравнению с юными (n=24; 35,3%; p=0,001 и n=16; 23,5%; p=0,001, соотв.). НОУ встречалось у каждого третьего пациента в возрасте 35-44 лет (n=27; 29,3%), что было достоверно чаще по сравнению с лицами более молодого возраста (n=7; 10,3%; p=0,009). Все лица с впервые выявленным уровнем гликированного гемоглобина $\geq 6,5\%$ принадлежали к группе зрелого возраста. Частота встречаемости ГТГ достоверно выше в группе от 35 до 44 лет (n=25; 27,2%), по сравнению с лицами 25-34 лет (n=8; 11,8%; p=0,017). Частота ↓ХС-ЛПВП различий не имела (n=16; 23,5%; n=25; 27,2%, p=0,602).

Заключение. У лиц в возрасте 35-44 лет достоверно чаще диагностированы абдоминальное ожирение, повышенное артериальное давление, раннее нарушение углеводного обмена и гипертриглицеридемия, по сравнению с обследованными 25-34 лет.

Список литературы:

4. Концепция новых национальных клинических рекомендаций по ожирению / Е. В. Шляхто, С. В. Недогода, А. О. Конради [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2016. – Т. 132, № 4. – С. 7–13.

ИЗУЧЕНИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОЙ РЕАКЦИИ НА ВАКЦИНУ «СПУТНИК-V» У ПАЦИЕНТОВ ГОРОДА ИЖЕВСКА

Макарова Д.С.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Михайлова О.Д.

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

В ходе проведенных клинических испытаний изучена безопасность и описаны нежелательные побочные явления вакцины Гам КОВИД Вак, которые

не привели к исключению участника из исследования или отмене исследуемого препарата (Д.Ю. Логинов и соавт., 2020).

Целью работы явилось изучить реакцию на вакцину Гам КОВИД Вак («Спутник-V») на общее состояние человека при массовой вакцинации на опыте г. Ижевска.

Материалы и методы: проведено анкетирование 50 человек в пункте прохождения вакцинации в ГКБ №7 г. Ижевска (очно) и онлайн анкетирование среди 50 жителей Удмуртской республики по специально разработанной анкете, включавшей вопросы о самочувствии после вакцинации, а также информированности о противопоказаниях к ней. Респонденты были в возрасте от 18 до 89 лет.

Результаты исследования: На основе анализа анкет было установлено, что после первого компонента вакцины «Спутник-V» у большинства людей наблюдалась повышение температуры тела до 38,5° у 75% опрошенных, слабость – у 66%, боль в мышцах – у 39%, ломота в теле, озноб – у 32% респондентов. Местная реакция в виде боли и отёка в месте введения вакцины отмечалась у 21% вакцинированных. Реже наблюдались такие симптомы как тошнота (18%), головокружение (1%), головная боль (1%), повышение АД (1%). И лишь 1% опрошенных не испытывал какого-либо дискомфорта.

Среди людей, получивших вторую дозу вакцины, были отмечены такие симптомы, как: усталость – у 49% респондентов, боль в мышцах – у 15%, озноб – у 10%, повышение температуры тела – у 7%. Никаких симптомов не наблюдали 37% опрошенных. Зависимости реакции от возраста вакцинированных не выявлено.

Кроме того, в ходе опроса было установлено, что многие люди информированы, в каких случаях запрещена вакцинация. 66% вакцинированных ответили, что при гиперчувствительности к компонентам вакцины, 63% считают, что противопоказанием является возраст до 18 лет, 57% - тяжёлые аллергических реакции в анамнезе, 44% - при острых инфекционных и неинфекционных заболеваниях, 42% - в период беременности и период грудного вскармливания.

И только 19% опрошенных ответили, что не знают, в каких случаях не рекомендована вакцинация.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило, что вакцина достаточно безопасна, при этом большее количество побочных явлений отмечается после введения первого компонента «Спутник-V».

ОСТРОЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ У БЕРЕМЕННОЙ В ПРЕДРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Ейкина О.Н., Рахимова С.Р., Страшнов Д.В.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Стяжкина С.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Желудочно-кишечные кровотечения у беременных женщин встречаются редко, мало изучены и представляют большую угрозу для жизни матери и плода. Особенно опасны такие кровотечения во вторую половину беременности. Трудности в диагностике этих кровотечений связаны с большим разнообразием их источников и причин, сложностью патогенеза. На высоте кровотечения у таких больных приходится решать очень сложные тактические задачи. Что является причиной острого желудочно-кишечного кровотечения? Проводить ли упорно консервативную гемостатическую терапию при продолжающемся кровотечении или решиться на операцию с целью обнаружения и устранения источника кровотечения? Если оперировать, то, когда? Показано ли срочное прерывание беременности или кесарево сечение при продолжающемся кровотечении? – Вот вопросы, которые приходится решать у постели беременности с острым желудочно-кишечным кровотечением.

Цель: продемонстрировать трудности о принятии решения о родоразрешении беременной с острым желудочно-кишечным кровотечением язвенной этиологии путем операции кесарева сечения.

Задачи: анализ клинического случая острого желудочно-кишечного кровотечения язвенной этиологии у беременной в предродовом периоде с оценкой клинических и лабораторно-инструментальных данных

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ истории родов и курация беременной с острым желудочно-кишечным кровотечением язвенной этиологии в предродовом периоде.

Описание клинического случая.

Приводим клиническое наблюдение острого желудочно-кишечного кровотечения язвенной этиологии у женщины в последние месяцы беременности.

Больная К., 37 лет поступила в клинику госпитальной хирургии в экстренное дежурство в июне 2018 года с жалобами на тошноту, головокружение, ноющие боли в животе, рвоту «кофейной гущей», черный стул. Заболела остро внезапно ночью. Появились боли в подложечной области и рвота. Рвотные массы в количестве до 50 мл цвета «кофейной гущи». Раньше периодически беспокоили боли в области желудка, рвоты не было. Больная обследовалась амбулаторно, лечилась по поводу гастрита. Беременность четвертая, желанная, 39 недель, протекает без особенностей. Три предыдущие беременности закончились самопроизвольными выкидышами.

Объективно: женщина правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, язык влажный, чистый. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца чистый. Пульс 68 уд.в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжения. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Живот увеличен за счёт беременной матки, размеры ее соответствуют 39 недельной беременности. Кишечные шумы выслушиваются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул был после клизмы, кал дегтеобразный. Мочеиспускание нормальное. Диагноз: желудочно-кишечное кровотечение неясной этиологии, беременность 39 недель.

Анализ крови в момент поступления эритроцитов $2,38 \cdot 10^{12}$ г/л, гемоглобин 75 г/л, лейкоцитов $7 \cdot 10^9$ г/л. Анализ крови через 7 часов после проведения гемостатической терапии: эритроциты $2,52 \cdot 10^{12}$ г/л, гемоглобин 82 г/л.

Консультация акушера-гинеколога – угрозы гибели плода нет, продолжить гестатическую консервативную терапию, динамическое наблюдение хирурга и акушера-гинеколога.

Больной назначено гемостатическая терапия: постельный режим, холод на область желудка, викасол по 2 мл в/м, в/в введение 40 % раствора глюкозы, 40 мл с аскорбиновой кислотой 5,0; 10% раствора хлористого кальция – 10,0; 10% раствора аминокaproновой кислоты – 100,0; растворы желатина – 60,0; нативной плазмы – 200,0; переливание крови – 250,0. За больной проводилось динамическое наблюдение – контроль за общим состоянием, пульсом, артериальным давлением, сердцебиением плода, изменениями гемоглобина крови и количества эритроцитов три раза в сутки.

В течение суток состояние больной не ухудшилось – рвота не повторялась, слабость, головокружение, боли в животе уменьшились, АД было в пределах 120/80 мм.рт.ст., пульс 74-88 уд/мин, удовлетворительных качеств. Кал был черного цвета. Гемоглобин крови держался в пределах 85-90 г/л, количество эритроцитов $2,2-2,5 \cdot 10^{12}$ г/л. Больная осмотрена акушером-гинекологом: беременность 39 недель, признаков родовой деятельности нет, состояние плода хорошее. Показаний для кесарева сечения нет.

Через сутки состояние больной резко ухудшилось. Дважды была рвота свежей кровью и сгустками 300-400 мл. Гемоглобин крови снизился с 85 до 70 г/л, количество эритроцитов с $2,2 \cdot 10^{12}$ г/л до $1,9 \cdot 10^{12}$ г/л. Пульс 76 уд в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Кожные покровы бледные, сердцебиение плода ослаблено.

В связи с продолжающимся желудочно-кишечным кровотечением, опасностью гибели матери и плода показана экстренная операция – лапаротомия, обнаружение и устранение причины кровотечения, а также операция кесарево сечение. Срочно вызванный акушер-гинеколог, установил отсутствие сердцебиения плода и родовой деятельности.

В 21 час под интубационным эфирно-кислородным наркозом произведена операция кесарево сечения в нижнем сегменте матки. Извлечён плод без признаков жизни. После удаления последа и ушивания матки, срединный операционный разрез продлён вверх до мечевидного отростка грудины. При

тщательной ревизии желудка, только при гастротомии были обнаружены в его кардиальном отделе по малой кривизне три язвы, размерами 1,5 на 1 см с желтоватым дном, плотными инфильтрированными краями. Одна из язв кровоточит. Попытка ушить язвы со стороны слизистой оболочки желудка безуспешна из-за хрупкости и ранимости окружающих тканей. Произведена перевязка левой желудочной артерии, наложены наружные обкалывающие швы на стенку желудка вокруг язв. Кровотечение прекратилось. Гастротомическое отверстие ушито двухэтажными швами. Брюшная полость ушита наглухо.

Послеоперационный период протекал тяжело. Длительное время держалась анемия. За время лечения больной было перелито около 6 л крови. Состояние больной постепенно улучшалось и на 32 день после операции больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Анализ крови при выписке: гемоглобин 122 г/л, эритроцитов $3,52 \cdot 10^{12}$ г/л, СОЭ 10 мм/ч. За больной установлено диспансерное наблюдение терапевтов и хирургов. Больная обследовалась спустя полгода, год и два года после операции. Состояние у нее хорошее, жалоб не предъявляет, при рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта патологии не определяется, явлений анемии нет, общая кислотность желудочного сока – 50, свободная – 20. Через 1,5 года она родила здорового доношенного ребенка.

Заключение.

Приведенное клиническое наблюдение позволяет сделать следующие выводы:

1. Острое желудочно-кишечное кровотечение, возникшее у беременных женщин, встречается редко и представляет опасность для жизни матери и ребенка.

2. Беременные с желудочно-кишечным кровотечением должны госпитализироваться в хирургическое отделение, и за ними должно проводиться постоянное динамическое наблюдение хирурга и акушера-гинеколога.

3. При продолжающемся кровотечении и неэффективности консервативной и гемостатической терапии следует раньше прибегать к операции.

4. Операция должна преследовать цель – устранение причины кровотечения и прерывание беременности путем кесарева сечения.

5. Решение вопроса о сроках операции решающее слово должно быть за хирургом, так как ведущим является хирургическое заболевание.

P.S. Спустя год после рождения ребёнка, пациентка была оперирована в онкологическом диспансере по поводу рака желудка. После операции гастрэктомии, она прожила 2 года.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ С ТЯЖЕЛОЙ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Рахимова С.Р., Ейкина О.Н., Страшнов Д.В.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Стяжкина С.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Острая кишечная непроходимость до настоящего времени остается важнейшей проблемой абдоминальной хирургии, занимая особое место среди всех прочих острых заболеваний органов брюшной полости.

В современной медицинской литературе имеется значительное количество пособий, посвященных комплексному лечению кишечной непроходимости, тем не менее, на сегодняшний день этот вопрос все еще далек от своего окончательного решения. По данным исследований, летальность при острой кишечной непроходимости остается весьма высокой и зависит в первую очередь от времени с момента начала заболевания до оказания оперативной помощи и от причины, вызвавшей кишечную непроходимость.

В случае механической кишечной непроходимости основным методом лечения является оперативное хирургическое лечение, которое заключается: 1ое, в устранении причины, вызвавшей острую кишечную непроходимость, 2ое, при необходимости – резекция нежизнеспособного участка кишечника с последующим восстановлением пассажа кишечного содержимого.

Цель: продемонстрировать значимость ранней диагностики и оперативного хирургического лечения при острой кишечной непроходимости с тяжелой коморбидной патологией.

Задачи: анализ клинического случая острой кишечной непроходимости с тяжелой коморбидной патологией с оценкой клинических и лабораторно-инструментальных данных.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезни и курация больной с острой кишечной непроходимости с тяжелой коморбидной патологией.

Описание клинического случая.

Приводим в пример клинический случай острой кишечной непроходимости, вследствие опухоли сигмовидной кишки на фоне хронического панкреатита, хронического некалькулезного холецистита, хронического бронхита.

Больная З., 65 лет поступила в дежурную хирургию ГКБ №9 с жалобами на слабость, вздутие живота, задержку стула и газов, тошноту.

Считает себя больной с 18.02.2022, когда в течение 7 дней отсутствовал стул, не лечилась. 25.02.2022 сделала клизму (микролакс), был скудный жидкий стул. Так же 28.02.2022 микроклизма – скудный жидкий стул, газы не отходят. Обратилась к гастроэнтерологу, консервативная терапия без эффекта. Повторное обращение к гастроэнтерологу, направлена в дежурную хирургию ГКБ 9, госпитализирована.

Объективно: сознание ясное, общее состояние удовлетворительное, положение активное. Конституция нормостеническая, удовлетворительное питание. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, пульс ритмичный, пульс 72 в минуту, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык и зев чистые. Живот вздут, незначительно болезненный в мезогастрии. Печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Шумы кишечной

перистальтики выслушиваются вялые. Почки не пальпируются, симптом сотрясения отрицательный.

Анализ крови в пределах нормы. Общий анализ мочи: лейкоциты 70 Ед/мл, белок 0,3 г/л, кетоны 3,9 ммоль/л, уробилиноген 17 мкмоль/л, диастаза мочи 32 Ед (референтные значения 0 – 64 Ед).

Ультразвуковая диагностика ОБП: выраженные диффузные изменения поджелудочной железы, признаки хронического некалькулезного холецистита, синусовые кисты левой почки. Обзорная рентгенография грудной клетки в прямой проекции: рентгенологические признаки хронического бронхита. Обзорная рентгенография органов брюшной полости в прямой проекции, ортопозиции: вершины куполов диафрагмы вне снимка. Кишечные арки и чаши Клойберга в обоих фланках на уровне эпи- и мезогастрия.

На основании жалоб, осмотра, исследований поставлен предварительный диагноз: острая кишечная непроходимость. Была предложена лапаротомия, в ходе которой обнаружено в нижней трети сигмовидной кишки плотное, бугристое образование до 15 см в диаметре.

Клинический диагноз: опухоль сигмовидной кишки. Осложнение: острая кишечная непроходимость.

После операции больной была назначена консервативная терапия: дротаверин 2,0 внутримышечно 3 раза в день, платифиллин 2,0 подкожно 2 раза в день, амоксиклав 1000 мг 2 раза в день, омепрозол 40 мг 2 раза в день, рингера раствор 1000 мл 1 раз в день.

Послеоперационный период протекал в реанимационном отделении, где больная пролежала один день. Состояние было тяжелое, но стабильное. Кишечные шумы прослушивались, колостома функционировала. После проведенной операции и терапии состояние пациентки значительно улучшилось.

Заключение.

Как показал клинический опыт, своевременно выполненное хирургическое вмешательство и ранняя диагностика играют немаловажную роль в лечении пациентов с острой кишечной непроходимостью. Проведенный клинический

анализ позволяет установить, что причиной острой кишечной непроходимости стала обтурация просвета кишечника, вызванная опухолью сигмовидной кишки.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

«СРАВНЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ОБРАЩЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ С ОРВИ И COVID-19»

Миннегалимова К. Р.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Абдулхаков Р. А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Число заболеваний COVID-19 растет и представляет собой большую угрозу. Вирус мутирует и появляются новые штаммы. Каждый из них подразумевает свою симптоматику от лихорадки до нарушений функций дыхания. На данный момент персистирует Омикрон-штамм COVID-19, который без специфической диагностики невозможно отличить от острых респираторных инфекций.

За последнюю неделю февраля 2022 года в Республике Татарстан выявлено 2520 случаев заражения Новой коронавирусной инфекцией. В 48 субъектах Российской Федерации увеличилось число госпитализаций. Однако большая нагрузка ложится на амбулаторную сеть, на врачей и медперсонал в поликлиниках.

Цель: сравнить количество обращений пациентов с ОРВИ и COVID-19.

Задачи: 1) сделать статистический анализ обращений с ОРВИ и COVID-19 по возрасту и полу; 2) сделать вывод по получившимся данным.

Материал исследования: сделанные мною по амбулаторным картам отчеты по количеству обращений с ОРВИ и COVID-19 к одному врачу-терапевту за декабрь 2021 год, январь и февраль 2022 год.

Метод исследования: статистический анализ.

За декабрь 2021 года у одного врача-терапевта на приеме были 20 пациентов с ОРВИ, из них 9 мужчин, 11 женщин. В общей сложности число дней нетрудоспособности мужчин с ОРВИ составило 76 дней, у женщин - 91. Среди

мужчин были пять в возрасте 19-29 лет, два 30-39, один 50-59, один старше 60. Среди женщин были четыре в возрасте 19-29 лет, одна 30-39, пять 40-49, одна 50-59.

За этот же месяц у врача-терапевта на приеме были 5 пациентов с COVID-19, из них 1 мужчин, 4 женщин. В общей сложности число дней нетрудоспособности мужчин с COVID-19 составило 41 дней, у женщин - 102. Среди мужчин был один старше 60. Среди женщин была одна в возрасте 19-29 лет, одна 30-39, две 50-59.

Диагноз	Пол	Число случаев нетрудоспособности	Число дней нетрудоспособности	19-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	Старше 60 лет
ОРВИ	м	9	76	5	2	-	1	1
ОРВИ	ж	11	91	4	1	5	1	-
COVID-19	м	1	41	-	-	-	-	1
COVID-19	ж	4	102	1	1	-	2	-

За январь 2022 года у одного врача-терапевта на приеме были 58 пациентов с ОРВИ, из них 21 мужчин, 37 женщин. В общей сложности число дней нетрудоспособности мужчин с ОРВИ составило 205 дней, у женщин - 336. Среди мужчин были восемь в возрасте 19-29 лет, четыре 30-39, четыре 40-49, четыре 50-59, один старше 60. Среди женщин были семнадцать в возрасте 19-29 лет, семь 30-39, шесть 40-49, шесть 50-59, одна старше 60 лет.

За этот же месяц у врача-терапевта на приеме были 16 пациентов с COVID-19, из них 5 мужчин, 11 женщин. В общей сложности число дней нетрудоспособности мужчин с COVID-19 составило 74 дней, у женщин - 192. Среди мужчин были три в возрасте 30-39 лет, два 40-49. Среди женщин были две в возрасте 19-29 лет, три 30-39, четыре 40-49, одна 50-59, одна старше 60 лет.

Диагноз	Пол	Число случаев нетрудоспособности	Число дней нетрудоспособности	19-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	Старше 60 лет
ОРВИ	м	21	205	8	4	4	4	1
ОРВИ	ж	37	336	17	7	6	6	1
COVID-19	м	5	74	-	3	2	-	-
COVID-19	ж	11	192	2	3	4	1	1

За февраль 2022 года у одного врача-терапевта на приеме были 26 пациентов с ОРВИ, из них 13 мужчин, 13 женщин. В общей сложности число дней нетрудоспособности мужчин с ОРВИ составило 121 дней, у женщин - 142. Среди мужчин были четыре в возрасте 19-29 лет, три 30-39, три 40-49, один 50-59, два старше 60. Среди женщин были пять в возрасте 19-29 лет, две 30-39, две 40-49, четыре 50-59.

За этот же месяц у врача-терапевта на приеме были 60 пациентов с COVID-19, из них 21 мужчин, 39 женщин. В общей сложности число дней нетрудоспособности мужчин с COVID-19 составило 262 дней, у женщин - 547. Среди мужчин были пять в возрасте 19-29 лет, четыре 30-39, три 40-49, шесть 50-59, три старше 60. Среди женщин были одна в возрасте 19-29 лет, тринадцать 30-39, тринадцать 40-49, семь 50-59, пять старше 60 лет.

Диагноз	Пол	Число случаев нетрудоспособности	Число дней нетрудоспособности	19-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	Старше 60 лет
ОРВИ	м	13	121	4	3	3	1	2
ОРВИ	ж	13	142	5	2	2	4	-
COVID-19	м	21	262	5	4	3	6	3
COVID-19	ж	39	547	1	13	13	7	5

Результаты:

- 1) за декабрь 2021 г. случаев обращений по ОРВИ было больше, чаще обращаются женщины 40-49 лет, мужчины 19-29 лет;
- 2) в январе 2022 г. случаев обращений по ОРВИ было больше, чаще обращаются женщины 19-29 лет, мужчины 19-29 лет;
- 3) в феврале 2022 г. случаев обращений по COVID-19 было больше, чаще обращаются женщины 30-49 лет, мужчины 50-59 лет.

По данным трёх месяцев можно сделать вывод, что число обращений пациентов с COVID-19 росло с каждым месяцем. А в феврале число обращений пациентов с COVID-19 превысило число обращений пациентов с ОРВИ.

Заключение: по результатам исследования можно сделать вывод, что временное улучшение обстановки по вспышкам заболеваемости COVID-19 не повод терять бдительность. При обращении пациентов в амбулаторное звено необходимо тщательно собирать анамнез, назначать специфические методы исследования. Нужно проводить профилактическую работу с пациентами, напоминать о методах защиты и о своевременном обращении для получения рекомендаций по лечению.

СТЕПЕНЬ УДОВЛЕТВОРЁННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГАУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №16»

Земскова С. Д.

Научный руководитель – д.м.н., Абдулхаков Р. А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Важнейшая и сложно решаемая проблема здравоохранения – обеспечение качества и доступности медицинской помощи. Общественное мнение как элемент обратной связи позволяет выявить недостатки функционирования системы оказания медицинской помощи населению, а также принять меры по коррекции выявленных недостатков.

Целью исследования является анализ степени удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в ГАУЗ «Городская поликлиника №16»

В качестве инструмента исследования было использован, разработанный самостоятельно, бланк анонимного анкетирования. Опрос проводился в период с 25.05.21 по 01.06.21. Общее количество респондентов составило 100 человек. Анкета содержала тринадцать закрытых вопросов. Два из них отражали возраст и социальную принадлежность респондента, одиннадцать - отношение к оказываемой медицинской помощи.

Анкетирование

Одной из задач анкетирования являлось определение возраста и социального положения респондентов. В процентном соотношении результаты распределились следующим образом:

Возраст

Вариант ответа	Кол-во	Процент
15-25 лет	14	14
26-39 лет	23	23
40-59 лет	37	37
60-79 лет	24	24
80 и старше	2	2

Род занятий

Вариант ответа	Кол-во	Процент
На пенсии	32	32
Не работаю	13	13
Работаю	48	48
Учусь	7	7

Далее в анкетировании респондентам предлагалось оценить непосредственно качество предоставленных им медицинских услуг и связанной с ними инфраструктурой городской поликлиники.

Заключение

Наибольшее количество опрошенных составляли люди в возрасте от 40 до 59 (37%). 48% от общего числа респондентов работают.

94% опрошенных удовлетворены расположением поликлиники.

83% респондентов считают, что парковочных мест недостаточно.

В 65% случаях сложностей при вызове врача на дом не возникало. Трудности при записи на приём к участковому специалисту возникли у 26% опрошенных.

Следует отметить, что среди узких специалистов наиболее проблематично для респондентов было попасть к неврологу (20%) и окулисту (16%). У 35% затруднений при записи на приём к узким специалистам не возникло.

Время ожидания врача в поликлиники составляет около часа (49% от общего числа ответов).

83% респондентов нашли санитарно-гигиеническое состояние лечебных учреждений удовлетворительным.

Принятие противоэпидемических мер на высоте по мнению 98% респондентов.

В целом качеством медицинской помощи удовлетворены 69%, не удовлетворены - 13% и затруднились ответить - 18% опрошенных.

Меньше всего качество медицинской помощи устраивает респондентов в возрасте от 26 до 39 лет

Удовлетворённость пациентов качеством оказываемой медицинской помощи, составляет 83%, что практически соответствует установленного программой государственных гарантий критерия.

Список литературы:

1. Бутенко И.А. Стандартизированное интервью и новые технологии. / И.А. Бутенко // Социологические исследования. - 1996. - №11. - С. 13-19.
2. Горелов А.А. Социология. - М.: Изд-во «Эксмо», 2006.
3. Общая социология / Под общ. ред. проф. А.Г. Эфендиева. - М.: ИНФРА-М, 2009.
4. Татарова Г.Г. Качественные методы в структуре методологии анализа данных // Социология: методология, методы и математическое моделирование. 2002. №14. С. 33-52.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Шафигуллина А. А.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Абдулхаков Р. А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

На прием к врачу-терапевту обратилась пациентка с жалобами на головную боль, шум в ушах, периодическое «мелькание мушек» перед глазами. Контролирует АД дома самостоятельно, отмечает повышение АД до 220/110 мм рт.ст. с периодичностью 2-3 раза в неделю.

В анамнезе гипертоническая болезнь, 3 степень, 2 стадия, риск 3. Бронхиальная астма аллергическая форма, средней степени тяжести, контролируемое течение. Давление на приеме 180/100 мм рт. ст.

Пациентка наблюдается у терапевта, кардиолога, пульмонолога. Данная лекарственная терапия ГБ третья, без эффекта. Сначала принимала индапамид 2,5 мг, утром эналаприл 5 мг вечером. Через месяц дозировка эналаприла была увеличена до 10 мг. Через 3 года – изменение лечения на лозартан 100 мг утром, амлодипин 10 мг вечером. Терапия БА низкие дозы ГКС/ДДБА (3 ступень терапии), течение астмы хорошо контролируемое.

Со слов врача-терапевта на участке наблюдается 4 человека с гипертонической болезнью и бронхиальной астмой. У всех – неконтролируемая АГ на разных комбинациях лекарственных препаратов.

Лечение артериальной гипертензии при сопутствующей бронхолегочной патологии имеет свои особенности, так как легочная гипертензия, развивающаяся в этом случае, зачастую резистентна к терапии. Также терапия В2-адреномиметиками БА может спровоцировать тахикардию или повышение артериального давления.

Антагонисты кальция являются «препаратами выбора», поскольку наряду со способностью расширять артерии большого круга, они обладают свойствами бронходилататоров, улучшая тем самым вентиляцию легких.

Одним из побочных эффектов препаратов ингибиторов АПФ является сухой кашель (до 8% случаев), что может ухудшить качество жизни больного с БА.

Неселективные β -адреноблокаторы приводят к провоцированию симптомов бронхиальной астмы; селективные препараты используются с осторожностью.

Диуретики являются препаратами выбора при сопутствующей сердечной недостаточности с застойными явлениями, поскольку снижают повышенное давление в легочных капиллярах.

Гипотензивные средства группы препаратов центрального действия оказывают различное действие на дыхательные пути, но в целом их применение при сопутствующих бронхолегочных заболеваниях считается безопасным.

Таким образом, легочная гипертензия, возникающая при бронхиальной астме, ухудшает течение гипертонической болезни и делает заболевание не поддающимся терапии. Эффективность различных препаратов спорна и подбирается индивидуально в каждом конкретном случае. Предпочтение отдается антагонистам кальция, препаратам центрального действия.

Список использованной литературы:

- 1) Кузнецов А.Н., Григорьева Н.Ю., Илюшина Т.П., Майорова М.В. «Существует ли взаимосвязь между бронхиальной астмой и артериальной гипертензией?» Терапия. 2017; 1 (11).
- 2) Маколкин В.И. «Особенности лечения артериальной гипертензии в различных клинических ситуациях». РМЖ, 2002; 10(17): 12–17.

ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ COVID-19 ЧЕРЕЗ 6-8 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

Тимофеева Е.О.

Научный руководитель – д.м.н., профессор Абдулхаков Р.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Вспышка новой коронавирусной инфекции COVID-19 (НКИ) нанесла серьезный урон здоровью людей по всему миру. В настоящее время зарегистрировано более 100 миллионов случаев заболевания COVID-19 с уровнем смертности более 2%. Симптомы острой фазы COVID-19 изучены хорошо, однако на сегодняшний день мировое научное сообщество не располагает достаточными данными по долгосрочным последствиям COVID-19 для физического и психического здоровья взрослых пациентов. [1]

Целью является оценка факторов риска и частоты возникновения долгосрочных последствий COVID-19 у взрослых пациентов. Основными задачами на исследовательскую работу стали - проанализировать структуру населения, обратившихся за терапевтической помощью спустя 6-8 месяцев после перенесенной Новой коронавирусной инфекции, на примере выборки пациентов Городской поликлиники №18, провести анкетирование среди пациентов о причинах, побудивших к обращению к терапевту, выявить последствия, и с какой частотой они встречаются, с которыми столкнулись пациенты после НКИ.

К методам исследования относятся литературный обзор осложнений новой коронавирусной инфекции в России и сбор информации о пациентах методом анкетирования, обратившихся к участковому терапевту в Городскую поликлинику №18 с жалобами после перенесенного за последние полгода-год COVID-19. Информация включает пол, возраст, наличие одышки, хронической усталости, проблемами с кожей, ЖКТ, а также была отдельная графа в анкете для развернутого ответа, где каждый из анкетированных мог указать осложнения, с

которыми столкнулся он, но они не указаны в перечне нашей анкеты. Полученные данные субъективны. Оцениваемая выборка составила 50 человек.

Среди пациентов, обратившихся к терапевту в данный период, преобладают пациенты женского пола в возрасте 65-79 лет. У 38% (19) анкетированных – имеется одышка при обычной нагрузке, что соответствует дыхательной недостаточности 2 степени, у 36% (18) анкетированных имеется одышка при повышенной физ. нагрузке, что соответствует ДН 1 степени, у 16% (8) анкетированных имеется одышка в состоянии покоя, что соответствует ДН 3 степени, у 10% (5) анкетированных одышка отсутствует, ДН отсутствует. [2]

52% (26) пациентов указали на выпадение волос и ломкость ногтей, 28% (14) пациентов указали на отсутствие изменений со стороны дермы, 12% (6) пациентов указали на появление аллергических реакций, 8% (4) пациентов указали на появление широких высыпаний на спине, груди, шее или лице.

46% (22) пациентов не выявили у себя отклонений со стороны ЖКТ, 26% (13) пациентов обратили внимание на боль в животе, по 12% (6) пациентов обратились с тошнотой/рвотой и болью в правом подреберье, 6% (3) пациентов обратились с жалобами на диарею. [3]

Ряд пациентов отмечает дополнительную симптоматику, такую как: головные боли, нарушение сердцебиения, стенокардия, нарушение мочеиспускания. [4]

Спустя 6-8 месяцев после перенесенного COVID-19 почти у половины пациентов наблюдаются симптомы, сохраняющиеся с момента выписки из стационара. Основным фактором риска развития длительно текущих симптомов является женский пол. Необходимо дальнейшее наблюдение пациентов, сообщающих о сохранении симптомов COVID-19 и разработка интервенционных подходов профилактики пост-ковидных проявлений.

Список литературы:

1. Временные клинические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции. Версия 11 (7.05.2021)

2. Dong E., Du H., Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis* 2020; 20(5): 533-4.
3. Docherty A.B., Harrison E.M., Green C.A. et al. Features of 20 133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. *BMJ* 2020; 369: m1985.
4. Callard F., Perego E.: How and why patients made Long Covid. *Soc. Sci. Med.*, 2021; 268: 113 426. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113 426

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ГАУЗ ПОЛИКЛИНИКИ ГКБ №16 г. КАЗАНИ

Хабиров Р.А.

Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии

Акберова Д.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Язвенная болезнь (ЯБ) — это хроническое заболевание, имеющее рецидивирующий тип течения, для которого характерно чередование периодов обострения и ремиссии. Одним из основных проявлений является образование дефекта (язвы) в стенке желудка, двенадцатиперстной кишки. Патогенетически большинство случаев ЯБ связано с инфекцией *H. pylori*. Существуют различные варианты ЯБ: как самостоятельное заболевание, так и симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Наблюдается широкий спектр клинический проявлений: боли в подложечной области, с иррадиацией или нет, наличие связи боли в эпигастральной области с приемом пищи, либо «голодные» боли, диспепсический синдром и т.д. Клиническая картина данной нозологии варьирует и может иметь осложнение - перфорация язвы.

Цель исследования: оценить распространенность «Язвенной болезни желудка» среди пациентов ГАУЗ Поликлиники ГКБ №16 г. Казани.

В соответствии с поставленной целью были выдвинуты следующие задачи:

1. Определить частоту встречаемости исследуемой нозологии по отношению к другим заболеваниям желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

2. Выяснить наиболее часто встречаемую форму язвенной болезни желудка (ЯБЖ) среди пациентов обследуемого амбулаторно-поликлинического учреждения (АПУ).

3. Определить, кто из мужчин или женщин наиболее подвержен к заболеванию ЯБЖ.

4. Оценить рост заболеваемости ЯБЖ в период с 2017 года по 2021 год.

Методы исследования: был проведен ретроспективный анализ амбулаторно-поликлинических карт пациентов в период с 2017 года по 2021 год. В ГАУЗ Поликлинике ГKB №16 г. Казани зарегистрировано 2510 случаев заболеваемости органов ЖКТ. С диагнозом ЯБЖ 88 случая в данный временной промежуток. Разделение по полу: 55,7% у мужчин и 44,3% у женщин.

Результаты:

Из 2510 зарегистрированных случаев заболеваемости органов ЖКТ ЯБЖ встречается в 3,5% случаев. Наиболее часто встречаемым вариантов ЯБЖ является хроническая язва желудка без кровотечения и прободения. За данный период было зарегистрировано 88 случаев ЯБЖ. При разделении по годам: 2017 г. было зарегистрировано 5 случаев, 2018 г. – 8 случаев, 2019 г. – 31 случай, 2020 г. – 22 случая, 2021 г. – 22 случая.

Заключение:

В ГАУЗ Поликлинике ГKB №16 г. Казани в 3,5% случаев из заболеваемости органов ЖКТ встречается ЯБЖ, что может говорить об относительно невысокой распространенности данной нозологии среди пациентов в данной АПУ.

ЯБЖ практически не имеет тенденции к возникновению конкретно либо у мужчин, либо у женщин. Показали имеют практически одинаковые значения: 55.7% у мужчин и 44.3% у женщин, что совпадает со среднестатистическими показателями по всей территории Российской Федерации.

За последние 5 лет (в период с 2017 г. по 2021 г.) отмечен рост выявления новых случаев ЯБЖ. Сильный прирост (2019 г. – 31 случай, 2020 г. – 22 случая,

2021 г. – 22 случая) вероятно связан с повышенной обращаемостью населения за медицинской помощью, в ходе которой были диагностированы сопутствующие заболевания, в числе которых ЯБЖ.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ АНАЛИЗ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19, ОБРАТИВШИХСЯ ВО ВРЕМЕННЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ГОСПИТАЛЬ РКБ МЗ РТ В НОЯБРЕ 2021 г.

Лактионова Е.М., Гильфанова А.И., Галиева А.М.

Научный руководители: к.м.н., ассистент Акберова Д.Р., к.м.н., ассистент

Мухаметова Д.Д., к.м.н., доцент Шамсутдинова Н.Г.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрав России

COVID-19 - инфекция, которая поставила на колени системы здравоохранения даже самых развитых стран современного мира, показав нам насколько беспомощными мы можем быть. Многие аспекты патогенеза и патоморфологии инфекции нуждаются в тщательном изучении. Для этого важно изучение не только самого вируса в режиме *in vitro*, но и отслеживание у больных клинико-лабораторные и инструментальные показатели как во время болезни, так и отдаленные последствия.

Цель работы: оценить клинико-лабораторные показатели у пациентов с COVID-19, обратившихся во временный инфекционный госпиталь (ВИГ) РКБ МЗ РТ в ноябре 2021 г.

Материал и методы: в исследование ретроспективно было включено 195 пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-19. Средний возраст пациентов: $58,5 \pm 14,5$ лет. Мужчин было 84 (43,1%), женщин – 111 (56,9%). У пациентов были сопутствующие хронические заболевания: ишемическая болезнь сердца (ИБС) в 18,46% случаев, гипертоническая болезнь (ГБ) – 45,1%, сахарный диабет – 17,4%. Заболеваний печени из данных анамнеза выявлено не было. Лабораторно–инструментальные исследования были проведены при обращении

в ВИГ РКБ МЗ РТ, на 5–7 день болезни. У пациентов была пневмония, ассоциированная с COVID-19: КТ 1–81 (41,7%) пациентов, КТ 2–67 (34,3%), КТ 3 – 24 (12,3%), КТ 4 – 2 (1,4%). У 18 (9,2%) пневмонии не было. Были проанализированы: гемоглобин (норма 120-180 г/л), эритроциты ($3,76-5,7 \times 10^{12}/л$), лейкоциты ($4-9 \times 10^9/л$), тромбоциты ($150-350 \times 10^9/л$), аланинаминотрансфераза (АЛТ) (0-55 ед/л), аспартатаминотрансфераза (АСТ) (0-38 ед/л), общий билирубин (5-21 мкмоль/л), глюкоза (4-6,1 ммоль/л), общий белок (60-87 г/л), С-реактивный белок (СРБ) (0-5 мг/л), фибриноген (2-4 мг/л). Клинический исход заболевания - выздоровление.

Результаты: у 195 пациента с COVID-19 были оценены некоторые показатели крови. В общий анализ крови (ОАК): гемоглобин - 140 [128; 152], эритроциты - 4,6 [4,2; 4,9], лейкоциты - 7 [4,9; 9,2], тромбоциты - 196 [154; 241]. Биохимический анализ крови (БАК): АЛТ - 98,5 [63; 161] ед/л, АСТ - 55 [11,2; 540,2] ед /л. Коэффициент де Ритиса составил 1,095 [0,75; 1,53]. Так же были исследованы: общий билирубин - 11,2 [8,7; 15,2], глюкоза – 6,5 [5,2; 7,7], общий белок - 66,9 [63; 71,6], СРБ – 35,6 [13,6; 66,2], фибриноген 4,2 [3,8; 5,3]. Повышение уровня АЛТ статистически значимо коррелировало с повышением уровня АСТ ($r=0,48$; $p<0,05$). Статистически значимой разницы между объёмом поражения легких и уровнем цитолиза не было выявлено.

Заключение: у пациентов с COVID-19 наблюдались хронические заболевания: ГБ, ИБС, СД. В 82 % случаев выявлены различные по степени тяжести изменения в легких по КТ. Изменения в показателях ОАК было выявлено у 33% пациентов. Из БАК выявлено изменение АЛТ и АСТ: повышение АЛТ наблюдалось у 23,6% пациентов, повышение АСТ у 45%. Определено снижение коэффициента де Ритиса.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ефимова Д.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – к.м.н., асс. Бодрягина Е.С., к.м.н., асс. Белоусова Е.Н.

Актуальность. Портальная гипертензия – это клинический симптомокомплекс, который гемодинамически проявляется патологическим повышением портального градиента давления и сопровождается формированием порто-системных коллатералей, через которые происходит сброс крови из портальной вены в обход печени. Синдром проявляется гепато- и спленомегалией, асцитом, варикозным расширением вен пищевода (ВРВП) и другими симптомами. Чаще всего наблюдаются ВРВП, которые в 30% случаев могут осложняться кровотечением. Наиболее частой причиной портальной гипертензии является цирроз печени, однако нельзя исключать и другие механизмы, например, тромбозы системы воротной вены. При наблюдении пациентов с синдромом портальной гипертензии важно выяснить ведущую причину данного состояния, что будет определять подход к их ведению.

Цель исследования: проанализировать диагностический поиск причин портальной гипертензии у пациентов на примере клинического случая.

Материал и методы. Пациентка Н., 40 лет, госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение Республиканской клинической больницы (РКБ) г. Казани в марте 2022 г. с признаками портальной гипертензии и подозрением на цирроз печени. С 2018 года у пациентки периодически (1-2 раза в год) возникала рвота ярко-красного цвета, черный стул. Была неоднократно обследована, однако этиологический поиск был нерезультативен. Проводилась консервативная остановка кровотечения, заместительная терапия. В феврале-марте 2022 года у пациентки наблюдалось три эпизода рвоты с кровью, также были выявлены спленомегалия, асцит и панцитопения.

Результаты. При поступлении кожные покровы, слизистые оболочки бледные, геморрагий нет. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 84 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, признаков асцита нет. Печень не увеличена. Селезенка пальпируется из-под края реберной дуги +5-6 см (перкуторно 15*8 см).

Результаты лабораторных исследований: анемия (Hb 111 г/л, Eг 3,92*10¹²/л), тромбоцитопения (51*10⁹/л), лейкопения (3,6*10⁹/л); ПТВ 11,7 сек; МНО 1,08; Фибриноген 2,09 г/л; АЧТВ 22,0 сек. По данным биохимического анализа крови признаков печеночно-клеточной недостаточности нет.

Компьютерная томография брюшной полости выявила тромбоз портальной, брыжеечной вен, кавернозную трансформацию портальной вены, спленомегалию.

В связи с отсутствием признаков цирроза печени был начат диагностический поиск причин портальной гипертензии: миелопролиферативные заболевания, аутоиммунные заболевания, системные васкулиты, вирусные инфекции, тромбофилии.

Заключение. Диагностический поиск причин портальной гипертензии может быть сложной задачей, требующей исключения надпеченочных, печеночных и подпеченочных механизмов ее формирования. Данный клинический случай показывает необходимость тщательного обследования пациентов для установления точного диагноза и определения дальнейшей тактики лечения.

ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ COVID-19 И ОСОБЕННОСТИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА, ОПЫТ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ.

Белюсова Э.В., Седенкова А.О.

Научные руководители – к.м.н., асс. Халфина Т.Н., к.м.н., асс. Нуруллина Г.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. За короткий период времени эпидемия новой коронавирусной инфекции (НКВИ) переросла в пандемию, охватившую более 200 стран мира. Появление высокой заболеваемости SARS-CoV-2 привело к увеличению значимости данного вируса в структуре всех ОРВИ [1]. В начале острого периода лечение НКВИ сосредоточено на выявлении и лечении острых проявлений и осложнений, связанных с COVID-19, в то время как после стихания проявлений острой и подострой фаз на первое место выходят

респираторные и внелегочные симптомы, персистирующие неделями и месяцами - постковидный синдром [2,3].

Цель: выявить частоту заболеваемости НКВИ среди пациентов, обратившихся в ГАУЗ «ЦГКБ № 18 им. профессора К.Ш. Зыятдинова в период с 10.02 по 10.03 2022 года и особенности постковидного синдрома среди пациентов перенёсших НКВИ.

Материал и методы исследования. В рамках студенческой практики было проведено изучение данных, внесенных в журнал учета экспресс-тестов в ГАУЗ «ЦГКБ №18 им. профессора К.Ш. Зыятдинова», медицинской документации. Опрос пациентов, перенесших COVID-19, с целью выявления симптомов постковидного синдрома.

Результаты исследований. Были проанализированные результаты 1127 экспресс-тестов, сделанных пациентам с признаками острой респираторной вирусной инфекции, за период 10.02.2022 по 10.03.2022 в ГАУЗ «ЦГКБ №18 им. профессора К.Ш. Зыятдинова». Среди них положительные тесты были выявлены в 417 случаев (37%), а отрицательные в – 710 (63%). Среди всех пациентов имевших положительный тест ПЦР на COVID-19 51% составляли лица старше 65 лет. Анализ данных показал, что среди заболевших НКВИ преобладали пациенты - 65% не прошедших вакцинацию от COVID-19 .

За период прохождения практики на прием к терапевту обратились 30 пациентов с жалобами на симптомы постковидного синдрома. Пациенты перенесшие более легкое течение НКВИ имели меньше симптомов, чем пациенты со среднетяжёлым течением. Среди пациентов со среднетяжёлым течением и перенесённым поражением лёгких оказалось больше лёгочных симптомов. Молодые имели меньше симптомов, чем лица после 50 лет. Основные симптомы наблюдавшиеся у пациентов в рамках постковидного синдрома : усталость, быстрая утомляемость-10 человек, одышка -5 человек, сухой кашель-2 человека, нарушение памяти, забывчивость (когнитивные нарушения)-7 человек, нарушения сна-4 человека, тревожность, психологические проблемы-2 человека, потеря работоспособности-1 человек, изменённый вкус/запах-8 человек

Заключение. Несмотря на общую тенденцию к снижению заболеваемости НКВИ, высокая частота новых случаев, зафиксированных за период с февраля по март 2022 года в ГАУЗ «ЦГКБ №18 им. профессора К.Ш. Зыятдинова», показала значимость данной инфекции в общей структуре острых респираторных вирусных инфекций. Наибольшему риску развития НКВИ были подвержены пациенты, не прошедшие вакцинацию от COVID-19 и пациенты пожилого возраста (старше 65 лет), что согласуется с литературными данными. Постковидный синдром- серьезная проблема, с которой могут столкнуться пациенты, перенесшие COVID-19. Пациенты молодого возраста имеют более высокий шанс полного выздоровления. У пациентов, которые были госпитализированы, как правило, симптомы более выражены и наблюдаются дольше, чем у пациентов перенёсших более легкое течение НКВИ.

Список литературы.

1. Временные методические рекомендации Минздрава Российской Федерации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 14 (27.12.2021), Российская Федерация, 2022 г.
2. COVID-19: Evaluation and management of adults following acute viral illness // <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-evaluation-and-management-of-adults-following-acute-viral-illness>
3. Ю.Г. Белоцерковская□, А.Г. Романовских, И.П. Смирнов, А.И. Синопальников Долгий COVID-19 // CONSILIUM MEDICUM. 2021; 23 (3): 261–268. - М., Москва

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗА 2017-2021 г. В ГАУЗ ПОЛИКЛИНИКЕ ГКБ №16 г. КАЗАНИ

Петрова В.П.

Научный руководитель - ассистент кафедры госпитальной терапии, к.м.н.

Акберова Д.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Пневмонии представляют собой различные по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких. С клинической точки зрения важно классифицировать пневмонии на внебольничную (ВП) и нозокомиальную. Достаточно широкий спектр возбудителей ВП - включает более 100 микроорганизмов. Наиболее частыми возбудителями могут быть: *S.pneumoniae*, *M.pneumoniae*, *C.pneumoniae*, *H.influenzae*, респираторные вирусы, энтеробактерии, *S.aureus* и *L.pneumophila*. Подозревать у пациента ВП можно при наличии следующих клинических проявлений: лихорадки в сочетании с жалобами на острый кашель, одышку, отделение мокроты, боль в грудной клетке, связанную с дыханием или кашлем. Клиническая симптоматика может варьировать, и могут так же присутствовать такие жалобы как: немотивированная слабость, утомляемость, ознобы, сильное потоотделение в ночное время. Несмотря на стремительное развитие диагностики и лечения пневмонии, вирулентность штаммов микроорганизмов и их антибиотикорезистентность растут. Это приводит к увеличению распространенности, в том числе и летальности от данного заболевания.

Цель: выявить распространенности ВП среди пациентов в ГАУЗ поликлинике ГKB № 16 г.Казани с 2017 по 2021 гг.

Задачи: выявить частоту встречаемости пневмонии по отношению к остальным заболеваниям органов дыхания. Какой этиологический вариант пневмоний встречается чаще исходя из данных ГАУЗ поликлиники ГKB № 16 г.Казани. Определить распределение по полу.

Материал и методы: были использованы данные из амбулаторно-поликлинических карт пациентов за 2017-2021 гг.. в ГАУЗ поликлиники ГKB № 16 г.Казани. 3376 пациентов с болезнями органов дыхания. Среди которых 679 лиц с диагнозом ВП.

Результаты: в ходе работы было выявлено 3376 пациентов, страдающих от болезней органов дыхания, зарегистрированных в ГАУЗ поликлиники ГKB № 16 г.Казани. 20% (679 пациентов) случаев приходится на пневмонию. При разделении было получено: бронхопневмонией неуточненной этиологии

переболел 41 пациент - 6,1% случаев, внебольничной пневмонией - 638 пациента - 93,9%. Стоит отметить, что среди 638 пациентов долевая ВП была у 16 пациентов. Интересный факт, что в 70,3% (478 пациентов) случаев данная патология наблюдалась у женщин, в 29,7% (201 пациент) у мужчин.

Заключение: у 679 пациентов из 3376, имеющих заболевания дыхательных путей, был установлен диагноз «Пневмония», что составило четверть случаев среди заболеваний органов дыхания. В подавляющем большинстве (93,9%) это ВП. В 70,3% болеют представители женского пола.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА ЛЕЧЕБНОМ ФАКУЛЬТЕТЕ В КАЧЕСТВЕ ПОМОЩНИКА ВРАЧА (ТЕРАПИЯ, АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ, ХИРУРГИЯ)

СИНДРОМ ПЕРЕКРЕСТА АСТМА-ХОБЛ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Адиева А.А., Иванова Е.В.

Научный руководитель - к.м.н., асс. Мухаметова Д.Д., к.м.н., доц.

Шамсутдинова Н.Г.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Синдром перекреста Астма-ХОБЛ – клинический фенотип хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), сочетающий в себе две нозологии: ХОБЛ и бронхиальная астма (БА). Сложность дифференциальной диагностики, устойчивость к терапии определяют актуальность данного синдрома.

Цель: изучить особенности течения и тактику лечения пациента с синдромом перекреста БА и ХОБЛ на примере клинического случая.

Материал и методы работы: анализ истории болезни, изучение источников литературы.

Результаты работы: Пациент Г. 61 год, 28.02.2022 обратился к терапевту с жалобами на сохраняющуюся слабость, одышку при минимальной физической

нагрузке экспираторного характера, утомляемость. Из анамнеза заболевания: считает себя больным с 2012 года, когда впервые появились одышка при умеренной физической нагрузке. С 2012 по 2018 г. к врачам не обращался. Отмечает ухудшение симптомов с 2018 года в виде нарастания одышки, снижения толерантности к физическим нагрузкам, приступов удушья в ночное время, кашлем со светлой мокротой, с улучшением состояния после ингаляции КДБА, в связи с чем обратился к пульмонологу. По результатам проведения спирометрии выявлено: ФЖЕЛ 72%, ОФВ1 44%, ОФВ1/ФЖЕЛ 0,6 (по результатам бронходилатационного теста: ФЖЕЛ 74%, ОФВ1 48%, ОФВ1/ФЖЕЛ 0,6). Учитывая данные ФВД и длительный стаж курения, рентгенограмму ОГК поставлен диагноз: «ХОБЛ, тяжелой степени обструкции, с выраженными клиническими проявлениями (mMRC-3б), обострение. Бронхиальная астма, тяжелое течение. Эмфизема легких. Пневмосклероз. ДН2». Амбулаторно назначены препараты: Левофлоксацин, КДБА, Преднизолон. В 2019 году повторные обращения в поликлинику с прогрессированием одышки. Базисное лечение: Формотерол + Будесонид 160/4,5 по 2 д 2 раза, Гликопиррония бромид 50 мкг в сутки. В январе 2020 года самостоятельно обратился в РКБ г. Казани в связи с неэффективностью терапии, ухудшением самочувствия. ФВД от 01.2020: ОФВ1 26%, ФЖЕЛ 34%, ОФВ1/ФЖЕЛ 0,76 (по результатам бронходилатационного теста ОФВ1 44%, ФЖЕЛ 83%, ОФВ1/ФЖЕЛ 0,53). В течение 2020-2021 года несмотря на лечение, отмечает прогрессирование заболевания, в связи с чем проходит периодические госпитализации в пульмонологическом отделении для коррекции терапии и проведения плазмафереза.

Пациент бросил курить в 2020 году, стаж курения 35 лет, выкуривал 1 пачку в день (индекс пачка/лет=35). Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. ГБ с 2019г.

Объективно: состояние удовлетворительное. Дыхание жесткое, сухие свистящие хрипы. АД 140/90. ЧДД 21 в минуту. Сатурация 96%. ЧСС 80 в минуту. ИМТ=30,7.

Окончательный диагноз: «Перекрест Астма-ХОБЛ. Бронхиальная астма эндогенная, тяжелое течение, фаза обострения. ХОБЛ, тяжелое течение, стадия обострения. Эмфизема легких. Пневмосклероз. ДН 2. Гипертоническая болезнь 2 стадии, Ожирение 1 ст. ХСН I, ФК II. Целевой АД 130/80 мм рт.ст. Риск 4. НАЖБП».

Заключение: Синдром сочетания Астма-ХОБЛ имеет особенности, характерные и для БА и для ХОБЛ, разграничение данного фенотипа представляет трудности в диагностике, особенно у курящих пациентов и пациентов пожилого возраста. Данный синдром перекреста является прогностически неблагоприятным фенотипом, при котором отмечается персистирующее ограничение воздушного потока с быстрым ухудшением функции внешнего дыхания, более частые обострения, снижение толерантности к физическим нагрузкам, прогрессирование дыхательной недостаточности, что приводит к снижению качества жизни и требует тщательного мониторинга состояния пациентов с данной патологией.

Применение комбинированной терапии позволило установить улучшение показателей функции внешнего дыхания, что наблюдается у данного пациента (на фоне терапии повышались показатели ОФВ₁ и ФЖЕЛ).

НОВЫЙ ВЫЗОВ КЛИНИЦИСТАМ: ПОЧКИ – ОЧЕРЕДНАЯ МИШЕНЬ SARS-COV-2

Мутигуллин Р.Д., Гайнутдинова Л.А.

Научные руководители – к.м.н., асс. Халфина Т.Н.,

к.м.н., асс. Нуруллина Г.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В 2019 году мир столкнулся со вспышкой пневмонии, вызванной РНК-вирусом из семейства коронавирусов, основной мишенью которой долгое время считались легкие. На сегодняшний день известно, что вирус поражает и другие органы, в том числе почки.

Цель: изучить влияние SARS-CoV-2 на состояние почек на примере клинического случая.

Материалы и методы: наблюдение за пациентом нефрологического отделения ГАУЗ РКБ МЗ РТ с диагнозом терминальной почечной недостаточности (ТПН) как исхода острого почечного повреждения (ОПП), развившегося на фоне новой коронавирусной инфекции (НКВИ).

Клинический случай. 7 февраля 2022 года в нефрологическое отделение поступил пациент К., 69 лет, с жалобами на общую слабость, тошноту, которые появились в августе 2021г. и усилились к моменту обращения. Считает себя больным с сентября 2018 г., когда впервые заметил затруднения мочеиспускания. Была диагностирована аденома простаты. Лечился амбулаторно. После перенесенной НКВИ в августе 2021г. заметил уменьшение количества мочи с изменением её цвета на алый. В ноябре обратился к врачу, с острой задержкой мочи был направлен в отделение урологии РКБ МЗ РТ, где впервые были выявлены азотемия, уратная нефропатия, установлена эпицистостома. 18.12.2021 г. был переведен в отделение нефрологии, диагностировано ОПП с исходом в ХБП 5. Сформирована АВ-фистула, начата заместительная почечная терапия. 19.01.2022 г. верифицирован вирус SARS-CoV-2, пациент переведен в ВИГ, выписан со стабильными показателями креатинина. 7.02.2022 г. обратился в ПДО РКБ из-за ухудшения состояния.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, кожные покровы бледные, отеков нет, дыхание везикулярное, ЧДД=18, АД 140/90 мм. рт. ст., тоны приглушены, ЧСС=72 уд/мин, симптом поколачивания положительный с двух сторон.

В анализах крови: Нб 108 г/л, мочевины 36,3 ммоль/л, креатинин 636 ммоль/л, К 7,63 ммоль/л, мочевая кислота 429 ммоль/л. СКФ=7 мл/мин/1,73м² по СКД-ЕРІ. ОАМ: белок 0,5 г/л. Коагулограмма: Д-димер 3,65 мг/л, фибриноген 6,95 г/л. УЗИ вен верхних конечностей: тромбоз АВ-фистулы.

Проведена реконструкция сосудистого доступа, продолжен гемодиализ. Назначены низкобелковая диета, препараты железа, эритропоэтин, гепарин, лозартан.

Таким образом, в течение 5 месяцев после перенесенной НКВИ у пациента, ранее не наблюдавшегося у нефролога, выявлено ОПП с развитием

ТПН. Не исключено, что на фоне ГБ у пациента имелось предшествующее поражение почек, однако из-за отсутствия симптомов он к врачам не обращался. Резкое ухудшение состояния отметил после перенесённой НКВИ, что привело к прогрессирующему снижению почечной функции.

Заключение: данный клинический случай демонстрирует быструю потерю почечной функции с развитием ТПН после перенесённой НКВИ. Требуется настороженность врачей и своевременная диагностика поражений почек у пациентов, перенёсших COVID-19, для предупреждения возможного неблагоприятного исхода и улучшения почечного прогноза.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ: ФЛЕГМОНА ШЕИ НА ФОНЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА, ОСЛОЖНЁННАЯ МЕДИАСТИНИТОМ, СЕПСИСОМ

Анохина Е.А., Гостюнин Т.Д.

Научный руководитель - к.м.н., доц. Пикуза А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Флегмона шеи является тяжелой формой хирургической инфекции мягких тканей [1]. В некоторых случаях данная патология может осложняться сопутствующими заболеваниями, что может привести к агрессивному течению процесса с возникновением медиастинита, сепсиса. Летальность при перечисленных осложнениях достигает 62-86% по данным разных источников [2].

Цель: представить клинический случай флегмоны шеи пациентки N. на фоне декомпенсированного СД, осложнённой гнойным медиастинитом, сепсисом.

Материалы и методы: Изучен клинический материал по пациенту N. отоларингологического отделения ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ, на базе которого в период с 28 июня по 20 июля 2021 года проводилась производственная практика.

Описание клинического случая: Пациентка N. 79 лет поступила в ЛОР-отделение РКБ 12.06.21 с жалобами на боли в области шеи, общую слабость, одышку смешанного характера. За медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно (применяла компрессы с камфорным маслом на область шеи, кеторолак внутрь). 07.06.2021 на фоне лечения отметила ухудшение, вызвала скорую помощь, была доставлена в приемное отделение РКБ. В анамнезе – СД 2 типа. У эндокринолога регулярно не наблюдалась, уровень сахара не корректировала.

При поступлении общее состояние тяжёлое. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин., АД 105/70 мм. рт. ст. Дыхание жесткое, хрипов нет. Шейные лимфоузлы справа увеличены, болезненны. Задняя стенка глотки гиперемирована. Отёк и гиперемия гортаноглотки справа. В анализах крови - лейкоцитоз со сдвигом влево, высокий уровень сахара. По данным КТ шеи, ОГК, выявлены признаки флегмоны шеи, правого плеча, медиастинита. Был поставлен диагноз: правосторонний абсцедирующий шейный лимфаденит осложнённый флегмоной шеи, правого плеча, мягких тканей спины справа, передним и задним медиастинитом, сепсисом. Сопутствующие заболевания: декомпенсированный СД II типа, ГБ III стадии.

Пациентке N. 13.06.21 в экстренном порядке была выполнена операция: правосторонняя цервикотомия со вскрытием и дренированием флегмоны шеи, надключичной области и переднего средостения. Проведена комплексная терапия и коррекция гликемии в отделении реанимации и интенсивной терапии, профильном отделении. При контрольной КТ шеи, ОГК выявлены гнойные затеки шеи, правого плеча, что потребовало дополнительного оперативного вмешательства 14.06.21. Послеоперационный период протекал с явлениями полиорганной недостаточности на фоне сепсиса. На КТ ОГК, шеи в динамике диагностирована двухсторонняя полисегментарная пневмония, плеврит. Были назначены плевральные пункции, антибактериальная терапия. На фоне лечения состояние пациентки стабилизировалось, послеоперационная рана очистилась, были наложены вторичные швы.

Заключение:

1. Отсутствие лечения сахарного диабета приводит к декомпенсации, что проявляется изменением иммунитета, приводящим к более тяжелому течению гнойно-воспалительного заболевания вплоть до сепсиса.
2. Комплексный подход в лечении, включающий проведение операции с широким вскрытием и дренированием глубоких клетчаточных пространств шеи, адекватную консервативную терапию, коррекцию уровня сахара, привел к улучшению состояния пациентки с последующим выздоровлением.

Список литературы:

1. Григорьев Г. М., Абдулкеримов Х. Т., Мальцев В. А. Об ошибках при распознавании и лечении боковых флегмон глотки и шеи// Рос. оторинолар. – 2009. – №2 (39). – С. 56–60.
2. Енин И. П. Вторичные верхние медиастиниты в оториноларингологии // Вестн. оторинолар. – 1991. – №3. – С. 48–52.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ АММОНИЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТА С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Князева М.В., Назарова М.Г., Фасхиева З.И.

Научные руководители: к.м.н., асс. Мухаметова Д.Д., к.м.н., асс.

Белоусова Е.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Гипераммониемия характерна для многих патологических состояний организма человека, в том числе и для печеночно-клеточной недостаточности, развивающейся при циррозе печени (ЦП). Изучение уровня аммония у пациентов с ЦП актуально, поскольку гипераммониемия является одним из механизмов, оказывающим влияние на когнитивные функции человека.

Цель работы: оценить изменение уровня аммония крови и степень выраженности энцефалопатии у пациента с ЦП.

Приводим пример клинического случая пациентки 64 лет, которая поступила в гастроэнтерологическое отделение Республиканской клинической больницы (РКБ) МЗ РТ с жалобами на общую слабость, заторможенность, снижение внимания, бессонницу, сонливость днём, увеличение размеров живота,

желтушность кожи и склер, кожный зуд, отсутствие аппетита. По данным анамнеза: впервые кожный зуд появился в 2004 г. Проводилась дифференциальная диагностика причин ЦП: исключены вирусные гепатиты В и С, алкогольная болезнь печени, НАЖБП, болезни накопления. Выявлены антимитохондриальные антитела в диагностическом титре. Диагноз «Цирроз печени в исходе первичного билиарного холангита (ПБХ). Асцит» был выставлен в 2006 г. Были назначены препараты урсодезоксихолевой кислоты (УДХК), фуросемид, верошпирон. В 2014 г. проведено лигирование варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП) 3 степени. Рекомендован пропранолол. Периодически проходила стационарное лечение в РКБ, принимала назначенное лечение.

Данные объективного осмотра на момент наблюдения: состояние средней степени тяжести, кожа и видимые слизистые иктеричные, сухие. Живот увеличен в размере за счёт асцита, мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, уплотнена. Размеры по Курлову – 10x8x8 см. Пальпируется нижний полюс селезенки, размер – 12x8 см. Лабораторно в ОАК: E_r $3,0 \times 10^{12}/л$, H_b 100 г/л, MCV 92,3 фл, Leu $3,8 \times 10^9/л$, Tr $34 \times 10^9/л$. Биохимический анализ крови: АЛТ 20,8 ед/л, АСТ 40,4 ед/л, ЩФ 95,9 ед/л, ГГТП 26 ед/л, общий $В_i$ 121 мкмоль/л, прямой $В_i$ 83,3 мкмоль/л, общий белок 62 г/л, креатинин 83 мкмоль/л, холестерин 3,16 ммоль/л, СРБ 93,7 мг/л. Коагулограмма: процент протромбина по Квику 43,8%, МНО 1,68. Протеинограмма: гипоальбуминемия, гипер- γ -глобулинемия. Общий анализ мочи в норме. УЗИ органов брюшной полости и плевральных полостей: печень не увеличена, контуры печени нечеткие, бугристые, спленомегалия, асцит, левосторонний гидроторакс.

Выставлен диагноз «Цирроз печени в исходе ПБХ, класс С по Чайлд-Пью. Печеночная энцефалопатия 2 стадия по West-Haven. Печеночно-клеточная недостаточность. Асцит, 2 степень. Левосторонний гидроторакс. Спленомегалия. Гиперспленизм (панцитопения). ВРВП 3 степени. Состояние после лигирования ВРВП от 11.06.2014 г. MELD 20 баллов. Анемия нормохромная легкой степени тяжести».

Дополнительно пациентке были проведены тест связи чисел, время выполнения составило 117 секунд, что говорит о печеночной энцефалопатии 2 степени. Уровень аммония в крови составил 101 мкмоль/л, что также соответствует энцефалопатии средней степени.

Назначены диуретики, УДХК, L-орнитин-L-аспартат, лактулоза, цефтриаксон внутривенно, пропранолол.

Заключение: приведен клинический случай пациента с декомпенсацией ЦП в исходе ПБХ с наличием печеночной энцефалопатии 2 стадии по West-Naven. Результат теста связи чисел и уровень аммония крови соответствовали средней степени энцефалопатии.

ЭЛАСТОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТЯЖЕСТИ ФИБРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Миннемуллин И.М.

Научный руководитель – к.м.н. асс. Мухаметова Д. Д.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Среднемировая смертность от цирроза печени (ЦП) и его осложнений составляет 22,0 на 100 тыс. населения [1]. Трансформация бессимптомного компенсированного ЦП в декомпенсированный происходит со скоростью 5–7% в год [2].

Это обуславливает значимость ранней диагностики прогрессирующего фиброза и/или ЦП до того, как они прогрессируют до декомпенсации и/или гепатоцеллюлярной карциномы. Важную позицию в этом занимает эластометрия (ЭМ), в том числе как скрининговый метод [3]. Определена экономическая значимость скрининга посредством ЭМ в первичной медико-санитарной помощи [4].

Цель: оценить результаты эластометрии у пациентов с хроническими заболеваниями печени.

Материал и методы: пилотное исследование проведено на базе ГАУЗ «Республиканская клиническая больница (РКБ) МЗ РТ» во время прохождения

производственной практики. Проводилась оценка историй болезни 10 пациентов: 5 с ЦП и 5 с хроническим гепатитом (ХГ). Средний возраст $48,6 \pm 4,4$ лет при уд. 95%, 7 женщин, 3 мужчин. Всем была проведена ЭМ печени на аппарате Aixplorer SuperSonic. Для оценки выраженности фиброза использовались референсные значения: до 5,8 кПа – фиброза нет – стадия F0; от 5,9 до 7,2 кПа – стадия F1 (по шкале METAVIR, здесь и далее); от 7,3 до 9,5 кПа – стадия F2; от 9,6 до 12,5 кПа – стадия F3; более 12,5 кПа – стадия F4. Биохимический анализ крови производился на автоматическом биохимическом анализаторе «Roche Cobas 6000», клинический - Sysmex XN-100. В дальнейшем изучались корреляционные связи между жёсткостью печени и лабораторными показателями, диаметром воротной вены, шкалой Чайлд-Пью, индексам MELD и FIB-4. Корреляционный анализ проводился с использованием надстройки «Анализ данных» Microsoft Excel.

Результаты: Средняя жесткость печени у пациентов с циррозом печени $19,94 \pm 5,54$ кПа при уд. 95%, с гепатитом - $9,59 \pm 1,9$. Проведен корреляционный анализ между изучаемыми показателями, результаты которого представлены в таблице 1.

Таблица 1. Величины коэффициентов корреляции Пирсона и их качественная оценка

Признаки	Средняя жёсткость печени, кПа	Качественная оценка связи по шкале Чеддока
Классификация Чайлд-Пью, баллы	0,902	Высокая положительная
Индекс MELD	0,703	Высокая положительная
FIB4	0,315	Слабая положительная
Диаметр v.portae, мм	0,618	Заметная положительная
Тромбоциты, ммоль/л	-0,098	Слабая отрицательная
Общий билирубин, ммоль/л	0,686	Заметная положительная
Гемоглобин, г/л	-0,169	Слабая отрицательная
Общий белок, г/л	-0,059	Слабая отрицательная
Процент тромбина по Квику, %	-0,391	Умеренная отрицательная
Alb/Glb индекс	-0,446	Умеренная отрицательная

Возраст, л	0,306	Слабая положительная
------------	-------	----------------------

Корреляция между результатами ЭМ и клиническим диагнозом пациента оказалась высокой. 9 из 10 результатов оказались достоверно положительными, 1 – ложноположительным.

Также было рассчитано требуемое число исследуемых для последующего этапа исследования. При уровне значимости 0,05, мощности исследования 90%, доверительном коэффициенте и предельно допустимой ошибке равными 2 по формуле повторного отбора необходимый объем выборки будет равен 121 пациенту.

Заключение: по результатам пилотного исследования ЭМ имеет высокую диагностическую точность. ЭМ печени позволяет достоверно оценить выраженность фиброза у пациентов с ХГ и ЦП. Однако выборка имеет низкую репрезентативность, требуется дальнейшая исследовательская работа.

Список литературы:

1. Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. / AA Mokdad, AD Lopez, S Shahrzaz [и др.] // BMC Medicine : электронный журнал. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25242656/>. – Дата публикации: 2014. (дата обращения: 01.04.2022)

2. Бакулин И.Г., Оганезова И.А., Скалинская Е.В., Сказываева Е. Цирроз печени и управление рисками осложнений // Терапевтический архив. 2021. №8. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsirroz-pecheni-i-upravlenie-riskami-oslozhneniy> (дата обращения: 01.04.2022).

3. Population screening for liver fibrosis: Toward early diagnosis and intervention for chronic liver diseases / G. Pere, C. Laurent, K. Frank [и др.] // Hepatology: электронный журнал. – URL: <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.32163>. – Дата публикации: 01.2022. (дата обращения: 01.04.2022)

4. Transient elastography for screening of liver fibrosis: Cost-effectiveness analysis from six prospective cohorts in Europe and Asia / M Serra-Burrie, I Graupera,

P Toran [и др.] // Hepatology: электронный журнал. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31470067/>. – Дата публикации: 12.2019. (дата обращения: 01.04.2022)

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Чантурия И.Д.

Научный руководитель – к.м.н., доц. Бомбина Л.К., Гараева А.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Муковисцидоз (кистозный фиброз) представляет собой аутосомно-рецессивное наследственное заболевание, обусловленное мутацией гена трансмембранного регулятора МВ (МВТР), являющегося каналом для активного транспорта ионов хлора, а также регулятором обратного всасывания ионов натрия. Частота распространения в РФ составляет 1:9000 новорожденных. Для муковисцидоза характерно поражение экзокринных желез и жизненно важных органов, имеющее в большинстве случаев тяжелое течение и прогноз.

Цель исследования: изучение течения муковисцидоза на примере клинического случая.

Материалы и методы: в ходе работы изучена медицинская литература по данному заболеванию, история болезни и предыдущие выписки госпитализаций, проведен опрос и осмотр пациентки, проанализированы результаты медицинских исследований в динамике.

Результаты. Пациентка 23 года, с рождения наблюдалась у педиатра с диагнозом хронический бронхит. В 2003 году был впервые выставлен диагноз «Муковисцидоз».

Регулярно наблюдается по месту жительства и проходит плановые госпитализации в стационаре. В ноябре 2021 года проведена повторная госпитализация в пульмонологическое отделение в связи с обострением заболевания. При поступлении жалобы на нарастание продуктивного кашля с мокротой зеленого цвета, смешанную одышку, субфебрильную температуру тела, снижение веса на 8 кг за 2 года, общую слабость.

Объективно: состояние удовлетворительное, вес 38 кг, рост 151, ИМТ – 17 кг/м², дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул 1 р/сут., оформлен, блестящий, прилипает к унитазу, диурез 1200 мл.

Данные лабораторных исследований: ОАК - лимфоцитоз, нейтропения, увеличение СОЭ (28 мм/ч). В биохимическом исследовании крови - повышение глобулинов (31,6 г/л) (за счет увеличения α_2 -глобулина и снижении фракции у-глобулинов), при нормальном общем белке. Также, отмечается гипокреатининемия и гипоглюкоземия, повышение СРБ. ОАМ - гипостенурия, мутный цвет, повышение плоского эпителия в поле зрения.

Мокрота – зеленая, вязкая, слизь +, лейкоциты 3-4 в п.з., эпителий 5-7 в п.з., флора смешанная, выделяется *Pseudomonas aeruginosa* 10⁴.

По данным инструментальных исследований: спирометрия - тяжелые обструктивные нарушения, снижение ЖЕЛ. УЗИ внутренних органов - изменения паренхимы поджелудочной железы.

Таким образом, диагноз выставлен пациентке на основании подтвержденного потового теста (хлориды пота 119 ммоль и 136 ммоль в 2013г.) и задержки физического развития, респираторного синдрома (частые ОРВИ с навязчивым кашлем), кишечных проявлений (неустойчивый стул, со склонностью к полифекалии, жирный, зловонный), диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы с необходимостью получения заместительной терапии микросферическими ферментами.

Вывод. Анализ данного клинического случая подтверждает необходимость своевременной диагностики и адекватной терапии проявлений и осложнений такого относительно редко встречаемого и сложного заболевания, как муковисцидоз.

ПАНДЕМИЯ COVID-19 И ИЗМЕНЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА: СТРЕСС КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР?

Актуальность. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 - это быстро развивающееся и прогрессирующее заболевание. Спустя год после начала глобальной пандемии COVID-19 растет интерес к пониманию долгосрочных последствий после заражения, в том числе, влияние их на репродуктивное здоровье женщин. Появляющиеся данные свидетельствуют о том, что SARS-CoV-2, вакцинация против COVID-19 и/или психологический стресс, связанный с пандемией, могут влиять на менструальный цикл, изменяя продолжительность, частоту, регулярность и объем менструального цикла, ухудшают предменструальный синдром. Однако исследований в этом направлении недостаточно, что представляет большой научный интерес.

Цель исследования. Изучить возможные причины нарушения менструального цикла у женщин репродуктивного возраста (18-45 лет) в связи с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (НКВИ) COVID-19.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе женской консультации №5 ГАУЗ ГKB №7. Обследовано 12 женщин в возрасте 18-45 лет с нарушениями менструального цикла, с подтвержденными случаями НКВИ в анамнезе, в период с 20 января по 28 марта 2022 года. В ходе исследования, до лечения, проводили анализ гормонального фона женщин – определяли уровень: ФСГ, ЛГ, Пролактина, эстрадиола, АМГ; проводили трансвагинальное УЗИ (ТвУЗИ) матки и придатков; а также оценивали уровень стресса по опроснику - Шкала воспринимаемого стресса «PSS-10» (русифицированная версия).

Результаты. Во всех случаях женщины имели регулярный менструальный цикл до начала заболевания НКВИ. Основные изменения менструального цикла можно разделить на 3 группы: нарушения менструального цикла по типу гипогонадотропной олиго/аменореи (3 пациентки - 25%), опсоменореи (8 пациенток (66,7%), в том числе на фоне приема нейролептика - 1 пациентка (8,3%)), гиперполименореи (1 пациентка - 8,3%). По результатам ТвУЗИ –

отсутствие органической патологии. По результатам тестирования «PSS-10»: 16,7% (2) женщин имели низкую степень стресса, 58,3% (7) – среднюю и 25% (3) – высокую степень стресса.

Выводы. Все женщины с нарушениями менструального цикла имели положительные результаты на SARS-CoV-2, в то же время, в 83,3% случаев испытывали среднюю или высокую степень стресса, что может свидетельствовать о возможной связи нарушений менструального цикла с высоким уровнем стресса. Однако, в 1-м случае (8,3%) женщина с подтвержденной НКВИ отмечала нарушение менструального цикла на фоне приема нейролептиков.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.

Анамов Р.И., Андрианов А.А.

Научный руководитель – к.м.н., асс. Нуруллина Г.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В последние годы наблюдается тенденция к росту среднего ожидаемого количества потерянных лет трудоспособной жизни в связи с развитием хронической болезни почек (ХБП) [1].

Цель: оценить перспективы применения перитонеального диализа (ПД) в условиях распространения COVID-19.

Материалы и методы: статистические данные из открытых источников, профильной литературы.

Результаты: ПД основан на очищении крови путем достижения равновесных концентраций веществ в крови и растворе, вводимом в брюшную полость через катетер, разделенных перитонеальным фильтром, с одновременной коррекцией водно-солевого баланса, метаболических расстройств путем диффузии и фильтрации компонентов растворов [2]. По данным Российского диализного общества за 2015-2019 гг. наблюдался рост

числа пациентов, нуждающихся в заместительной почечной терапии (ЗПТ), в основном за счет прироста числа ГД-пациентов (рис.2). В РФ частота применения ПД растет, однако частота случаев (до 25%), когда ПД предшествует экстренный ГД, свидетельствует о малой информированности населения и/или проблемах маршрутизации пациентов на терминальной стадии ХБП [3].

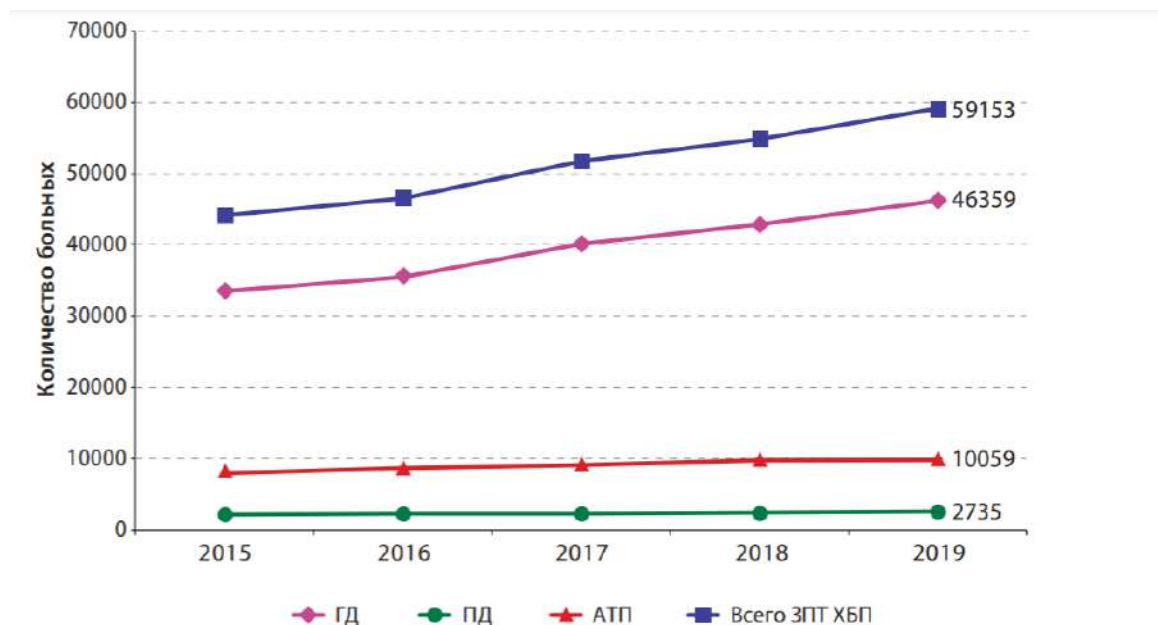


Рис. 2. Динамика числа больных с ХБП 5 ст., обеспеченных ЗПТ (РФ, 2015-2019 гг.)

ГД – программный гемодиализ, ПД – перитонеальный диализ,
АТП – реципиенты с функционирующим трансплантатом

Преимущества ПД: более длительная сохранность остаточной функции почек по сравнению с ГД-пациентами. Высокая автономность пациента при применении ПД уменьшает нагрузку на отделения ПД. Возможность применения у коморбидных пациентов. Требуется меньших затрат по сравнению с ГД. В США соотношение затрат ГД/ПД составляет 1,29:1, в Канаде - 1,9:1. ПД имеет хорошие перспективы развития в РФ [2]. При длительном применении ПД развиваются функциональная недостаточность перитонеальной мембраны; инфекционные осложнения (диализные перитониты), что ограничивает категорию пациентов-кандидатов на получение ПД. Ни один из методов ЗПТ не может использоваться бесконечно долго. Поэтому в последние годы в практике лечения терминальной стадии ХБП все шире используется концепция интегрированного подхода к ЗПТ – оптимальное чередование разных видов,

чтобы максимально продлить жизнь пациента с ХБП 5 ст. Повышение доступности ПД актуально для регионов с низкой плотностью населения, где развитие отделений ГД затруднено [3].

Выводы: ПД – простая и перспективная форма терапии пациентов на стадии терминальной почечной недостаточности. Процедура при достаточном уровне контроля может привести к уменьшению частоты осложнений и оптимизировать нагрузку на систему здравоохранения.

Список использованной литературы:

1. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017// a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet, 2018 г.
2. К.Я. Гуревич, О.Н. Лаврова и др. Лечение пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии методом перитонеального диализа // Клинические рекомендации, 2016 г.
3. Андрусев А.М., Томилина Н.А. и др. Заместительная почечная терапия хронической болезни почек 5 стадии в Российской Федерации 2015-2019 гг. // Нефрология и диализ, том 23 №3, 2021 г.

ДВА СЛУЧАЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ОБСТРУКЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ИЗ ПРАКТИКИ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА

Нурмиева Э.Р., Алексеев Г.А., Усманова А.Ф.

Научный руководитель – д.м.н., проф. Маянская С.Д.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: в связи с совершенствованием методов диагностики, увеличения доступности коронароангиографии (далее – КАГ), инфаркт миокарда без обструкции коронарных артерий (далее – ИМБОКА) все чаще выставляется как рабочий диагноз.

Клинические случаи. Первый пациент Р – 61 год; поступил в приемное отделение с жалобами на боли в прекардиальной области жгучего характера, иррадиирующие в левую руку, которые не купировались трехкратным приемом

нитроглицерина. Боли начали беспокоить пациента накануне, но за помощью в СМП обратился только на следующий день. Анамнез: гипертоническая болезнь, максимальный подъем до 170-180/90 мм.рт.ст, периодически принимал каптоприл или моксонидин, постоянной терапии не было. Состояние стабильно тяжелое, сознание ясное. При пальпации грудной клетки – безболезненная. Аускультация легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 98 ударов в минуту. АД 148/98 мм.рт.ст. Лабораторно-инструментальные методы. Тропонины- 5412,60 пг/мл. На ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 96 в мин, сегмент ST на изолинии, QS в III, AVF отведения, что подтверждало диагноз инфаркта миокарда нижней стенки левого желудочка. КАГ: во всех КА без стенозов и неровностей контуров. УЗИ артерий нижних конечностей: атеросклероз артерий, стенозирующая стадия; УЗИ БЦА – атеросклероз брахиоцефальных артерий, стенозирующая стадия. По ЭХО-КС – фракция выброса 60% по Симпсону, зоны гипокинезии и акинезии не определялись. Пациент был выписан через 9 дней в удовлетворительном состоянии, с отсутствием ангинозных болей и со стандартной программой рекомендаций по модификации образа жизни, приему двойной антиагрегантной терапии, статинов, бета-адреноблокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента.

Второй пациент Р – 69 лет; Жалобы такие же, как у предыдущего пациента. Боли появились на утро в день поступления и не прекращались в течение трех часов, для купирования ничего не принимал. Со слов пациента, за пару дней до приступа он пережил тяжелое психоэмоциональное потрясение. Анамнез: ГБ, максимальный подъем до 150-160/80 мм.рт.ст, регулярно принимал периндоприл 4 мг. Состояние стабильно тяжелое, сознание ясное. При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичная. Аускультация легких – везикулярное дыхание, хрипов нет. У пациента выявлена транспозиция внутренних органов. Пульс 98 ударов в минуту, АД= 130/70 мм.рт.ст. Лабораторно-инструментальные методы. Тропонины – 0,048 нг/мл (при норме 0,02 нг/мл). ЭКГ – отрицательный зубец Т в I, AVL, и во всех грудных отведениях. В экстренном порядке КАГ – неровность контуров в ПМЖВ, ОВ, ПКА, в остальных артериях без особенностей. После стабилизации состояния

проведено ЭХО-КС, ФВ по Симпсону составила 44%, СДЛА 48 мм.рт.ст – есть признаки легочной гипертензии. Зоны акинезии – передний, и перегородочный, боковой и гипокинезии – передний. УЗИ БЦА – атеросклероз, стенозирующая стадия; стеноз ВСА справа на 25%. Пациент был выписан на 6 сутки в удовлетворительном состоянии, с отсутствием ангинозных болей и со стандартной программой рекомендаций по модификации образа жизни и медикаментозной терапии.

Обсуждение. ИМБОКА не является редкой клинической ситуацией, поэтому необходимы осведомленность врачей– кардиологов и терапевтов. Для верификации диагноза требуется тщательный анализ не только клинических, ЭКГ или визуальных данных ишемии, но и различных специфических лабораторных и инструментальных методов исследования, в том числе дорогостоящих тестов для выяснения основного механизма данного заболевания.

PRACTICAL TRAINING ON GYNAECOLOGY DURING THE ACADEMIC SEMESTER

R. Chatterjee

Supervisor – MD, docent Tikhomirova G. I.

Federal State budgetary educational institution of higher education Izhevsk State
Medical Academy

Introduction: In the summer practice, I practiced in the City Hospital NO.8, in the gynaecology department. In this study, we'll be underlining the various tasks that were assigned as practicing doctors. These tasks helped to improve on our doctor-patient interaction and have hands-on experience on patient care, nursing and some surgical care and practices.

Purpose: The purpose of my work was to learn, understand and experience my tasks in order to gain knowledge and practical skills during the period of my summer practice as a practicing doctor.

Tasks:

- 6 hours duty per day (morning or evening);
- Getting help from senior doctors and nurses on duty;
- The ways to manage the work and studies;
- Interacting with the patient and developing communication skills.

Material and method: The practice included 50 students from different courses and departments. It was described by the supervisor.

Result: The result analysis revealed the work and difficulties faced during the working hours, especially in an emergency case. Also, I achieved my purpose of work by learning and experiencing about my tasks and the way to interact with the patients as a practicing doctor.

Conclusion: During the summer practice, I had the opportunity to interact with patients, doctors and nurses and experienced the life of a practicing doctor. Attending different shifts helped to know the works that occurred at the given time of the shifts which greatly developed my interest in the gynaecology department.

The summer practice was insightful and was a great learning experience.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ В КАЧЕСТВЕ ПОМОЩНИКА ВРАЧА

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТА В СРАВНЕНИИ СО СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИЕЙ.

Фролова А.А.

Научный руководитель –к.м.н., доцент Андреичева Е.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) включает в себя простую жировую дистрофию инфильтрационного генеза, тогда как неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) является прогрессирующей формой жировой болезни печени и характеризуется наличием воспаления, стеатоза и баллонной дистрофией. Неалкогольный стеатогепатит присутствует у 5-6% населения. В большинстве случаев заболевание не диагностируется. Наличие НАСГ

сопряжено с увеличением риска развития фиброза и цирроза печени, гепатоцеллюлярной карциномы, ССЗ, ХБП и смерти. При этом эффективные методы терапии НАСГ отсутствуют. Ассоциация НАСГ с сопутствующими заболеваниями: 82% пациентов с НАСГ имеют ожирение, 44% СД 2 типа, 72% дислипидемию и 68% гипертензию. Цель исследования - оценка эффективности и безопасности агониста рецепторов глюкагоноподобного пептида 1- семаглутида у пациентов с неалкогольным стеатогепатитом. В работе были проанализированы пациенты с диагнозом стеатогепатит, которые участвовали в исследовании NASH NN9931-4296 2 фазы «Исследование эффективности и безопасности трёх уровней доз семаглутида для подкожного введения один раз в сутки в сравнении с плацебо у пациентов с неалкогольным стеатогепатитом» на базе городского эндокринологического центра ГБУ РМЭ «Поликлиника №2 г. Йошкар-Олы». Для отбора пациентов в исследование использовались чек-листы «Оценка степени риска стеатогепатита и выраженного фиброза печени», «Онлайн-калькулятор степени фиброза печени» и тест «ФИБРОМАКС».

В исследование включались пациенты с подтверждённым при биопсии неалкогольным стеатогепатитом и фиброзом стадий F1, F2, F3. Среди 20 пациентов, принявших участие в исследовании, 8 на терапии семаглутидом (6 пациентов с СД 2 типа) были рандомизированы в 2 группы: 3 получали семаглутид в дозе 0,1 мг, 5 в дозе 0,4 мг, 4 в группе плацебо и 8 не прошли скрининг, получали терапию гепатопротекторами. Все пациенты имели стадии фиброза F2 и F3. Эффективность терапии оценивалась по метаболическим характеристикам, включая массу тела, липидный профиль, HbA1c, печёночные ферменты, а также по результатам 2 биопсий (до лечения и через 72 недели лечения). Первичной конечной точкой было разрешение НАСГ без ухудшения фиброза. Вторичной – улучшение фиброза хотя бы на 1 стадию без ухудшения НАСГ. Результаты: исследование началось в марте 2018 года, пациенты получали терапию семаглутидом в течение 72 недель. Среди 8 пациентов, получавших терапию семаглутидом, улучшение метаболических показателей, снижение веса, HbA1c и улучшение липидного профиля наблюдалось у 5 в дозе 0,4 мг и у 1 в дозе 0,1 мг. Уровень печёночных ферментов (АЛТ, АСТ, ГГТ)

пришёл в норму у всех пациентов на дозе 0,4 мг. Уровень АЛТ стабилизировался у 3 на дозе 0,1 мг, АСТ и ГГТ у 1 пациента на дозе 0,1 мг. По результатам заключительной биопсии у 5 уменьшилась степень фиброза (все на дозе 0,4 мг) и у 6 было зарегистрировано разрешение стеатогепатита (5 на дозе 0,4 мг и 1 на дозе 0,1 мг) без ухудшения фиброза. У 4 пациентов, находившихся в группе плацебо, не отмечалось улучшения фиброза и разрешения стеатогепатита по данным заключительной биопсии печени. Среди 8 пациентов, получавших терапию гепатопротекторами, не наблюдалось улучшения метаболических показателей, в том числе снижения веса и улучшения липидного профиля. Выводы: 1. Лечение семаглутидом улучшает множественные метаболические характеристики, включая массу тела, HbA1c и липидный профиль. 2. Терапия семаглутидом привела к разрешению НАСГ у большего числа пациентов по сравнению со стандартной терапией.

ТРЕПАНОБИОПСИЯ-ДОКАЗАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Еникеева А.Р., Даутова А.Р.

Научный руководитель-ассистент кафедры Салимова Л.М., Молостцова А.Ф.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Заболевания кроветворной ткани часто совпадают по клинической картине. На амбулаторном этапе ограничены возможности для углубленной диагностики гемабластозов, что отсрочивает лечение. У пациентов моложе 15 лет ОЛЛ диагностируется в 75% случаев всех острых лейкозов (ОЛ). Возможные факторы риска: воздействие рентгеновских лучей до рождения, перенесенная химио- или лучевая терапии. Миелодиспластический синдром (МДС) является этиологически неизвестным заболеванием, где в 80% случаях не установлена причина. Возможные провоцирующие факторы: курение, контакт с бензином, бензолом. По частоте встречаемости в Европе в общей популяции составляет около 4-5 случаев на 100тыс. населения. Чаще всего это лица старше 60 лет. В настоящем клиническом разборе обсуждается случай развития МДС у молодого пациента (2000 г.р.), где первоначально ожидали обострение ОЛ.

Цели и задачи. Провести дифференциальную диагностику между ОЛ и МДС. Определить лучший метод для диагностики МДС.

Материалы и методы. Для постановки диагноза основывались на:

- Анамнез: пациент 20 лет впервые отметил снижение гемоглобина в мае 2021г. Наследственный анамнез не отягощен;
- Профессиональная вредность: частый контакт с парами бензола в связи с обучением в нефтехимическом отделении института;
- Жалобы: общая выраженная слабость, головокружение. Потемнение в глазах при переходе в вертикальное положение, одышка при физической нагрузке. Состояние ухудшалось постепенно. В мае в течение месяца получала препараты железа и витамин В12;
- Лабораторные исследования ОАК от 21.06.21г.: Hb-52г/л, Tr-38тыс., Leu-3,9тыс., Ret-3,5%. БАК от 7.12.21г.-ЛЖСС-5,8мкмоль/л, фолиевая кислота-5,6нг/мл, ЛДГ-835Ед/л. Миелограмма от 8.12.21г.: бласты-0,5%, миелоциты-11%, метамиелоциты-15%, палочкоядерные %, сегментоядерные-15,5%, эозинофилы-0,5%, эритроциты-34%, промоноциты-2,5%, моноциты-4%, лимфоциты-11%. Трепанобиопсия от 17.12.21г.: гипоклеточный костный мозг (30-45% площади лакун). На протяжении 1/3 биоптата-лакуны выполнены жировым костным мозгом. Резко выраженное сужение гранулоцитарного ростка с нарушением созревания. Крупные очаги нормобластического эритропоэза, с остановкой созревания на уровне полихроматофильных нормобластов, очаги мегалобластического эритропоэза с остановкой созревания на уровне эритробластов. Ограничение мегакариоцитарного ростка, диспластические изменения мегакариоцитов.

Таким образом, имея ограниченные доказательные методы диагностики МДС, удалось подтвердить диагноз.

Результаты и их обсуждения. Ведущим признаком для разделения ОЛ и МДС является условный показатель — содержание бластов в миелограмме. При количестве бластных клеток 20% и более ставят диагноз ОЛ, менее 20%- МДС. В

тех случаях, когда количество клеток красного ряда в костном мозге превышает 50%, пересчитывают содержание бластных элементов в неэритроидной фракции костного мозга. Если число бластов превышает 20%, диагностируют острый эритромиелоз, в противоположном случае — МДС.

Заключение. Благодаря углубленной диагностике, удалось установить диагноз МДС и дифференцировать его от ОЛ, несмотря на возраст и редкую встречаемость. Таким образом, можно считать трепанобиопсию как доказательный метод выявления МДС.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

Николаева Елена Алексеевна, Раимова Аделина Тимуровна
ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России, Казань, Россия

Научный руководитель: Салимова Л. М., Молостцова А. Ф.

Введение: Коронавирусная болезнь 2019 года (COVID-19), вызванная коронавирусом SARS-CoV-2, представляет собой глобальную пандемию, которая вызвала беспрецедентные последствия и серьезно повлияла на наше общество из-за непредсказуемо высокой распространенности. Согласно данным пациенты с онкологическими заболеваниями чаще и тяжелее болеют новой коронавирусной инфекцией.

Цель: Описание клинического случая COVID-19 у пациентки с хроническим лимфоцитарным лейкозом.

Материалы и методы: клиническое наблюдение, анализ истории болезни, лабораторных данных, медицинской литературы.

Результаты: Пациентка 65 лет, заболела остро. Предъявляла жалобы на слабость, влажный кашель, температуру до 37,5 С, потерю голоса, боль в горле, головную боль. Лечилась амбулаторно, принимала Цитовир, Парацетамол. Находилась на лечении в гематологическом отделении в связи с проведением химиотерапии. На фоне терапии состояние ухудшилось, была доставлена в РКИБ. В анамнезе хронический В-клеточный лимфолейкоз, стадия С (с 2020 г.) , гемотрансфузии. Объективно: состояние средней степени тяжести, за счет

дыхательной недостаточности, одышка отсутствует, аускультативно дыхание жесткое, ослаблено в задне-нижних отделах, хрипы единичные в нижних отделах. По ОАК: анемия, лейкоцитоз, эритропения, лимфоцитоз, тромбоцитопения. По БАК: повышение СРБ. В ОАМ лейкоцитурия. По РКТ ОГК в обоих легких определяется очаги уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла». Общий объем поражений около 25% (КТ 1-2). Был выставлен диагноз новый коронавирусная инфекция COVID-19, лабораторно подтвержденная (РНК+), тяжелая форма. Внебольничная двусторонняя пневмония средней степени тяжести. ДН 1-2, КТ 1-2. хронический В-клеточный лимфолейкоз, стадия С. Тромбоцитопения, гиперхромная анемия. Проведено лечение: эноксапарин, преднизолон, фуросемид, эритроцитарная масса, тромбоконцентрат, амоксиклав. Длительно находилась в больнице, после улучшения состояния была переведена в один из стационаров г. Казани.

Вывод: Пациенты с гемобластомами требуют пристального внимания при диагностике и лечении новой коронавирусной инфекции

РИСКИ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Закирова З.З.

Научный руководитель – ассистент Зиннатуллина А.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Несмотря на разработанную тактику лечения и ведения пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), частое развитие тяжелых сердечно-сосудистых осложнений остается серьезной медико-социальной проблемой.

Неконтролируемое течение ГБ может привести к грозным осложнениям, которые все чаще происходят среди пациентов 35-45 лет.

Цель. Описать клинический случай пациента, осмотренного в период студенческой практики в отделении терапии многопрофильного стационара.

Материалы и методы. Осмотр пациента и анализ медицинской карты стационарного больного, клинический случай которого представлен.

Результаты и их обсуждение. Пациент М., 43 лет, был госпитализирован в отделение реанимации 14.09.2021 ГКБ №7.

Из анамнеза известно (со слов жены), что пациент страдает ГБ и ИБС примерно в течение 4 лет, отмечает повышение АД до 170/90 мм рт.ст. Принимает энап по 5-10 мг нерегулярно, только при повышении АД, которое не контролирует. Курит по пачке сигарет в день 25 лет. Отмечает ухудшение состояния последнюю неделю в виде ежедневных головных болей на фоне повышения АД до 175/90 мм рт.ст. 14.09.2021 утром головная боль усилилась, стал неадекватен, возбужден. Вызвали бригаду скорой помощи, по приезду которой развились клонические судороги, и пациент перестал вступать в контакт. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар с диагнозом: Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)? Судорожный синдром. Гипертонический криз. СД 2 типа. Гипергликемия. Кома.

Состояние пациента при поступлении тяжелое. Уровень сознания: кома 1. Зрачки равные. Фотореакции снижены. Сглажена левая носогубная складка. Речь отсутствует. Глотание нарушено.

Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски, отеков нет. Вес 100 кг, 170 см. 34,6- ИМТ кг/м² - Ожирение 1-ой степени

Границы относительной тупости сердца смещены влево. Тоны сердца приглушены, аритмичны за счет фибрилляции предсердий. АД 140/90 мм рт.ст., ЧСС 75 в минуту, ЧДД 19 мин.

Со стороны других систем патологии не выявлено.

Предварительный диагноз: Внутримозговое кровоизлияние по типу паренхиматозной гематомы в правой височной области (инсульт мозга). Гипертоническая болезнь 3 стадии, Риск 4. Сахарный диабет, впервые выявленный. ХБП С3а (СКФ 59 мл/мин).

По данным анализов выявлено: умеренная протеинурия, кетонурия, гипергликемия (глюкоза 37,4 ммоль/л).

На ЭКГ фибрилляция предсердий с частотой сокращения желудочков 164 в минуту. По УЗИ ОБП - стеатоз печени.

Также выявлено: снижение скоростных показателей кровотока по левой СМА, признаки атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий.

РКТ головного мозга: паренхиматозная гематома в правой височной доле до 30-40 мл.



Рисунок 1 РКТ 14.09.2021



Рисунок 2 РКТ 24.09.2021

На момент курации пациента на фоне терапии сознание ясное. Сглажена левая носогубная складка. Речь нарушена по типу дизартрии. Глотание нарушено. Мышечная сила в левых конечностях снижена до 4,5 б., а в правых

конечностях – 5 б. Левосторонняя гемигипестезии. АД 130/90 мм. рт. ст. ЧСС 75 в минуту. Глюкоза крови 7,95 мкмоль/л. На РКТ ГМ зона геморрагического пропитывания уменьшилась до 11 мл.

Заключение. Наличие таких факторов риска как ГБ, фибрилляция предсердий, ожирение, сахарный диабет, а также отсутствие адекватной терапии привели к развитию тяжелого сосудистого осложнения у пациента молодого возраста. Это может сказаться в дальнейшем на течении заболеваний и качестве его жизни.

ИДИОСИНКРАЗИЯ НА ПАРАЦЕТАМОЛ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВО ВРЕМЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК ВРАЧА СТАЦИОНАРА».

Салихова Д.Р., группа 2507

Руководитель: доцент кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, к.м.н. Пальмова Любовь

Юрьевна

Цель практики: формирование клинического опыта путем реализации практической подготовки в различных лечебно-практических учреждениях в период пандемии COVID-19.

Производственная практика во время пандемии имела свою специфику: строгое соблюдение противоэпидемиологических мер, работа в условиях поликлиники по приказу ректора (осенний семестр) и стационара (весенний семестр; также я трудоустроена медицинской сестрой в ГАУЗ «Республиканская клиническая инфекционная больница имени профессора А.Ф.Агафонова»). Режим работы - сутки через двое, смены по 18 часов. В мои обязанности входило оформление чек-листа и заполнение электронной медицинской карты, измерение жизненных, оказание доврачебной помощи, выполнение врачебных назначений.

Во время врачебной клинической практики в стационаре мне запомнился случай идиосинкразии на парацетамол у девушки 24 лет. Она поступила с жалобами на желтушность кожи, общую слабость и тошноту. Данные симптомы

беспокоили около недели, носили прогрессирующий характер. Среди первых проявлений отмечала подъем температуры тела до 39,2°C, для снижения которой принимала парацетамол по 2-3 таблетки 4 дня подряд. В последующие дни присоединилась тяжесть в правом подреберье и желтушность кожных покровов. После осмотра дежурным хирургом МСЧ КФУ пациентка с диагнозом «Паренхиматозная желтуха» была госпитализирована в терапевтическое отделение «ГАУЗ ЦГКБ №18». При поступлении общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и склеры иктеричные. Дыхание везикулярное, частота дыхания 18. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. ЧСС 76 уд/в мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии. Результаты БАК: АЛТ 2900 ЕД/л, АСТ 2500 ЕД/л, общий билирубин 81 мкмоль/л, прямой билирубин – 86 мкмоль/л, ЩФ – 687 ЕД/л, ГГТ – 236 ЕД/л. ФГДС: Эрозивный эзофагит, недостаточность кардиального жома. УЗИ ГБС: печень – контуры четкие, ровные. Правая доля 135 мм, левая доля 85 мм. Структура однородная, несколько гиперэхогенная структура. Воротная вена 10 мм. Холедох 4 мм. Внутривенные желчные протоки и вены не расширены. Маркеры к вирусным гепатитам отрицательные, аутоантитела не обнаружены. Терапия была представлена преднизолоном, ацетилцистеином, адеметионином, урсосаном. На фоне лечения отмечалась положительная динамика. Окончательный диагноз: Острый лекарственный гепатит тяжелого течения, осложнённый печёночно-клеточной недостаточностью, печеночной энцефалопатией.

Период пандемии, повлиявший на все сферы нашей жизни, включая учебу и работу, позволил получить колоссальный опыт. Мне удалось не только увидеть деятельность самых различных структур органов здравоохранения, но и стать непосредственным участником лечебно-диагностического процесса. Улучшение практических навыков и облегчение взаимодействия с пациентами явились основополагающими в моей практической подготовке.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ С ИЗВЛЕЧЕНИЕМ ПЛОДА В ЦЕЛОМ ПЛОДНОМ ПУЗЫРЕ

Галимзянов И.И., Шукруллоев Н.Р.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Хайруллина Г.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: кесарево сечение является одним из наиболее распространенных хирургических вмешательств в мире. Существуют определенные показания для выполнения данной операции, когда естественные роды могут представлять опасность для матери или ребенка, например, при затяжных родах, дистресс-синдроме или предлежании плода. Один из методов оперативного родоразрешения – это метод с извлечением плода в целом плодном пузыре, который благоприятно влияет на процесс родов и здоровье новорожденного. Чаще всего метод применяется при недоношенном сроке беременности.

Цель: изучить на практике метод оперативного родоразрешения с извлечением плода с сохранением плодного пузыря.

Материалы и методы: практика проходила на базе родильного дома ГАУЗ «ГКБ №7», в ходе которой мы приняли участие в выполнении кесарева сечения с извлечением плода в целом плодном пузыре в роли ассистентов.

Результаты. Принципом операции является сохранение целостности плодного пузыря при выполнении разреза на матке, таким образом образуется гидравлическая защита плода околоплодными водами при его извлечении. Матку вскрывали поперечным разрезом и извлечение новорожденного в плодном пузыре осуществляли до уровня пупочного кольца, затем вскрывали саму оболочку, в последующем новорожденного переложили на лоток, отделили от пуповины. Преимуществом данного метода, согласно статье Ахмадеева Н.Р. и Фаткуллина И.Ф. [1], является уменьшение кровопотери, так как целый плодный пузырь при выведении в рану сдавливает кровеносные сосуды, тем самым уменьшает кровопотери из разреза на матке на время извлечения плода.

Вывод. Приняли участие в роли ассистентов в операции кесарево сечение с извлечением плода с сохранением целого плодного пузыря. На примере ознакомились с техникой проведения операции и благодаря научной литературе изучили преимущества данного метода в виде уменьшения кровопотерь в ходе операции.

Список использованной литературы:

1. Н.Р. Ахмадеев, И.Ф. Фаткуллин ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДОВ В ЦЕЛОМ ПЛОДНОМ ПУЗЫРЕ ПРИ ДВОЙНЕ / Н.Р. Ахмадеев, И.Ф. Фаткуллин // Вестник РУДН, серия Медицина. – 2012 . - № 6 . – С. 29-36.

ПОМОЩНИК МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ПАЛАТНОЙ И ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ»

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВО ВРЕМЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Рашитова Э.Л., , Зарипов И.Р., Ключкина А.И.

Научные руководители – к.м.н., доцент Закирова А.М., д.м.н., доцент
Халиуллина С.В.

Актуальность. Пик диагностики артериальной гипертензии (АГ) в детском возрасте приходится на подростковый период. Наследственность, избыточный вес, гиподинамия, вредные привычки нарушают ауторегуляцию гемодинамики и являются основными предикторами возникновения АГ у подростков. Зачастую бывает очень сложно выявить причину АГ, диагностика может занимать длительное время, и организм уже претерпевает изменения из-за повышенного артериального давления (АД).

Цель: оценить качество жизни, лабораторные и инструментальные показатели у подростков с эссенциальной АГ.

Материалы и методы: исследование проводилось в рамках производственной практики процедурной и палатной медицинских сестёр на базе детского стационара клинической больницы 18. Было обследовано 42 пациента в возрасте 11-15 лет с АГ. Проводился расчет индекса массы тела (ИМТ), измерение АД, исследование факторов наследственности. Лабораторные анализы: измеряли уровень холестерина и липидного профиля, уровня креатинина, суточный диурез. Инструментально: всем пациентам была проведена электрокардиография (ЭКГ) в 12 отведениях. Психический и физический компоненты здоровья анализировались по анкете оценки качества жизни SF36. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica 10.0.

Результаты: Наследственность по гипертонической болезни отягощена у 59.52% пациентов. Нормативные значения АД выявлены у 28.57% подростков, оптимальные значения – у 11.9%, АД выше нормы – у 30.95%, умеренная гипертония – у 23.8%, гипертония средней степени тяжести – у 4.76%. Расстройство мочеиспускания отмечено у подавляющего большинства: у 21.14% - более 7 раз в сутки, у 9.52% - реже 2 раз в сутки, у 23.8% пациентов - мочеиспускание малыми порциями, у 2.38% - полиурия, а 14.28% жаловались на никтурию. Изменение биохимических параметров коснулись креатинина (47.61% уровень повышен), холестерина (56.75% выше нормы, 2.7% снижен). Изучение липидного профиля выявило нормативные показатели ЛПНП лишь у 65.71%, повышение их у 31.49%, и снижение у 2.8%. В отношении ЛПВП необходимо отметить повышение значений у 42.85%. Исследование ЭКГ показало: 38.12% без отклонений, 14.28% - признаки перегрузки левого отдела сердца, 11.9% - политопные экстрасистолы, 19.04% - блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ), 9.52% - миграция водителя ритма, 7.14% - синусовая тахикардия. Анализ качества жизни (психический компонент здоровья) составил 49.29 ± 11.21 балла, физический компонент здоровья - 38 ± 7.88 балла.

Выводы. Все манипуляции согласно перечню практических навыков нами были освоены в полном объеме, теоретические знания, полученные на дисциплинах по пройденным курсам применены на практике. Проведенное

исследование показывает необходимость детального изучения клинико-лабораторных, инструментальных показателей с целью своевременной диагностики артериальной гипертензии в подростковом периоде.

МОЯ НАУЧНАЯ РАБОТА ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ: ОПРЕДЕЛИТЬ УСТОЙЧИВОСТЬ ЯВЛЕНИЯ САМОЛЕЧЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Минсафин Р.Р., Каримов Б.А., Адельшин А.М.,

Научные руководители: к.м.н., доцент Закирова А.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Практика самолечения известна издавна. Этому способствовали нехватка медицинского персонала, применение инвазивных и малоэффективных методов лечения. С развитием науки и мировой системы здравоохранения ситуация должна была измениться.

Цель исследования. Определить причину устойчивости явления самолечения с точки зрения специалистов во время прохождения моей производственной практики.

Материалы и методы. Использован социологический опрос в виде анкетирования 23 медицинских работников лечебно-профилактических учреждений города Казани высшего и среднего звена.

Результаты и обсуждение. По мнению большинства анкетированных (72%) самолечение - это лечение лекарственными препаратами, приобретенными в аптеке без консультации врача (72%), оставшиеся под самолечением понимают лечение методами народной медицины (28%). Респонденты считают, что самолечение больше всего распространено среди людей среднего возраста (69%). Отношение к самолечению среди опрошенных неоднозначно: около трети респондентов (31%) не одобряют такую практику (как правило, люди с самой высокой квалификационной категорией - 75%); чуть менее трети (23%) считают такое поведение "правильным", приводя аргументы в пользу самолечения: «люди, занимающиеся самолечением, либо не могут попасть к врачу, либо случай подобной болезни уже был, и лечение одинаковое»; «иногда люди,

занимающиеся самолечением, препятствуют обострению хронических заболеваний». Большинство респондентов (92%) имеют опыт взаимодействия с пациентами, занимающихся самолечением. Наиболее распространенные модели поведения по отношению к таким пациентам: 1) понимание (54%); 2) порицание и разъяснительная беседа (38%); 3) подбадривание и нивелирование последствий самолечения (31%). Около 85% респондентов относятся «нейтрально» к пациентам, которые поставили себе диагноз, 23% – «снисходительно», 15% - «положительно», 8% - негативно. Больничные очереди (85 %), трудности с записью на прием (77%), высокая стоимость лекарств (77%), пренебрежение своим здоровьем (62%), боязнь врачей и боли (46%), невысокий уровень врачебного профессионализма (46%), низкое качество медицинских услуг (38%), трудности в решении организационных вопросов (31%), распространение альтернативной и нетрадиционной медицины (31%) - основные причины самолечения, по мнению специалистов. Стоит обратить внимание, около 54% респондентов предпочитают самолечение, обосновывая свое решение наличием медицинского образования (38%), нехваткой времени (8%) и недостаточным профессионализмом коллег (8%).

Заключение. В ходе социологического исследования было сформулировано определение самолечения, названы его причины, перечислены основные модели поведения медицинского персонала по отношению к пациентам, занимающихся самолечением, озвучены основные проблемы и причины самолечения. По нашим данным, более трети россиян до сих пор практикуют самолечение.

**ВРОЖДЁННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА (КОАРКТАЦИЯ АОРТЫ,
ДВУСТВОРЧАТЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН, СЕРДЕЧНАЯ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I) – ИНТЕРЕСНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ,
ВЫЯВЛЕННЫЙ В ХОДЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК
ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ».**

Ослопова Д.В., Щипкова А.А.

Научные руководители – д.м.н., профессор Миролюбов Л. М., к.м.н., доцент
Закирова А.М.

Введение. Летом 2021 года, после окончания 3-го курса, я проходила производственную практику в ГАУЗ "Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ", отделение кардиохирургии, Казань. В качестве помощника процедурной медицинской сестры мне предстояло освоить: методики проведения инъекций, подготовку процедурного кабинета и инвентаря, ведения медицинской документации. Под внимательным руководством опытного персонала была возможность проявить свои знания и навыки в условиях стационара, что помогло развить мою профессиональную компетенцию. Во время прохождения практики мне представилась возможность наблюдать пациента 13 лет с врожденным пороком сердца (ВПС).

Цель работы: проанализировать клинический случай коарктации аорты.

Задача: привлечь внимание студентов к ранней диагностике пороков сердца, закрепления знаний и умений студента при освоении навыков процедурной медицинской сестры, проанализировать свой опыт, полученный в ходе практики.

Материал и методы исследования: история заболевания пациента, данные из анамнеза и диагностических исследований.

Результаты и их обсуждение. Из анамнеза заболевания пациента Б, до 13 лет ВПС не выявлялся, так как не было жалоб. При осмотрах признаки коарктации аорты не были диагностированы.

Впервые высокие цифры артериального давления (АД) до 180/100 мм рт.ст. зафиксированы в декабре 2020 г. на приёме у педиатра по поводу интенсивной головной боли. В связи с этим, ребёнок был направлен к

кардиологу. При осмотре кардиологом артериальное давление на ногах по методу Короткова не определялось. Кардиологом ребёнок был направлен на плановую госпитализацию в кардиоревматологическое отделение с предварительным диагнозом: коарктация аорты. Соматический статус: атлетический тип телосложения, при физикальном обследовании выслушивается систолический шум справа от грудины во II межреберье. Шум проводится на дугу аорты и верхнее межлопаточное пространство на 3/6 слева. По левому краю грудины выслушивается менее интенсивный систолический шум в 3-5 межреберьях. АД на нижних конечностях не определяется, пульсация на бедренных и тибиальных артериях ослаблена, симметрична. Описаны данные ЭХО-кардиографического обследования. В стволе легочной артерии систоло–диастолическая регургитация со скоростью 4,8 м/с. Размеры полостей сердца: не расширены, левый желудочек гипертрофирован. Визуализируется сужение дуги аорты на протяжении 10-11 мм, зафиксирован коарктационный поток. Аортальный клапан - двустворчатый.

Заключение. Все манипуляции из перечня практических навыков мною неоднократно проведены. Теоретические знания, полученные при изучении дисциплин на пройденных курсах, закрепились на практике. Описанный клинический случай демонстрирует студентам необходимость проведения ежегодных профилактических осмотров детей с исследованием АД на верхних и нижних конечностях (характерный признак – отсутствие АД на ногах) с целью своевременной диагностики. Особенностью проявления коарктации аорты в раннем детском возрасте является то, что систолический шум может не выслушиваться.

СЛУЧАЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПО ОСТРОВСКОМУ ВО ВРЕМЯ ПРАКТИКИ

Зарипов И.Р.

Научные руководители – к.м.н., доцент Фатыхов Р.И., к.м.н., доцент

Закирова А.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Анализ клинических случаев способствует формированию у студентов медицинских вузов клинического мышления, расширению кругозора, детальному изучению современного состояния проблемы. Производственная практика позволяет полноценно овладеть необходимыми навыками ухода, применить на практике теоретические знания, полученные на дисциплинах по пройденным курсам и отработать до автоматизма выполнение манипуляций из перечня практических умений по каждой отдельной нозологии заболевания в сфере терапевтической и хирургической медицины.

Цель. Проанализировать и описать клинический случай лапароскопической коррекции перфорации язвенной болезни двенадцатиперстной кишки по Островскому во время прохождения производственной практики «Помощник палатной медицинской сестры» на базе хирургического отделения ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ.

Материал и методы исследования. Ознакомиться с работой хирургического отделения, овладеть навыками выполнения манипуляций в рамках обязанностей палатного медицинского брата, а также умением общения с пациентами и их родителями с соблюдением этико-деонтологических принципов. Присутствие в операционных, где врачи-хирурги объясняли этапы оперативного вмешательства, характеризуя каждую манипуляцию и назначение применяемых инструментов. Работа с первичной медицинской документацией, анализ полученных данных.

Результаты. Во время производственной практики мною многократно проведены все манипуляции из перечня практических навыков, что позволяет закрепить теоретические знания, освоенные на профильных занятиях в вузе.

Практика дает возможность погрузиться в работу лечебного учреждения в режиме круглосуточного оказания медицинской помощи населению. Отдельно необходимо выделить клинические случаи. Детальный анализ заболевания и динамическое наблюдение за пациентом в период нахождения его в стационаре, позволяют на собственном практическом опыте уже на этапе обучения в вузе четко запоминать перечень необходимых диагностических и терапевтических манипуляций, непосредственно связанных с будущей врачебной деятельностью. Так, во время практики экстренно в отделение был госпитализирован пациент с перфорацией язвенного дефекта двенадцатиперстной кишки. При физикальном обследовании отмечались профузное потоотделение, лихорадка, сухость языка, интенсивные абдоминальные боли и асимметрия живота. Во время лапароскопического ушивания по Островскому выявлено перфоративное отверстие диаметром 3 мм на передней стенке двенадцатиперстной кишки. Проведены санация и дренирование брюшной полости. На третий день пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Навыки и умения, полученные во время прохождения производственной практики крайне необходимы и полезны, поскольку они позволяют закрепить полученные теоретические знания. Практика способствует развитию клинического мышления у студента, поскольку одновременно позволяет оказывать медицинскую помощь пациентам с различными нозологиями и, нередко, с отягощенным преморбидным фоном. Участие в клинических разборах мотивирует студентов и дает дополнительный стимул к дальнейшему обучению.

ИНТЕРЕСНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ – РВАНАЯ РАНА БЕДРА – ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Матурова А.Р., Рашитова Э.Л.

Научные руководители – к.м.н., доцент Закирова А.М., к.м.н., доцент
Фатыхов Р.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. При прохождении летней производственной практики каждого пациента можно рассматривать как отдельный интересный клинический случай. Как известно, соблюдение техники безопасности – важный аспект в любой сфере деятельности. Пренебрежение ею влечет к травмам различной локализации и тяжести.

Цель. Описать клинический случай травмы пациента в результате пренебрежения техникой безопасности.

Материалы и методы исследования. Овладеть всеми практическими навыками согласно перечня, входящего в умения палатной медицинской сестры, применить полученные теоретические знания на практике. Работа с медицинскими документами, анализ и описание клинического случая.

Результаты и обсуждение. В июле 2021 года бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение ГАУЗ «Бугульминская ЦРБ» доставлен пациент с жалобами на боли в области правого бедра, нарушение опорной функции, кровотечение из раны. Из анамнеза выяснилось, что травма получена в быту при работе циркулярной пилой.

Status localis: при пальпации отмечалась локальная болезненность в области нижней трети правого бедра. Рана косопоперечной формы на передней поверхности бедра с переходом на наружную часть размером 18,0 см x 7,0 см с не ровными осаднёнными краями, с повреждением мышечной ткани. В дне раны визуализировалась повреждённая костная ткань. Опора на правую нижнюю ногу нарушена. Пульсация периферических артерий повреждённой конечности сохранена. Температура кожи тела и на повреждённой конечности в пределах

нормативных значений. Кожная чувствительность периферического элемента повреждённой конечности сохранена.

В приёмном отделении была оказана помощь: в асептических условиях под местной анестезией 0,5% раствором новокаина - 40,0 мл - проведена ревизия раны и первичная хирургическая обработка раны. Наложены П-образные мышечные швы, швы на кожу, резиновые выпускники, асептическая повязка. Далее пациент был госпитализирован в травматологическое отделение с диагнозом «Рваная рана нижней трети правого бедра с повреждением мышечной и костной ткани», где продолжил дальнейшее лечение.

Заключение. Производственная практика дает возможность овладеть практическими навыками и умениями, многократно отработать манипуляции в условиях стационара, формирует клиническое мышление и способствует становлению будущего специалиста.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Валиуллова А.А., Ключкина А.И.

Научные руководители: к.м.н., доцент Закирова А.М.,

ассистент Гатина Л.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

После окончания второго курса во время прохождения производственной практики “Помощник палатной медсестры” на базе детского стационара при “ГАУЗ Центральная городская клиническая больница №18” г. Казани мной наблюдался интересный клинический случай.

Актуальность. Важное место в структуре детской патологии в наше время занимают резидуально-органические поражения ЦНС, возникающими после негативного воздействия целого спектра патологических факторов на головной мозг ребенка на разных стадиях его развития. Детей с последствиями данного синдрома с каждым годом становится все больше несмотря на то, что истинной причины его распространенности еще не известна.

Цель исследования. Привлечь особое внимание к диагностике и лечению раннего резидуально-органического поражения ЦНС у детей, так как своевременное лечение дает высокий шанс на выздоровление.

Клинический случай.

Пациент Н. 3 года 2 месяца. Поступил в отделение Психоневрологии детского стационара. Анамнез жизни маленького пациента в истории болезни отсутствует, но известно, что мальчик остался в социально опасном положении без попечения родителей. Мама состоит на профилактическом учете в ПДН как неблагополучный родитель, злоупотребляет спиртными напитками, воспитанием детей не занимается. Ребенок был госпитализирован вместе с братом и сестрой. Объективное исследование курирующего врача при поступлении показало, что ребенок астенического телосложения, пониженного питания, выражен госпитализм, лежа, раскачивается на спине, голова гидроцефальной формы. Мышечный тонус пациента снижен, происходит опора на внутренний свод стопы. Носовое дыхание затруднено-серозное отделяемое. Наблюдается плаксивость, невнятная речь. По заключению психиатра при поступлении у пациента имеется задержка речевого развития с интеллектуальной недостаточностью. При осмотре невролога - диффузная мышечная гипотония, нарушение психоречевого развития, обусловленное социальной депривацией. В протоколе рентгеновского исследования описаны изменения по типу острого бронхита. При электроэнцефалографическом обследовании биоэлектрическая активность мозга соответствует возрасту, очаговая и эпилептиформная активность не зарегистрированы. Состояние средней тяжести за счет отставания в развитии, неврологической симптоматики. Заключительный диагноз: Задержка в развитии, которая обусловлена социальной депривацией; дефицит массы 2 ст. О. ринофарингит. Ребенок был направлен на дальнейшее обследование и лечение у невролога, психотерапевта и логопеда.

Заключение: Представленный клинический случай демонстрирует необходимость проведения ранней диагностики данного заболевания, чтобы предотвратить осложнения, которые могут не только ограничивать возможности

ребенка, но и угрожать его жизни. Личное участие – сбор и анализ материала, оформление доклада.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВО ВРЕМЯ ПРАКТИКИ: ВРОЖДЕННАЯ ЛИМФЕДЕМА У ПОДРОСТКА

Киселев Р.П., Ефремова К.А.

Научные руководители: к.м.н, доцент Закирова А. М., асс. Гатина Л. Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Выполняя защитные, метаболические и иммунные функции, лимфатическая система является одной из важнейших систем организма человека. Лимфедема характеризуется увеличивающимися отеками мягких тканей пораженной области, что может приводить к трофическим нарушениям.

Учитывая важность правильного функционирования лимфатической системы для организма человека, необходимо знать не только симптомы, но и основные механизмы развития, иметь представление о подходах к диагностике и лечению заболеваний.

Цель. Описать случай врожденной лимфедемы у подростка.

Материал и методы. Анализ историй развития и болезни, объективный осмотр, описание клинического случая, обзор литературы.

Результаты и их обсуждение. Пациент, 14 лет. Из анамнеза: ребенок от первой беременности, первых естественных родов на сроке 39 недель, с массой 3542 г. Родители здоровы, со стороны матери имеется случаи отеков нижних конечностей. Развитие ребенка без особенностей, профилактические прививки сделаны согласно календарю.

Заболевание впервые проявилось в июне 2021 года с появления отеков голеней (сначала в области правого голеностопного сустава, затем слева). Обратились в приемное отделение ДРБ РМЭ, где были проведены консультации хирурга и аллерголога. В связи с тем, что на месте отеков имелись следы укусов насекомых, была назначена антигистаминная терапия. Эффекта от лечения не отмечалось, и пациента направили на комплекс обследования. По результатам выставлен предварительный диагноз «Лимфовенозная недостаточность обеих

нижних конечностей», и проведена консультация сосудистого хирурга в ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России для лечения.

Объективно: состояние удовлетворительное. Физическое развитие гармонично и пропорционально. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 76 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул, диурез не нарушен.

St.localis: обе голени отечные, правая - 27 см; левая – 25,8 см; контуры голеностопных суставов сглажены; объем движений сохранен. Пальпаторно отеки мягкие. При долгом статичном положении голеностопных суставов появляется болезненность. По ультразвуковому исследованию констатируется наличие утолщения дермы, более выраженное справа; несостоятельность СФС правой нижней конечности. Лимфосцинтиграфическое исследование показало замедление визуализации групп бедренных, паховых, подвздошных и поясничных лимфатических узлов.

С целью улучшения лимфодренажной функции проведен курс консервативной терапии по схеме, включающей: фармакотерапию, посегментный массаж, электрофорез с террилитином, пневмокомпрессию в режиме «В» средней степени мощности. Отмечалась положительная динамика: через 3 недели сохранялась пастозность по тыльной поверхности правой стопы. Выписан в удовлетворительном состоянии с диагнозом «Лимфедема обеих нижних конечностей»

Выводы. В основе терапии первичной или вторичной лимфедемы конечностей лежат как консервативные, так и хирургические методики, позволяющие корректировать лимфоток. Своевременная диагностика и выявление позволяют избежать осложнений и, как следствие, инвалидности.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ СОСУДИСТОГО СПЛЕТЕНИЯ НА ФОНЕ ГИПОТРОФИИ – ИНТЕРЕСНЫЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Нуртдинова А.И., гр. 2403

Научные руководители: доцент, к.м.н. Закирова А.М., доцент, к.м.н. Фатыхов Р.И.

Актуальность. Моя практика в качестве «Помощник процедурной мед. сестры» проходила в ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ, г. Казань. В ходе прохождения практики описан клинический случай «Киста сосудистого сплетения», охватывающий 1-2% всех беременностей.

Цель. Проанализировать диагностические и терапевтические аспекты кисты сосудистого сплетения на фоне гипотрофии у грудного ребенка.

Материал и методы. Работа с медицинской документацией, ретро- и проспективный анализ данных пациента, выполнение манипуляций из перечня практических навыков.

Результаты и обсуждение. Во время практики в ДРКБ находился ребенок, 2 месяца, с диагнозом «Киста сосудистого сплетения на фоне гипотрофии». При проведении нейросонографии было обнаружено: киста сосудистых сплетений, занимающая 52,2%. Масса тела при рождении - 2640 грамм, длина тела - 50 см. Окружность головы составила 33 см, окружность груди - 31 см. К сроку гестации ребенок оказался маловесным – задержка внутриутробного развития по типу гипотрофии 2 степени ($M < 10$ перцентиля). Отмечалось истончение подкожно-жирового слоя, более отчетливое на животе и конечностях. Выявлены гипотония и гипорефлексия. Как известно, основным диагностическим методом исследования является нейросонография. Заключение по данным указанного исследования: киста сосудистого сплетения размерами 2,5 мм x 2,6 мм. Киста сосудистого сплетения не требует лечения. Динамический контроль включает наблюдение у невропатолога, педиатра, проведение ультразвукового исследования. Коррекция гипотрофии 2 степени, выявленной у пациента, условно подразделяется на три периода: адаптационный, репарационный период

и период усиленного питания. Предпочтительны смеси с высоким содержанием белка, число кормлений увеличивается на 1-2 в сутки к нормативному количеству. В репарационный и период усиленного питания расчет питания проводится на должную массу.

Заключение. Во время прохождения производственной практики я овладела всеми навыками согласно перечня практической подготовки. Ретро- и проспективный анализ данных клинического случая позволяет судить о важности описанной медицинской проблемы. Практика значительно расширяет кругозор студента, помогает формированию клинического мышления.

ОЦЕНИТЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ.

Караманян О.В., Рашитова Э.Л.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Халиуллина С.В., к.м.н., доцент
Закирова А.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ РФ.

Актуальность. Студенты 2-го курса педиатрического факультета Чувашского государственного университета проходят производственную практику в качестве «Помощника палатной медицинской сестры/медбрата» в стационаре. В современных условиях развития *здравоохранения* стационарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по диагностике, лечению заболеваний детского возраста. Аллергические болезни занимают 3 место в структуре общей заболеваемости. Атопический дерматит, аллергическая крапивница, бронхиальная астма являются частыми причинами обращения к врачу аллергологу-иммунологу.

Цель исследования: оценить риск возникновения аллергозаболеваний у детей, рожденных в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Овладеть практическими умениями и навыками согласно

перечня по производственной практике в качестве помощника палатной медицинской сестры/медбрата в стационаре.

Методы исследования. Были изучены показатели риска возникновения аллергических заболеваний у 45 пациентов в возрасте от 1 до 3 лет, которые были рождены в результате использования ВРТ, госпитализированных в БУ РДКБ МЗ Чувашской республики г. Чебоксары. Исследование проводилось по данным медицинской документации (амбулаторных карт), статистическая выборка по опросу (анкета). Контрольную группу составили 45 пациентов, рожденных естественным путем.

Результаты исследования. Среди обследованных детей наследственный анамнез по аллергозаболеваниям был отягощен у 4,9% детей основной группы и 3,8% детей контрольной группы. Атопический дерматит чаще диагностировался у детей, рожденных после ВРТ (40,8% в основной группе против 26,5% контрольной группы, $p=0,0357$). Дебют заболевания на первом году жизни: у 49,5% детей после ВРТ и 40,5% детей контрольной группы ($p=0,0492$), на втором году 34,3% после ВРТ и 32,6% детей второй группы ($p=0,0794$), на третьем году 16,2% после ВРТ и 26,9% детей контрольной группы ($p=0,0318$). Аллергическая крапивница выявилась у 53,8% детей от ВРТ и только у 35,2% детей контрольной группы ($p=0,0274$). В обеих группах была выявлена непереносимость глютена и лактозы. Диагноз бронхиальной астмы был выставлен 8 детям из основной группы (17,7%) и одному ребенку контрольной (1,0%), $p=0,0017$.

Заключение. Исходя из полученных данных, аллергические заболевания чаще наблюдались среди детей, родившихся в результате ВРТ. Они особенно подвержены развитию аллергических заболеваний (атопического дерматита и аллергической крапивницы), что требует особого контроля таких детей на первом году жизни. Дебют заболевания у обеих групп наблюдался на первом году жизни. За время практики выполнены: диагностические и лечебные манипуляции в рамках должностных инструкций среднего медицинского персонала, подготовка пациентов к инструментальным методам обследования, оказание неотложной доврачебной помощи.

ПРАКТИКА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ

Юсупова З.Р., Фаттахова А.М.

Научный руководитель – к.м.н., доц. Макаров М.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Приемное отделение в стационаре играет основную роль в постановке первичного диагноза, определении степени тяжести состояния и необходимости госпитализации больного. За короткое время работник приёмного покоя должен оценить состояние больного, узнать о симптомах, провести осмотр больного и определить пациента в профильное отделение. Качество оказания медицинской помощи зависит от организации работы приемного отделения: от оснащённости, уровня квалификации медицинского персонала, удаленности специализированных отделений от приемного покоя, доступности специализированной помощи в ночное время.

В июле 2021 года состоялась ознакомительная санитарно-гигиеническая практика (помощник палатной, процедурной медицинской сестры) для специальности «Медико-профилактическое дело», которую мы проходили в приёмном отделении ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Набережные Челны. В процессе прохождения практики нам удалось проанализировать эффективность организации работы данного отделения. Нам, как студентам-практикантам, хотелось увидеть идеальный процесс поступления больного в стационар: приём и регистрация, оформление истории болезни, антропометрия, измерение артериального давления и температуры, тщательный осмотр кожных покровов, оказание медицинской помощи тяжелым пациентам, проведение санитарно-гигиенических процедур, транспортировка больных в специализированное отделение. Мы наблюдали выполнение всех манипуляций, но также мы заметили ряд проблем, которые препятствуют эффективной работе приёмного отделения:

- 1) Недостаточное количество медицинского персонала, вследствие чего увеличивается время приёма одного пациента. Например, медицинские сестры выполняют транспортировку тяжелых пациентов в профильные

отделения, хотя данная манипуляция должна выполняться санитарным работником.

2) Долгое ожидание врача-консультанта из-за задействования его в других отделениях.

3) Недостаточное количество квалифицированных работников, проявляющееся в долгом ожидании врача - рентгенолога, т.к. его работа производилась в нескольких отделениях.

4) Отсутствие шкафов с ячейками для больных, поступающих в плановом порядке. Приходится носить вещи по диагностическим кабинетам.

5) Отсутствие навигации в холе приемного отделения.

6) Пациенты, пришедшие «без направления». Обращение в приемный покой по разного рода причинам. Наблюдалось, что количество обращений растет после восьми вечера, когда в связи с окончанием рабочего дня перестают работать другие учреждения.

7) Небольшое помещение, вследствие чего сокращается социальная дистанция.

На производственной практике основывается большая часть формирования навыков студентов: освоение мануальных навыков, общение с пациентом, налаживание контакта с работником учреждения. Также наблюдение за условиями стационара позволяет будущему врачу исправить недостатки организации эффективной работы. Таким образом, улучшение качества прохождения производственной практики и оптимизация процесса деятельности лечебного учреждения позволит студенту раскрыть свои навыки в достаточном объёме.

МОЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДСЕСТРЫ»

Адельшин А.М., Минсафин Р.Р., Каримов Б.А.

Научные руководители: к.м.н., доцент Закирова А.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Летом 2021 года я проходил производственную практику на базе ГАУЗ "Клиника медицинского университета" в приёмно-диагностическом отделении, которое осуществляет приём по терапевтическому и гнойно-хирургическому профилю. Дважды в неделю осуществляется неотложная помощь пациентам в гинекологии.

Цель. Описать специфику прохождения производственной практики в приемно-диагностическом отделении.

Материал и методы. Перед началом практики были поставлены задачи, а именно: работа с документацией, отработка выполнения инвазивных и неинвазивных процедур, в том числе забор венозной крови, проведение внутримышечных и внутривенных инъекций, первичная перевязка ран пациентов, забор материала для бактериоскопического исследования.

Результаты и обсуждение. На момент прохождения практики, ввиду эпидемиологической обстановки, загруженность отделения была значительно выше, что расширило профиль отделения и увеличило перечень нозологий. В контексте моей производственной практики это способствовало овладеть всеми навыками и умениями из перечня манипуляций по практике «Помощник процедурной медицинской сестры». Помимо освоения основных обязанностей среднего медицинского персонала, я старался уделять время налаживанию контакта с персоналом, так как это один из главных критериев качественной работы отделения в целом. После окончания производственной практики я в совершенстве овладел техникой проведения всех необходимых манипуляций, зарекомендовал себя как ответственный и старательный практикант, что в дальнейшем помогло мне трудоустроиться именно в приемно-диагностическое отделение, где я работаю и по настоящее время.

Заключение. Производственная практика помогает студентам применить полученные знания на практике, способствует глубокому изучению той или иной медицинской проблемы.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Василова Г.И., группа 2303

Научный руководитель - к.м.н., доцент Закирова А.М., доцент, к.м.н.

Фатыхов.Р.И

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Свою практику в качестве помощника палатной медицинской сестры я проходила в нейрохирургическом отделении ГАУЗ РТ «БСМП» г. Набережные Челны. С первого дня весь медицинский персонал проявил доброжелательное отношение, инструктировали по всем необходимым вопросам, показывали оборудование, делились клиническими случаями из практики, задавали теоретические вопросы на проверку знаний выполнения манипуляций из перечня практических умений.

Целью моей практики было изучение работы отделения, состава персонала, закрепление полученных навыков и теоретического материала, изученного на семинарах за пройденные курсы.

Результаты и обсуждение. Ежедневно я заполняла медицинскую документацию, участвовала в раздаче лекарственных препаратов, кормлении тяжелобольных и детей раннего возраста, выполняла транспортировку пациентов, при необходимости на кресло-каталках, до мест проведения диагностических или терапевтических манипуляций, проводила лечебные и очистительные клизмы, подготовку пациентов к оперативному вмешательству. За время прохождения практики мною осуществлялись перевязки послеоперационных ран пациентов, обработки пролежней. Врачи-хирурги отделения позволяли присутствовать в операционных и наблюдать за ходом работы, обучая названиям инструментов и поясняя этапы оперативных манипуляций. Всего за время практики я была на 11 различных оперативных

вмешательствах: эндоскопическое удаление гематом, пластика дефекта черепа, удаление позвоночных грыж, операции на аневризмы головного мозга и другие. В ходе практики у меня было 3 дежурства, также раз в неделю я работала в приемном отделении. За время практики наблюдался интересный клинический случай: женщина, 61 год, поступила в отделение для плановой операции по поводу остеосинтеза локтевого отростка. После выполненной операции она тяжело отходила от наркоза, а позже родственники заметили, что у нее появилась слабость в правых конечностях (плегия) и опустился правый угол рта. Была проведена компьютерная томография черепа, диагностировано объемное образование, которое расценено как внутримозговая геморрагия. Это явилось обоснованием для внепланового оперативного вмешательства с навигацией. В послеоперационном периоде слабость в конечностях сохранилась, и пациентка была переведена в отделение реабилитации.

Заключение. За время прохождения производственной практики «Помощник палатной медицинской сестры» все манипуляции из перечня практических навыков мною неоднократно были проведены. Описанный выше клинический случай представляет практический интерес, поскольку крайне редко происходит внутримозговое кровоизлияние после плановых оперативных вмешательств.

ПРОХОЖДЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Зотова А.Е., Ибрагимхалилов К.Ш.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Закирова А.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Практика – неотъемлемая часть медицинского образования, дающая возможность применить полученные теоретические навыки на практике.

Целью нашей практики были: отработка навыков общения с пациентами и с коллективом отделения; получение опыта в физикальном осмотре пациентов; овладение манипуляциями процедурной медсестры.

Материал и методы. Мы проходили производственную практику на базе ГАУЗ ГKB №7 в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функций центральной нервной системы (ЦНС).

Результаты и обсуждение. Производственная практика проходила в основном в процедурном кабинете. Мы принимали участие в ежедневном обходе пациентов, изучали назначенную им терапию. Под руководством процедурной медсестры мы выполняли подкожные и внутримышечные инъекции назначенных препаратов, обучались навыкам постановки внутривенного катетера. Процедурная медсестра полностью сопровождала нас по ходу манипуляций и следила, чтобы мы безошибочно выполняли процедуры. Ежедневно мы фиксировали в дневнике практики количество выполненных манипуляций и описывали полученный опыт. Медсестра также обучала нас обязанностям, таким как утилизация отходов, стерилизация, обработка кабинетов. Проводились импровизированные проверки, в которых нам нужно было правильно реагировать. Также нам удалось поучаствовать в процессе реабилитации пациентов с нарушением функций ЦНС. Большинство пациентов поступило в отделение после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Им требовалась комплексная физическая, психологическая и социальная реабилитация. Это длительный и тяжелый процесс, но пациенты отлично справлялись. Назначались комплексы лечебной физической культуры (механотерапия, кинезиотерапия, БОС-терапия), массаж, эрготерапия, физиотерапия, психотерапия, логопедическая помощь, когнитивная реабилитация.

Заключение. На базе ГАУЗ ГKB №7 широкий спектр терапий для нейрореабилитации, а также грамотный и отзывчивый коллектив. За время практики в отделении мы получили колоссальный опыт в общении с различными пациентами, отработали медицинские манипуляции на практике и приобщились к медицинской атмосфере отделения реабилитации. В заключение хотелось бы сказать, что производственная практика – это отличная возможность проверить себя в практической медицине и приблизиться к роли врача.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Ибрагимов Т.М., Кадриев А.А., Зарипов И.Р.

Научные руководители – д.м.н., доцент Халиуллина С.В., к.м.н., доцент Закирова
А.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Студенты высших учебных заведений являются группой риска по развитию тревожных и депрессивных расстройств. Это связано с высокой психоэмоциональной нагрузкой, необходимостью усвоения большого объема информации. Целью нашего исследования явилось изучение динамики распространенности и степени тревожных и депрессивных расстройств среди студентов медицинского ВУЗа с целью обоснования мероприятий по их предотвращению.

Материалы и методы. Было выполнено поперечное наблюдательное исследование студентов ФГБОУ ВО Казанский ГМУ с использованием анкетирования. Объем выборки составил 321 студент в возрасте от 19 до 21 года за период ноябрь-декабрь 2020 года и 324 студента в возрасте от 19 до 21 года за период ноябрь – декабрь 2021 года. Тестирования проводились с использованием международных опросников госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), физической активности IPAQ (International Questionnaire on Physical Activity). Статистический анализ проводили с использованием методов параметрической и непараметрической статистики.

Полученные результаты и обсуждение. Результаты исследования по шкале HADS показали, что средние баллы в мужской и женской группе по шкале тревожности составили $5,8 \pm 0,4$ и $7,1 \pm 0,2$ баллов и значительно различались ($p < 0,05$). В конце исследуемого периода эти показатели снизились $5,11 \pm 0,38$ и $6,71 \pm 0,22$ для мужчин и женщин соответственно. Средние баллы по шкале депрессии за исследуемый период среди мужчин снизились с $8,5 \pm 0,4$ до $8,25 \pm 0,31$, а женщин с $8,6 \pm 0,1$ до $8,49 \pm 0,12$.

Оценка по критериям нормы шкалы HADS показала, что изменение уровня нормы по шкале тревожности составило 3,2% (с 63,1% до 66,3%), а по шкале депрессии 3,6% (с 32,2% до 35,8%). По шкале тревожности в 22,2% регистрировались показатели, соответствующие уровню субклинической тревожности, а в 14,7% фиксировалась клинически выраженная тревожность. В конце исследования данные показатели составили 22,5% и 11,1% соответственно.

Сопоставимые данные были получены по шкале депрессии. Субклиническая депрессия зафиксирована в 50,8% и 48,7% случаев, а клинически выраженная депрессия – в 17,2% и 15,4% случаев на начальном и конечном этапе исследования.

По шкале физической активности IPAQ средний балл у студентов мужского пола составил $23,1 \pm 0,9$ и был значимо выше, чем среди женского пола $20,2 \pm 0,3$ ($p < 0,05$). К концу исследуемого периода средний балл снизился до $22,9 \pm 0,99$ у мужчин и $21,09 \pm 0,44$ у женщин.

Заключение. Полученные данные подтверждают эффективность оценки психического состояния здоровья на основе стандартизированных опросников для диагностики и выявления лиц с тревожными и депрессивными расстройствами в динамике. Полученные данные подтверждают необходимость разработки программ улучшения психологического здоровья среди студентов и повышения приверженности их к профилактике гиподинамии.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ С ГОНАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА ВО ВРЕМЯ ПРАКТИКИ В КАЧЕСТВЕ ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Ермакова К.Н.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Макаров М.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Гонартроз коленного сустава является широко распространенной дегенеративно-дистрофической патологией, преимущественно затрагивающей взрослое население. Гонартроз поражает фрагмент гиалинового хряща, покрывающий суставные поверхности

большеберцовой и бедренной костей, что в дальнейшем приводит к поражению коленного сустава и дегенеративным изменениям кости. У большинства пациентов консервативное лечение не способно остановить прогрессирование, в результате возникает необходимость в проведении оперативного лечения. Наиболее актуальными методами являются корригирующая остеотомия с наложением аппарата Илизарова, а также применением металлоконструкций.

Цель. Описать сформированные профессиональные умения и приобретенный практический опыт во время производственной практики в отделении ортопедии №1 РКБ МЗ РТ в качестве палатной медицинской сестры., а также отразить свой вклад в уходе за пациентом с гонартрозом коленного сустава.

Материал и методы. Участие в мероприятиях по осуществлению сестринского ухода за пациентом с гонартрозом коленного сустава, включая предоперационную подготовку, собственно оперативное вмешательство и послеоперационный период. Анализ медицинской карты стационарного больного, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования, рентгенографии за последние 3 года, заключений консультации специалистов.

Результаты. Принимала участие в сестринском процессе по уходу за пациентом Н., 72 г., с диагнозом: правосторонний идиопатический гонартроз II степени, фронтальная нестабильность, сгибательная контрактура, правосторонняя варусная деформация правого коленного сустава. Пациент поступил планово. Жалобы при поступлении: ноющие боли в правом коленном суставе, локализующиеся в передневнутренней поверхности сустава, возникающие при умеренной физ. нагрузке, усиливающиеся при подъеме/спуске по лестнице. Было выполнено оперативное вмешательство: надбугорковая корригирующая остеотомия большеберцовой кости, остеоперфорации, субхондральная туннелизация мышечков правого бедра, остеосинтез костей правой голени аппаратом Илизарова.

В предоперационном периоде выполнялась подготовка пациента к сдаче лабораторных анализов, транспортировка на функциональные, рентгенологические исследования. Обучение пользованию костылями, технике

сидения, вставания. Проводилась предоперационная подготовка - бритье предполагаемого операционного поля. Осуществлялась психологическая подготовка пациента, транспортировка в оперблок, укладывание на операционный стол. В послеоперационном периоде выполнялись обработка послеоперационных ран в местах выхода чрескостных спиц спиртовым раствором, наложение асептических повязок, помощь в выполнении гигиенических процедур, смена нательного, постельного белья. Послеоперационная реабилитация – помощь при вставании с постели, перемене положения, выполнении гигиенических процедур, передвижении при помощи костылей со второго дня после операции.

Выводы. Практика сестринского ухода за пациентом с гонартрозом коленного сустава охватила весь перечень практический умений палатной медсестры, включая участие в лечебно-диагностических процессах, осуществление предоперационной подготовки и послеоперационный уход.

ИЗУЧЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ И УПРАВЛЕНИЯ СТРЕССОМ ВО ВРЕМЯ ПРАКТИКИ

Каримов Б.А., Адельшин А.М., Минсафин Р.Р.

Научные руководители: к.м.н., доцент Закирова А.М.,

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность данной темы обусловлена тем, что работа медсестры связана с физической, умственной и психологической нагрузкой. Именно средний медицинский персонал, по роду своей деятельности, проводит больше времени с пациентами, постоянно и тесно общается с ними. Каждый день медицинские сестры и братья сталкиваются с болезнями, травмами и смертью, что вызывает стресс и, как следствие, изменения в поведении медицинского персонала в сложных ситуациях и эмоциональное выгорание. Помочь решить проблему может изучение технологии профилактики стрессовых состояний и управления стрессом. Причиной многих стрессовых ситуаций являются перегруженность профессиональной деятельностью, финансовое положение, особенности взаимодействия с пациентами, врачами, коллегами из медицинской бригады и

трудная жизненная ситуация. Разрушительные последствия стресса воздействуют как на здоровье людей, так и на производительность сотрудников, экономическую эффективность, стабильность и конкурентоспособность всей организации.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между показателями личностной и ситуационной тревожности и уровнем эмоционального выгорания медицинских работников среднего звена.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 медицинских сестер и братьев приемно-диагностического отделения ГАУЗ "Клиника медицинского университета". Определялись: уровень ситуационной и личностной тревожности по опроснику Спилбергера-Ханина; три стадии развития стресса (напряжение, выносливость, истощение) с помощью личностного опросника, предназначенного для диагностики синдрома эмоционального выгорания, разработанного В.В. Бойко.

Результаты и обсуждение. Подавляющее большинство опрошенных работников испытывали умеренный уровень ситуационной тревожности (70%) и личностной тревожности (60%). Исследования показали, что среди испытуемых медицинских работников были выявлены 10% людей с сформированными стадиями синдрома "эмоционального истощения" и 16,7% в состоянии формирования. Кроме того, было выявлено, что испытуемые с сформированными стадиями синдрома эмоционального выгорания или на стадии формирования имели высокий уровень ситуационной и личностной тревожности, что позволяет сделать вывод о зависимости степени выраженности синдрома эмоционального выгорания от коммуникативных качеств испытуемого.

Заключение. Проведенное исследование наглядно демонстрирует большое значение изучения психологического состояния медицинских работников. Анализ полученных данных показал необходимость разработки программы профилактики стрессовых ситуаций для сестринского персонала, которая в рамках "самопомощи" научит технике саморегуляции, тем самым улучшая коммуникацию с медицинским персоналом и пациентами.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: БОЛЕЗНЬ КРОНА У ПОДРОСТКА ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ».

Щипкова А.А., Ослопова Д.В.

Научный руководитель – Д.м.н., профессор Ослопов В.Н., К.м.н. доцент
Закирова А.М.

Введение. Моя производственная практика в качестве помощника процедурной медсестры дневного стационара проходила на базе ДРКБ в ГЭО, где меня приняли очень доброжелательно. За время практики я овладела методиками ведения документации, ассистировала при постановке внутривенных катетеров, научилась сама делать внутримышечные, внутривенные и подкожные инъекции. Самым интересным и запоминающимся моментом во время практики для меня был случай пациента с болезнью Крона.

Цель работы. Описать клинический случай болезни Крона у подростка.

Задачи. Осветить овладение навыками процедурной медсестры, закрепить теоретические знания полученные при изучении дисциплин 1-4 курса на практике, проанализировать клинический случай.

Материалы и метод. Нами проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента с болезнью Крона.

Результаты и их обсуждение. Пациент А. от 1 беременности, протекающей с гестозом на 22 неделе; роды на 41 неделе. При рождении: m 2600г, длина тела 50см. На грудном вскармливании до 1 месяца.

В семейном анамнезе: сестры бабушки со стороны матери – смерть в 3 месяца из-за длительного жидкого стула. Дочь отца от первого брака – болезнь Крона.

Ребенок страдает синдромом мальабсорбции с рождения. Впервые госпитализирован в 2 месяца с клиникой кишечной инфекции: подъем температуры, жидкий стул до 15 раз в сутки. Диагноз: дистрофия по типу гипотрофии, дисбактериоз кишечника. В том же месяце в связи с ухудшением

состояния переведен в ГЭО ДРКБ. После терапии состояние стабилизировалась, но в дальнейшем в течении года не раз госпитализировался с обострениями.

В 2011 находился в ГЭО НЦЗД г. Москва, где на основании анамнеза, клинической картины, проведенных исследований (в т.ч. ФКС, ЭГДС с биопсией тощей и толстой кишки) был выставлен диагноз: Болезнь Крона, высокая воспалительная активность, илеоколит, обострение. Учитывая тяжесть состояния ребёнку была назначена ГКС терапия с медленным снижением дозы. На фоне лечения отмечалась небольшая положительная динамика.

В течение года неоднократно госпитализирован в ГЭО, периодически проводилось парентеральное питание, постоянно получал пентасу, ферменты, но синдром мальабсорбции сохранялся, прибавки массы тела незначительны. У ребенка также имеется выраженная задержка роста и психомоторного развития, вторичный гиперпаратиреоз.

В ноябре 2013 госпитализирован в ФГБУ «НЦЗД» с подозрением на волчаночноподобный синдром, однако клиники на фоне биологической терапии не наблюдалось, принято решение о динамическом наблюдении.

Повторно госпитализирован в декабре 2014 для начала терапией препаратом Хумира, после которой отмечалась выраженная положительная динамика. Резистентность к препарату выявилась в октябре 2015, зафиксирована высокая степень активности Болезни Крона.

Заключение. Данный случай подтверждает трудность диагностики и лечения ВЗК у детей. Благодаря производственной практике мной были освоены необходимые для дальнейшей медицинской деятельности практические навыки, приобретен неопценимый опыт, я изучила методики проведения практически всех манипуляций из обязательного перечня и активно применяла знания на практике, а также смогла исследовать редкий клинический случай.

ОЦЕНКА РОЛИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПОЛУЧЕНИИ БАЗОВЫХ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ СТУДЕНТАМИ

Салогуб М. В., Карзакова Е. К.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Макаров М.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: на современном этапе развития здравоохранения уровень подготовки будущих специалистов зависит от изучения теоретического материала и от освоения студентами в процессе практики основных первичных профессиональных навыков и умений при работе с пациентами. Опытные медицинские сестры обеспечивают необходимые условия проведения практики, помогают студентам в получении практических навыков.

Цель: оценить роль среднего медицинского персонала в получении базовых практических навыков студентами.

Методы и материалы исследования: анкетирование, обобщение полученных данных.

Результаты: цель производственной практики – проверка и закрепление знаний, полученных студентами при изучении основных клинических и теоретических дисциплин, овладение практическими навыками, ознакомление с основами организации здравоохранения, ведения медицинской документации, условиями работы врачей.

Руководство производственной практикой студентов младших курсов осуществляют главная медицинская сестра и старшие медицинские сестры отделений лечебно-профилактических учреждений, которые оказывают помощь студентам в освоении практических навыков.

В проведенном нами анкетировании приняло участие 50 студентов 3 курса медико-профилактического факультета. Все опрошенные проходили производственную практику в качестве помощника палатной, процедурной медицинской сестры летом 2021 года и подчеркнули важность данной практики для будущих специалистов.

В ходе анкетирования мы выяснили, что большинство опрошенных (80%) считают, что главную роль в получении практических навыков играет медицинская сестра. Все анketируемые отметили, что средний медицинский персонал всегда отвечал на возникающие в ходе практики вопросы.

В 80% случаев медицинские сестры демонстрировали технику выполнения манипуляций, в 90% случаев - учили студентов медицинской этике и деонтологии в работе с пациентами. 80% анketируемых в ходе прохождения производственной практики получили разрешение на отработку практических навыков на пациентах под руководством медицинской сестры. 90% опрошенных согласны с тем, что именно медицинская сестра способствует формированию практических навыков у студентов.

Все опрошенные указали, что производственная практика проходила в комфортной рабочей атмосфере, не возникало конфликтов. 60% анketируемых высоко оценили уровень полученных практических знаний, а 40% - посчитали уровень полученных практических знаний недостаточным. По результатам анкетирования мы сделали вывод о том, что большая часть опрошенных студентов овладели практическими навыками в ходе прохождения производственной практики. Значимую роль в их формировании сыграл средний медицинский персонал, который демонстрировал технику проведения манипуляций, учил общению с пациентами, а также углублял уже имеющиеся теоретические знания студентов.

Активная деятельность сестринского персонала помогает студентам развиваться как личности и профессионалу высокого уровня, способствуя формированию основополагающих профессиональных компетентностей будущего специалиста-медика.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Хабирова Г.И, группа 2405

Научный руководитель – к.м.н., доцент Закирова А.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Моя летняя производственная практика «Помощник процедурной медицинской сестры» проходила на базе психоневрологического отделения детского стационара ГАУЗ «Центральная городская клиническая больница №18» города Казани.

Цель и задачи исследования. Ознакомиться с работой многопрофильного лечебно-профилактического учреждения, применить на практике все свои теоретические знания и умения, полученные за 3 года обучения в КГМУ и научиться качественно и добросовестно выполнять все манипуляции процедурной медицинской сестры, которые, несомненно, пригодятся в моей будущей медицинской деятельности.

Материал и методы. Психоневрологическое отделение рассчитано на 30 коек для детей, оставшихся без попечения родителей в возрасте от 1 месяца до 4 лет.

Результаты и обсуждение. В первый день практики мы познакомились с медицинским персоналом и самим отделением. Нам был проведён инструктаж по технике безопасности, разъяснены наши обязанности. Моя работа в период производственной практики заключалась в ежедневной термометрии и антропометрии, смене нательного и постельного белья, помощи в осуществлении личной гигиены детей грудного возраста, в их транспортировке в диагностические кабинеты, кормлении детей грудного возраста, заполнении медицинской документации, оказании помощи в организации досуга детей, сопровождении их на прогулке. Я участвовала в заборе биологического материала у детей на анализы, помогала менять системы для внутривенного введения под присмотром старшего медицинского персонала. Самыми яркими

воспоминаниями во время практики для меня являются клинические случаи. Так, в отделении находился ребёнок, 3 месяца, из асоциальной семьи с диагнозом дистрофия по типу гипотрофии 3 степени, эксикоз, гидроцефалия, двусторонняя пирамидная недостаточность, пиелозктазия.

Заключение: Производственная практика позволяет улучшить коммуникативные навыки у студентов, овладеть многообразными манипуляциями из перечня практических умений, научиться грамотно заполнять медицинскую документацию, изучать различные нозологические формы заболеваний, нередко, протекающие в каждом персонифицированном случае по своему сценарию.

МОЯ ПЕРВАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНЕ: ОЖИДАНИЯ, РЕАЛИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Бабкин В.Д., Кормщиков М.М., Хоботова К.П.

Научный руководитель – Ткаченко И.В., профессор кафедры сестринского дела с курсом социальных дисциплин, д.м.н.

ФГБОУ ВО Дальневосточный ГМУ Минздрава РФ

Актуальность

Производственная практика является неотъемлемой частью процесса подготовки будущих специалистов для дальнейшей работы в системе здравоохранения [2,3,4], помогает формированию профессиональных компетенций будущего врача [5,6]. В результате полученных практических навыков и в плане дальнейшего продолжения образования, и в плане практической работы в клинике студенты, а в будущем – врачи, должны стать конкурентоспособными [1].

Возникновение различных трудностей в процессе практики мешают студентам в этот период получить качественные профессиональные компетенции.

Цель работы: выявить наиболее часто встречающиеся трудности у студентов педиатрического факультета после первого курса в период прохождения практики.

Задача исследования: разработать анкету и провести социологический опрос среди студентов 2 курса педиатрического факультета с анализом полученных данных по практике (ожидание - реальность).

Материалы и методы исследования: проведено анкетирование 83 студентов 2 курса педиатрического факультета, из них девушек 61 человек (73,5%), юношей – 22 (26,5%). В опросе была использована анкета, разработанная авторами публикации, включающая 15 вопросов.

Результаты:

При проведении исследования нами получены следующие результаты:

1. Основная часть студентов проходила практику в стационарах ЛПУ (76% случаев), 24% - практиковались в амбулаторно-поликлинических условиях.
2. 81 % студентов не испытали трудностей во время прохождения практики. У 19% практикантов возникли сложности: большой объем информации, в том числе, незнание действующих нормативных актов - у 39% респондентов (данной группы опрашиваемых), недостаток теоретических знаний отмечали 17% студентов; испытывали неуверенность в выполнении практических навыков - 27%; испытывали трудности при заполнении документации - 9% студентов, недостаточный объем (срок) практики – 5%; трудности в эмоциональном плане испытывали 3% анкетированных (ранний подъем, путь к месту практики).

Выводы:

1. Производственная практика прошла успешно для большинства студентов и предоставила получить новые теоретические и освоить практические навыки, необходимые для понимания того, в каком типе ЛПУ хотел бы работать будущий выпускник, и получение информации о том, в каком направлении необходимо углубить свои знания.
2. Из плюсов первой производственной практике можно выделить главный положительный момент: студенты приобретают сильнейшую мотивацию к

прохождению практики, не пропускают ни единого дня и в будущем будут стараться учиться намного лучше.

3. Реалии первой производственной практики превзошли ожидания студентов: практикантам удалось получить ценный опыт по уходу за пациентами.

4. Руководителям практики вуза в последующем необходимо анализировать возникшие у студентов трудности и помогать планомерно их решать, подготавливая их дальнейшей профессиональной деятельности.

Список литературы:

1. Фетисов В.А., Аверьянов М.Ю., Шевченко А.А., Шевченко А.А., Слесарев Н.Е., Гаар В.Г. Педагогическая культура личности как условие профессиональной педагогической деятельности. //Профессиональное и личностное развитие обучающихся в медицинских ВУЗах. Материалы научно-практической конференции с международным участием. Киров, 2010, с.85-86.

2. Аверьянов М.Ю., Фетисов В.А., Шевченко А.А., Слесарев Н.Е., Гаар В.Г. Роль производственной практики в подготовке будущего врача. //Профессиональное и личностное развитие обучающихся в медицинских ВУЗах. Материалы научно-практической конференции с международным участием. Киров, 2010, с. 91.

3. Положение о практической подготовке обучающихся, осваивающих основные образовательные программы высшего образования: // решение от 22.12.2020 г., протокол № 7. URL: http://www.fesmu.ru/SITE/files/editor/file/about/2021/prakt_podg2020.pdf (Дата обращения: 10.03.2022).

4. Положения ДВГМУ: [Электронный ресурс]. Хабаровск, 2020. URL: http://www.fesmu.ru/SITE/files/editor/file/about/2021/prakt_podg2020.pdf (Дата обращения: 10.03.2020).

5. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 01.02.22) «Об образовании в Российской Федерации» // «Собрание законодательства РФ», 31.12.2012, N 53 (ч. 1), ст. 7598

6. Овсянникова В.В., Плотникова И.Е., Свиридова Т.Н. Производственная практика как средство профессионального развития студентов медицинского вуза [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://sibac.info/14358>

PRACTICAL TRAINING DURING THE ACADEMIC SEMESTER

A. SINGH

SUPERVISOR : MD. G.I. TIKHOMIROVA

IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY

In the hospital practice of the year 2022,I worked at the post operative care department of the CITY HOSPITAL NO 8 in the city of IZHEVSK . During this period we were assigned with many different tasks as the practicing nurses.These tasks helped us to develop an integral part of doctor and patient interaction and had a great experience on patient care and nursing practice.

On the very first day of my practice, I got to know about the goals to be established when a patient is in the post operative period which I further learned by the help of a mnemonic “postoperative”.

P-preventing and relieving complication

O- optimal respiratory function

S-support psychosocial well-being

T- tissue perfusion and cardiovascular status maintenance

O- observing and maintain adequate fluid intake

P-promoting adequate nutrition and elimination

A-adequate fluid and electrolyte balance

R-renal function maintained

E-encouraging activity and mobility within Limits

T-through wound care for adequate wound healing

I-infection control

V-vigilant to manifestation of anxiety and promoting ways of relieving it

E -eliminating environmental hazards and promotion patients safety

All these terms are so easy when learned in theoretical way but the whole scenario is changed when all of theoretical knowledge had to be gathered for a practical skills, when there is a actual patient. Most of the patients during my period of work were from the second and third stage of postoperative period, So I was asked to serve them meals which is one of the most important and particular work to do, As it participates majorly in the speed of patient recovery. Because, in this part I have to assist the patient to return to normal dietary intake gradually at a pace set by patients which is a gradual step by step process like first liquids then soft foods such as gelatin, junket, custards milk etc and then solid food. It was a very difficult task for me to remember every patients dietary regime recommended by the dietitians according to their surgery type (eg. like one of the patients had kidney transplant so I was not supposed to serve him a large amount of protein on the other hand there was a patient who was in the department as he was suffering from leg injury but he had a medical history of diabetes and hypertension so his recovery was slow and his diet contains low amounts of carbohydrates.) Each and every patient has to be checked several times a day to check if the patient is suffering form hypothermia or hyperthermia and if yes these abnormalities are to be reported to the physician. The scenario was even more worse as it was during a particular time period of an ongoing pandemic of COVID , and if the patient was suffering from hypothermia then they were provided with the therapeutic environment with proper temperature and humidity so that the patient can regain their thermal balance. One of the considered difficult task was to position the patient because it was a job that should be done with high precession as moving a patient from one position to another may result to serious arterial hypotension when the patient is moved from supine position (one of the patient was suffering form multiple organ injury so it was a difficult task to position that patient for each and every activity). The maintenance of hygienic standards of a patient and the hospital is also very important as it makes a patient very vulnerable to infection If hygienic standards are not taken

care . When a patient's is in post operative department they are not only suffering from pain but also mental stress so learning how to comfort the patient is very important part of the journey it has majorly four steps -

- ✓ Observing and assessing behavioral and physiological manifestation of pain.
- ✓ Administer medications of pain and document it's efficacy.
- ✓ Assist the patient to comfortable position.
- ✓ Relieve the patient from mental stress.

After all the efforts, Before the discharge of the patient a general evaluation is conducted to check weather the patient is good to leave the hospital or not , the outcomes were very expected as,

- ✓ Patient breathing easily
- ✓ Clear lung sound
- ✓ Stable vital signs
- ✓ Stable body temperature with minimal chills or shivering
- ✓ No signs of fluid volume imbalance as evidence by an equal intake and output
- ✓ Tolerable or minimized pain as reported by the patient

At the end of the hospital practice it was eventually a whole new way of assessing the theoretical knowledge and making it suitable for using it as a practically.

ОПЫТ ПРОХОЖДЕНИЯ ЛЕТНЕЙ ПРАКТИКИ СТУДЕНТАМИ НА БАЗЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Турсунов М.К.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Тихомирова Г.И.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

Практика студента медицинского вуза, обучающегося на 1 курсе всегда дело серьезное и в то же время радостное. Каждый студент в ожидании ждет того, чтобы применить свои теоретические навыки в практике, общаясь и помогая пациентам в клиниках. Для студентов иностранных государств - тем более, потому что появляется интерес к управлению, устройству, оснащению,

непосредственному осуществлению практического обучения в условиях клинической больницы (учреждения здравоохранения).

В нашем случае, когда появилась возможность пройти практику в условиях республиканского онкологического диспансера, определилась дальнейшая судьба студента, пожелавшего выбрать специальность, а именно врача хирурга.

Первая в жизни практика студента-медика проходит зимой после первой сессии. Кураторы практики провели инструктаж, определили место прохождения практики, в кабинете главной медицинской сестры было определено отделение - онкологическое, где проводилось лечение больных с заболеваниями головы, лица, челюсти, шеи. Определить интерес к данной патологии в начале пути было сложно, ибо знаний никаких в этой области еще не было, только по-наслышке. Но совершенно очевидным явилось то, что очень многие однокурсники стремились попасть на практику именно в хирургическое отделение. В отделении нас поразило единство коллектива от заведующего отделением до младшего помощника медицинской сестры, забота о пациентах, профессионализм, доброе отношение к практикантам, особенно иностранным.

Появилась возможность не только осуществлять транспортировку пациентов на различные лечебные или осуществлять диагностические процедуры, уборку помещений, уход за больным в послеоперационном периоде, помощь младшему медицинскому персоналу, но и участвовать в работе процедурной, перевязочной медицинской сестры, обходах заведующего отделением и профессора кафедры онкологии Ижевской государственной медицинской академии. На обходах появился интерес к изучению заболеваний, наиболее часто встречаемых в практике врача этого отделения - заболевания щитовидной железы. Интересны для нас были случаи с изменениями функции щитовидной железы, в одних случаях она была повышена (гиперфункция), в других - снижена (гипофункция). При этом пациенты при физикальном исследовании отличались друг от друга, прежде всего строением тела и поведением. Это заставило обратиться к учебным пособиям, чтобы лучше узнать о данном заболевании и научиться на ранних стадиях выявить патологию.

Вместе с врачами отделения происходило изучение данных лабораторных, биохимических, инструментальных и других методов исследования каждого конкретного больного. Все это помогло нам в дальнейшем при изучении медицинских дисциплин, таких, например, как биохимия, нормальная физиология, гистология, анатомия и др.

Поэтому после летней сессии у нас не было сомнения в том, что дальнейшая практика должна быть только в том же отделении для закрепления и совершенствования теоретических знаний и приобретенных практических навыков.

Таким образом, первая практика в жизни студента медика играет незаменимую роль в подготовке будущих специалистов в области здравоохранения и помогает на ранних стадиях вызвать интерес к выбору будущей специальности.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА КОСТЕЙ ГОЛЕНИ В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГАУЗ «НЦРМБ»

Гайсина Д.М., Ильязова А.И., Халилов И.Р.

Научный руководитель – к.м.н., врач-хирург высшей квалификационной категории, ассистент А.Ю. Михайлов

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

Актуальность: травматология – наука, в подразделы которой входит не только изучение травм, но и их диагностика и методы лечения. Переломы костей голени, по различным данным, составляют от 13 до 21,4 % от всех травм костно-мышечной системы. Для лечения используются практически все известные виды остеосинтеза.

Цель: провести анализ методов остеосинтеза костей голени во время прохождения производственной практики в травматологическом отделении ГАУЗ «НЦРМБ» за 2021 год и определить актуальность их развития.

Задачи: рассмотреть клинические случаи использования методов остеосинтеза костей голени; выявить эффективность методов остеосинтеза при переломах костей голени; наметить перспективы оптимизации метода в клинической практике.

Материалы и методы: анализ историй болезни 23-х больных по данным травматологического отделения ГАУЗ «НЦРМБ» за 2021 год, клинический опыт хирургов-травматологов, опрос пациентов в ранний послеоперационный период.

Результаты и обсуждение: анализ полученных данных показал, что 56,5% среди больных составили мужчины, 43,5% - женщины. Возрастная структура: пациенты в возрасте от 15 до 29 лет - 39,1%, 30- 44 года - 21,7%, 45-59 лет - 26,1%, пациенты старше 60 лет- 13,1%.

Пациенты с закрытым переломом костей голени составили 60,9%, с открытым – 39,1%. При лечении были использованы интрамедуллярный метод остеосинтеза с использованием гвоздей, штифтов и фиксаторов, который составил 43,5%, компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратом чрезкостной фиксации Г.А. Илизарова – 39,1%, экстрамедуллярный остеосинтез с установкой пластин – 17,4%. Преимуществами данных методов стало то, что сохранилось кровоснабжение кости и мягких тканей, была обеспечена надежная фиксация с минимальным повреждением мягких тканей.

Исходя из анализа историй болезни, были выявлены наиболее частые осложнения, такие как: поломка фиксатора, инфекционно-воспалительные процессы, вплоть до остеомиелита, тромбообразование, некроз краев раны, вследствие повреждения их металлоконструкцией, контрактура сустава. Сами пациенты отмечали комфорт от ранней активизации и отсутствие необходимости длительной гипсовой иммобилизации. Койко- день в среднем составил 21 день. Послеоперационный период пациентов включает ЛФК, физиопроцедуры, массаж, полноценное питание.

На данный момент развиваются перспективные методы фиксации, которые приведут к минимальной дополнительной травматизации мягких тканей и фрагментов переломов, а также к снижению частоты осложнений, такие как:

малоинвазивный остеосинтез, использование биоматериалов и химических полимеров.

Заключение: в травматологическом отделении ГАУЗ «НЦРМБ» сохраняется индивидуальный подход к методу остеосинтеза в зависимости от вида перелома, осложнений и возраста пациентов. Использование инновационных методов фиксации переломов позволит снизить риск осложнений и травматизации тканей. Поэтому следует признать их дальнейшую разработку перспективной.

КРАЕВАЯ РЕЗЕКЦИЯ НОГТЕВОЙ ПЛАСТИНЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ УГЛЕКИСЛОТНОГО ЛАЗЕРА

Колодкина С.А.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Тихомирова Г.И.

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

Врастание ногтевой пластины в мягкие ткани – является одной из наиболее распространенных ногтевых проблем. В настоящее время, одним из самых эффективных и безопасных методов лечения вросшего ногтя является лазерная краевая резекция вросшего ногтя с коагуляцией матрикса.

Цель: показать эффективность применения высокоинтенсивного излучения углекислотного лазера в лечении вросшего ногтя

Задачи: проанализировать случаи врастания ногтевой пластины первого пальца стопы, осложненные гнойным воспалением, путем использования углекислотного лазера по данным Республиканского кожно-венерологического диспансера; оценить повторную абляцию ногтевой пластины.

Материалы и методы: Лазерная коррекция с применением углекислотного лазера у 32 пациентов с вросшим ногтем первого пальца стопы, осложненного гнойным воспалением вследствие присоединившейся инфекции и образованием гипергрануляций. Оперативные вмешательства производились под местной инфильтрационной анестезией с применением Ультракаина. Краевая резекция ногтевой пластины с иссечением околоногтевого валика, вапоризация клеток ростковой зоны ногтя производились углекислотным лазером мощностью

излучения 2,5-3,5 Вт. После лазерной деструкции лазерный «кратер» тампонировался марлевой салфеткой с мазью «Левомеколь».

Результаты и обсуждение: в ходе исследования данная терапия была применена у 32 пациентов, среди них было 13 мужчин (40,6%) и 19 женщин (59,4%). Средний возраст пациентов составил до 20 лет, как у мужчин, так и у женщин. Среди мужчин 4 пациентам и среди женщин - 6 пациентам, по показаниям было назначено только местное лечение в виде гентамициновой мази, хирургическое лечение не понадобилось. А 9 и 13 пациентам – соответственно было показано лечение углекислотным лазером. Заживление ран у пациентов происходило в среднем за 10 дней. Краевая резекция отличается бескровностью, точностью и высокой эффективностью. Наше наблюдение показало, что после применения лазерной краевой резекции вросшего ногтя с коагуляцией матрикса, повторная абляция производилась лишь в 2 случаях (6,25%).

Вывод: Использование высокоинтенсивного излучения углекислотного лазера позволило производить оперативное вмешательство бесконтактным способом, без последующего наложения швов на послеоперационную рану, отсутствием термического ожога и образования рубцов. Данный метод терапии является наиболее эффективным и безопасным в лечении вросшего ногтя с минимизацией образования рецидивов.

ОСОБЕННОСТИ ВОЛОНТЕРСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В УСЛОВИЯХ COVID-19.

Д.А. Медведева, А. М. Наволокина, Е. И. Смирнова.

Научный руководитель- к.м.н., доцент, заведующий кафедрой
пропедевтической стоматологии А.В. Кочубейник.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация.

Введение: волонтерская деятельность, осуществляемая студентами медицинских университетов, вносит большой вклад в оказание помощи в

условиях COVID-19. Студенты медицинских университетов оказывали помощь в различных отделениях поликлиник, колл-центрах, станциях скорой помощи.

Цель работы. Демонстрация вклада студентов медицинских университетов в оказании помощи в условиях COVID-19 в разных отделениях и организациях.

Материалы и методы. Проведён анализ вклада волонтерской деятельности студентов медицинских университетов в условиях COVID-19 в колл-центре, на станции скорой помощи и в приемном отделении поликлиники.

Результат:

Волонтерская деятельность, осуществляемая на станции скорой помощи представляла собой медицинскую эвакуацию пациентов ковидного госпиталя на рентгенологическое исследование. Проводили сбор ПЦР анализов на COVID-19 с доставкой в лабораторию ГБУЗ НО «Борская ЦРБ» для дальнейшего исследования и получения результатов. Волонтеры проводили экспресс-диагностику с помощью экспресс тестов COVID-19, заполняли медицинскую документацию по системе «112», проводили обработку автомобилей по нормам СанПиНа после перевозки больных с COVID-19.

При осуществлении волонтерской деятельности в колл-центре проводилось динамическое наблюдение за пациентами, находящимися на домашнем лечении по причине инфицирования новой коронавирусной инфекцией. Пациенты обзванивались операторами колл-центра и опрашивались по анкетам для оценки общего состояния. Так же колл-центр ПИМУ являлся центром для обработки входящих звонков от пациентов. Операторами осуществлялась передача информации о пациентах в поликлиники по территориальному прикреплению пациента. Проводились разъяснительные беседы с пациентами о мерах соблюдения режима изоляции и предотвращения распространения инфекции.

Вывод: занимаясь волонтерской деятельностью, студенты получают коммуникативные навыки, развивают общепрофессиональные компетенции, а также вносят большой вклад, помогая учреждениям здравоохранения.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМ ТАКОЦУБО

Абитова А.А.

Научный руководитель – к.м.н., асс. Нуруллина Г. И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность исследования. В последние годы все чаще появляются сообщения о кардиомиопатии Такоцубо (япон. takotsubo - горшок для ловли осьминогов) – подобную форму приобретает левый желудочек в систолу на эхокардиографии. Это объясняется отсутствием сокращения верхушки с одновременным избыточным сокращением базальных сегментов. Кардиомиопатия Такоцубо - форма острой, как правило, обратимой сердечной недостаточности, напоминающей ОКС, но возникающей при отсутствии обструкции коронарных артерий. Патогенетические механизмы синдрома связаны с избытком катехоламинов в крови, спазмом коронарных артерий и микрососудистой дисфункцией. Такоцубо обычно ставится пациентам, изначально поступающим с подозрением на инфаркт миокарда, однако в дальнейшем коронарография обнаруживает чистые коронарные артерии.

Цель исследования: изучить современные критерии диагностики пациентов с Кардиомиопатией Такоцубо (КТ) для своевременного выявления и оптимизации терапии.

Материалы и методы исследования. Изучение научной литературы, представленной на сайте Российского кардиологического общества, международные диагностические критерии (InterTAK, 2018).

Результаты исследования. Постановка диагноза осуществляется при соблюдении нижеизложенных критериев:

1. Транзиторные нарушения локальной сократимости стенок левого или правого желудочка, которые обычно не соответствуют бассейну кровоснабжения одной определенной коронарной артерии. 2. КТ, часто, но следует отметить, что не всегда, предшествует стрессовый провоцирующий механизм: эмоциональный и/или физический. 3. Феохромоцитома и неврологические заболевания могут оказывать триггерный эффект на развитие КТ, несмотря на то, что в клинике Мейо феохромоцитому исключали. 4. Появление новых обратимых ЭКГ-изменений, как элевация или депрессия сегмента ST, БЛНПГ, инверсия зубца Т и/или удлинение интервала QT во время острой фазы. 5. Атеросклеротические изменения коронарных артерий не исключают КТ. У пожилых пациентов можно наблюдать атеросклеротические поражения в коронарных артериях, но оно не определяет происхождение синдрома Такоцубо, так как этиология КТ не является ишемической. 6. В лабораторных исследованиях мы будем наблюдать значительное повышение уровня натрийуретических пептидов BNP и NT – proBNP, в отличие от тропонинов и креатининкиназы, которые во время острой фазы повышаются умеренно. 7. Отсутствуют признаки миокардита. Поэтому дифференциальный диагноз обязательно должен проводиться. Для исключения миокардита необходимо МРТ сердца. 8. Преимущественно болеют женщины в менопаузе.

Вывод. Кардиомиопатия Такоцубо - редкая патология в практике терапевта. Необходимо повышение осведомленности и настроенности среди врачей в отношении выявления данного состояния, проведения своевременной дифференциальной диагностики с ОКС и оптимизации терапии КТ. Таким образом, представляется важным дальнейшее изучение особенностей данной патологии, в т. ч. с рассмотрением возможности создания национального регистра этих пациентов.

МОЯ ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРАКТИКА

Калимуллина М.Ф.

Научный руководитель – асс. Миннуллина Э.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Моя первая медицинская практика состоялась в январе 2022 года. Это было травматологическое отделение №2 ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» г.Казани.

Мои "ожидания / реалии" не о том, как студент шёл на практику, полон надежд и представлений, а на деле всё оказалось совсем не так красочно. Нет, моя история будет о другом.

Идя в свой первый рабочий день в отделение травматологии, я трезво осознавала, что проведение влажных уборок - это, пожалуй, единственное, что можно доверить студенту первого курса. Без опыта, без каких-либо навыков в медицинской сфере я откровенно не надеялась на взаимодействие с больными. Но практика оставила после себя лучшие впечатления.

Самым частым поручением в моём отделении была транспортировка пациентов до диагностических и процедурных кабинетов на кресле-каталке или каталке. Каждый из них был со своей историей, своими переживаниями и болью. Каждый требовал внимания и заботы. Работая в больнице, я осознала, насколько для них важно услышать доброе слово, утешение, ощутить поддержку. И часто это было единственным, что я могла для них сделать.

Моя практика в больнице стала бесценным опытом, в какой-то степени уроком жизни. Наблюдая благодарные взгляды пациентов, слыша их добрые пожелания, понимаешь, что именно в данный момент ты исполняешь самое важное своё предназначение - помогаешь людям. Пусть самым крошечным образом, но ведь это только начало большого дела.

МОЯ ПЕРВАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНЕ: ОЖИДАНИЕ, РЕАЛИИ

Калимуллина Р.Ф.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Самороднова Е.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В январе 2022 года я проходила первую в своей жизни медицинскую практику в отделении хирургии №3 ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Казани.

Наверное, каждый, кто поступает в медицинский университет, мечтает как можно скорее надеть хирургический костюм и испытать себя в роли медицинского персонала. Я не являлась исключением.

Как только я узнала о том, что меня распределили в хирургическое отделение, стала ждать эту практику с ещё большим трепетом и волнением. И хотя ребята со старших курсов твердили, что ничего ответственнее генеральной уборки нам не поручат, воображение моё упрямо рисовало (*O fallacem hominum spem!* – О, обманчивая надежда человеческая!), как я, как правая рука хирурга, меняю повязки, обрабатываю раны, ставлю капельницы, делаю инъекции и тому подобное. На деле же я транспортировала пациентов на кресле-каталке или каталке на различные диагностические и лечебные процедуры, работала с медицинской документацией, измеряла давление и температуру, меняла постельное бельё, помогала младшему медицинскому персоналу при проведении влажных уборок в отделении и кормила лежачих пациентов.

Именно общение с пациентами оказало на меня очень сильное эмоциональное воздействие - никогда не забуду полный благодарности, добрый взгляд тяжелобольной одинокой бабушки...

Мои ожидания не совпали с реальностью, но я нисколько не жалею об этом. Ведь практика дала мне нечто большее, то, чего не найти в книгах и сериалах. Я получила свой первый реальный опыт работы в медицинском учреждении, освоила первые медицинские навыки, увидела и почувствовала, чем живут и дышат персонал и пациенты хирургического отделения. Первая практика вселила в меня уверенность в том, что я правильно выбрала свой профессиональный путь. Пусть я делаю пока только первые шаги, но главное - помогать людям!

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: БОЛЕЗНЬ РАНДЮ-ОСЛЕРА-ВЕБЕРА

Куклина А. Д.

Научный руководитель – к.м.н. Кудрина С. В.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»

Болезнь Рандю-Ослера-Вебера (семейная геморрагическая телеангиэктазия) – наследуемая по аутосомно-доминантному типу врождённая вазопатия, в основе которой лежит истончение сосудистой стенки с нарушением эластического слоя и отсутствием мышечного. Следствием является образование множества телеангиэктазий во всех органах и артериовенозных шунтов. Клиническими проявлениями болезни становятся рецидивирующие неуправляемые носовые (90%), маточные, желудочно-кишечные и другие кровотечения, а также симптомы артериальной гипертензии, портальной гипертензии, ТЭЛА, септической эмболии сосудов головного мозга. Частыми осложнениями болезни бывают постгеморрагическая анемия или острая кровопотеря с развитием шока. С возрастом заболевание неуклонно прогрессирует. Этиопатогенетического лечения нет, оно носит лишь симптоматический характер. Распространённость в России составляет 1:50000 человек.

Цель: изучить развитие болезни Рандю-Ослера на примере клинического случая.

Задачи: исследовать особенности клинической картины наследственной геморрагической телеангиэктазии, рассмотреть принципы её диагностики и лечения; определить влияние лечения на самочувствие больного.

Материалы и методы: изучение научной литературы; клиническое наблюдение за состоянием больного; ретроспективный анализ истории болезни пациента N, 66 лет, находившегося на стационарном лечении в терапевтическом отделении БУЗ УР «Игринская РБ МЗ УР» п. Игра с 28.06.2021 г. по 12.07.2021 г.

Полученные результаты: Пациент N, 66 лет, инвалид II группы, поступил в стационар экстренно с жалобами на выраженную общую слабость, тошноту, неоднократную рвоту и обильное длительное носовое кровотечение. Доставлен бригадой СМП, ранее пациент от госпитализации неоднократно отказывался. Последний раз лечился в поликлинике в 2010 году с диагнозом: Язва нижней трети пищевода. Анемия тяжёлой степени (Hb 52 г/л). Тогда на ФГДС были выявлены множественные телеангиэктазии в желудке. Учитывая, что у родных

сестёр пациента к тому времени был верифицирован диагноз: наследственная геморрагическая вазопатия Рандю-Ослера-Вебера, и после дообследования пациента у гематолога диагноз семейного заболевания был подтверждён. С 2011 года пациент за медицинской помощью не обращался. При поступлении состояние тяжёлое. Сознание спутанное. Кожные покровы выраженной бледности. Телеангиэктазии на лице, в носу, на шее, воротниковой зоне и голове. ЧДД 20, АД 90/50, ЧСС 98. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот мягкий, слабоболезненный в эпигастрии.

Общий анализ крови: эритроц. $1,47 \times 10^{12}$ г/л; Hb 15 г/л; гематокрит 6,7%; цв. пок. 0,30; MCV 46 fL; MCH 10,2 pg; MCHC 223 g/L; Le $2,8 \times 10^9$ г/л; лимф. $0,5 \times 10^9$ г/л; гранулоциты $1,7 \times 10^9$ г/л; тромбоциты 242×10^9 г/л; СОЭ 40 мм/г; анизоцитоз. Сывороточное железо 0,72 мкмоль/л (норма 13,0-30,0 мкмоль/л); КНТ 1,96% (норма 16-50%); ОХС 1,2 ммоль/л; общий билирубин 24,6 мкмоль/л; АЛТ 56 ед/л; АСТ 125 ед/л; общий белок 64 г/л; мочевины 7,4 ммоль/л; креатинин 0,132 ммоль/л; ПТИ 72%; фибриноген 2,1 г/л; МНО 1,39; СРБ 5,1. Скрытая кровь в кале 0. ФГДС: эрозивный гастрит, эрозивный рефлюкс-эзофагит. Признаков кровотечения нет. УЗИ: умеренные диффузные изменения печени. Рентгенография органов грудной клетки: венозный застой I степени.

Диагноз: Болезнь Рандю-Ослера-Вебера тяжёлое течение. Рецидивирующие обильные носовые кровотечения. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия тяжёлой степени. Проводилось лечение: переливание 4 порций эритроцитарной взвеси O (I) Rh (+) в общем объёме 1678 мл; Ликферр в/в кап; Этамзилат натрия в/в струйно, Омепразол, раствор Рингера. Исход госпитализации: улучшение общего самочувствия пациента. Жалобы на небольшую общую слабость. Носовые кровотечения не повторялись. В анализах крови динамика положительная: Hb 78 г/л, эритроц. $3,0 \times 10^9$ г/л. Выписан с рекомендациями на диспансерное наблюдение участкового терапевта, гематолога, ЛОР-врача.

Выводы: Болезнь Рандю-Ослера-Вебера морфологически обусловлена наличием множественных телеангиэктазий, носит наследственный характер. Лечение заболевания трудное, до конца не изученное, чаще поддерживающее,

симптоматическое. Главную роль в прогнозе играет правильный образ жизни, питание, грамотный приём лекарственных средств, длительное лечение осложнений (анемии), а также в целом достигнутая комплаентность между врачом и пациентом. Оказанная терапевтическая помощь больному в условиях Игринской районной больницы соответствовала необходимым требованиям лечения и возможностям медицинского учреждения, что позволило выписать пациента в удовлетворительном состоянии, без дополнительных осложнений.

МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ БОРЬБЫ С ТРЕВОЖНОСТЬЮ И СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ СТРЕССА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ПАТОЛОГИЙ.

Денисов А.Д., Юсаева А.М.

Руководители – доцент, к.м.н. кафедры внутренних болезней Андреева Елена Николаевна

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: использование мобильных устройств не только как способ коммуникации и проведения рабочих процессов, а также в качестве помощника снижения уровня стресса, эмоционального и физического перенапряжения, которые могут накопиться ввиду постоянной расфокусировки внимания.

Цель исследования: изучить причины появления стресса и определить роль различных мобильных приложений, направленных на устранение тревожности в жизни человека. Проанализировать эффективность данного метода снятия стресса на практике.

Методы исследования: изучить литературу, касаемо возникновения стресса. Выделить значимость и удобство приложений, способствующих избавиться от негативных раздражающих факторов при помощи опроса группы людей.

Результаты исследования: каждый день человек переживает воздействие негативных психоэмоциональных факторов, приводящих к возникновению стресса. В 2020 году тревожности подвергались 72% мужчин и 84% женщин: в возрасте до 21 года -61%, от 21 года до 40 лет - 61%. Постоянное пребывание в

подобном состоянии, которое наблюдается у 3-5% населения, может привести к развитию патологий, таких как: заболевания сердечно-сосудистой системы, ухудшение памяти, кожные заболевания, ожирение, бессонница, проблемы желудочно-кишечного тракта, аутоиммунные заболевания. Мобильные устройства предлагают широкий спектр приложений, которые направлены на разгрузку эмоционального и физического напряжения. Проведя социальный опрос, мы проанализировали ответы 90 людей, выяснилось, что 82% из них используют такие приложения, которые позволяют отвлечься от негативных раздражителей, приводящих к развитию стресса. Чаще всего опрошенные прибегают к социальным сетям 16, играм 22, музыке 21, подкастам 36 и медитации 44. Аудиосодержащие ресурсы и медитативные приложения наиболее часто используются людьми для корректировки психоэмоциональных реакций на события окружающей среды, а также являются наиболее эффективными по их мнению. Выяснилось, что 57,1% прошедших опрос используют данный метод более 4 раз в неделю. Подмечено, что большинство научились контролировать свои мысли, чувства и эмоции, повысилась стрессоустойчивость, а также снизилась частота заболеваний вторичного характера, благодаря улучшенному иммунитету.

Вывод: на основании проведенных исследований можно сделать вывод, что русскоязычные платформы для борьбы с тревожностью недостаточно сформированы на данный момент, ввиду того, что используют в основном медитации 71% и аудиосодержащие материалы 78%, а так же ряд неспецифических приложений. При этом выделяется ряд преимуществ – высокая доступность психиатрической помощи, низкая стоимость, удаленность пациентов от медучреждений. Несмотря на несовершенства данной области, мы наблюдаем высокую терапевтическую эффективность приложений – снижение уровня стресса на 20-30% в среднем, и соответственно уменьшение количества неинфекционных патологий у данных пользователей.

Список литературы:

1. Российский кардиологический журнал. 2021;26(1S):7.
2. Разработка и оценка онлайн-и мобильных приложений для

управления стрессом и здорового питания

Stressinhallintaan ja terveelliseen syömiseen tarkoitettujen verkko- ja mobiilisovellusten

suunnittelu ja arviointi. Kirsikka Kaipainen. Эспоо 2014. VTT Publications 55. 95 с. + приложение 98 с

3. Разработка веб-вмешательства по управлению стрессом для работников службы профессиональной поддержки. 2011. Журнал психического здоровья 20(2):185-97

МОЯ ПЕРВАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНЕ: ОЖИДАНИЕ, РЕАЛИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Чжай Тин., Сунь Чжаосюе.

Научный руководитель - к.м.н., ассистент Сафина М.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Производственная практика является первым шагом в сочетании медицинской теории и практики. Это важный метод обучения для закрепления теоретических знаний, развития независимого мышления и практических навыков работы. Определенный период клинической практики будет способствовать развитию у студентов-медиков духа новаторского мышления и духа научных исследований. В конечном итоге осознанное стремление превращает студентов в успешных врачей.

Цель производственной практики: является подготовка врачей общей практики, стоматологов, обладающих глубокими знаниями и навыками в области профилактики и лечения заболеваний твердых тканей зубов, тканей пародонта.

Задачи производственной практики:

- Знакомство с работой лечебно-профилактического учреждения работы (стоматологическая поликлиника);
- Овладеть методами диагностики основных заболеваний полости рта;
- Овладеть методами анестезии во время лечения, сопряженных с выраженным болевым синдромом;
- Овладеть методами профилактики основных стоматологических мероприятий;

- Знакомство с мерами дезинфекции и стерилизации медицинских учреждений;
- Улучшение теоретической подготовки студентов стоматологического факультета к производственной практике «Помощник врача-стоматолога терапевта»;
- Закрепить навыки студентов в стоматологической практике;
- Формирование клинического мышления у студентов;

Полученные знания:

1. Распознавать инструменты, материалы и их использование.
2. Понимать принципы ухода и профилактики других распространенных заболеваний.
3. Знакомство с методами обработки часто используемых медицинских инструментов и оборудования.
4. Получили навыки общения с пациентами и усовершенствовали собственное сознание.
5. Грамотное оформление амбулаторных медицинских карт.

Клинический опыт:

1. Для предотвращения растрескивания углов рта у пациента, при длительном открывании рта во время лечения, ему можно нанести различные мази на углы рта.

2. Образовавшиеся в челюстно-лицевой области свищи, большое количество воспалительных гранулематозных тканей может привести к кровотечениям.

3. Расширяющие иглы лучше всего протирать раствором 3% гипохлорит натрия каждый раз при расширении каналов, чтобы предотвратить контаминацию других корневых каналов.

4. Использовать шаровидный бор для раскрытия фронтальных зубов, а после овладения навыками можно использовать фиссурный бор.

5. Если у пациента возникают сильные боли при расширении, в корневой канал можно ввести небольшое количество артикаина или лидокаина.

Заключение:

На практике овладела мануальными навыками, поняла важность сочетания теории и практики, увидела клинические проявления, симптомы и признаки заболевания. Получила навыки общения с пациентами. Знакомство с правилами

и положениями больницы и основными должностными обязанностями врача. В моей будущей учебе я буду продолжать упорно трудиться, чтобы совместить теорию с практикой и как можно скорее стать отличным стоматологом.

Профессия стоматолога - это наука, которая требует серьезного понимания, изучения и глубоких исследований, непрерывного обучения и непрерывного дальнейшего изучения. Чтобы облегчить страдания миллионов пациентов с стоматологическими заболеваниями, принести пользу массам и сделать профессию стоматолога более продвинутой и международной в социальном развитии.

Список литературы:

1. Производственная практика «Помощник врача стоматолога-П 80 терапевта»: уч. пособие / Л.П. Герасимова, М.Ф. Кабирова, И.Р. Губайдуллин, Л.И.Кузнецова, под общ. ред. Л.П. Герасимовой. – Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2014. – 85 с.
2. Шелковникова С.Г. Корецкая И.В., Лотоненко А.П. Роль производственной практики в профессиональной подготовке студентов // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии / Сб. ст. по материалам XXXIX междунар. науч.-практ. конф. № 4 (39) Часть I. Новосибирск: «СибАК», 2014. - С. 156.

МОЯ ПЕРВАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНЕ: ВЛИЯНИЕ ПЕРВОГО ВПЕЧАТЛЕНИЯ, ОЖИДАНИЙ И РЕАЛЬНОСТИ НА ПЕРСПЕКТИВЫ В ПРОФЕССИИ

Шестопалова Д.Д.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Бадеева Т.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский Исследовательский Медицинский
Университет» Минздрава России

Первая производственная практика... Каково значение чего-то «первого» в жизни человека? Это та эмоция, то восприятие, то направление рассуждений и

мысли, которые будут долгое время ассоциироваться с конкретным местом, человеком или профессией. Первое впечатление зачастую задает тон работы.

Но только ли на первом впечатлении строится работа и взаимодействие? Может, реакция и эффект «первого впечатления» на человека зависит от самого человека? Давайте попробуем разобраться.

Начну с собственного примера. Моя первая практика – «помощник палатной и процедурной медицинской сестры». К началу практики наш курс был уже знаком с сестринским делом благодаря соответствующим предметам и учебной литературе, и я знала, какие медицинские манипуляции и процедуры нам разрешат делать самостоятельно, и какие практические умения и навыки я могу приобрести.

Лично для меня практика – основа. Благодаря «работе руками», я приобретаю навыки и эмоции, позволяющие мне моментально запомнить материал. Поэтому на первую практику я шла с твердым настроем, что в каком бы отделении мне ни выпало работать, я буду просить научить меня и разрешить участвовать во всех видах деятельности, для которых достаточно моих теоретических знаний и практической подготовки.

Первое впечатление начало складываться уже при входе в больницу – здание имело красивый вид на реку, а расположение и внутреннее устройство соответствовали гигиеническим требованиям. Персонал урологического отделения, в которое меня распределили, по большей части был склонен чему-то нас научить, по нашей просьбе, разумеется. Следующий месяц на практику я ходила с удовольствием.

Каковы для меня результаты первой практики в стационаре? Я просила научить меня всему, что возможно, приходила во вторую смену, оставалась ночью на дежурство: научилась делать инъекции (внутримышечные, подкожные, внутривенные вливания), разводить и набирать лекарства, ставить и промывать катетеры, была наблюдателем на нескольких эндоскопических операциях. Была ли эта практика полезной для меня? Да. Сложилось ли у меня положительное впечатление о практической медицине? Безусловно.

Студенты же другого факультета, проходящие практику в этом отделении, сразу обозначили свою позицию: ничего не хотят делать. Им давали простейшие задания, быстро покончив с которыми, они могли сразу идти домой. Для них эта практика была, очевидно, практически бесполезной. Они пришли без конкретного настроения и ожиданий, чтобы просто «отбыть практику».

И какой из всего этого следует вывод? Безусловно, первое впечатление важно, оно однозначно влияет на наше настроение. Но я считаю, что положительного первого впечатления не получится, если у человека неподходящий настрой. Поэтому я советую всем и самой себе поставить внутренний ориентир на извлечение максимальной для себя пользы вне зависимости от условий. Не место делает человека, а человек – место, все зависит от желания, а возможность найдется.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ НА БАЗЕ «1 РКБ МЗ УР» и «ГКБ №6 МЗ УР» ГОРОДА ИЖЕВСКА

Талипова Г.И., Хабибулина Г.Р., Санникова А.С.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Тихомирова Г.И.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Кафедра общей хирургии

Актуальность исследования: проблема выбора вида пластики при лечении паховых грыж остается открытой. По статистике грыжесечения составляют от 8 до 24% всех хирургических вмешательств и стоят на втором месте после аппендэктомии. Многообразие существующих способов герниопластики объясняется неудовлетворительными результатами лечения.¹ Количество послеоперационных осложнений при грыжесечении до сих пор достигают 4-8%.

Несмотря на многочисленные научные исследования и практический опыт лечения, до конца не решены многие клинические вопросы. Не решен вопрос о выборе оптимального способа оперативного вмешательства при косых и прямых грыжах.

¹Визгалов, С.А., Смотрин С.М. Паховые грыжи: Современные аспекты этиопатогенеза и лечения. / С.А. Визгалов, С.М. Смотрин. // - 2010. - 17 с.

Высокая частота рецидивов паховой грыжи держит эту патологию в центре внимания клиницистов. Внедрение новых методов хирургического лечения привело к значительному снижению частоты рецидивов паховой грыжи до (1-5%).²

Заболеваемость грыжами приходится, как правило, на средний и пожилой возраст, основная масса больных с грыжами – мужчины работоспособного. Вместе с тем, хирургические способы лечения паховых грыж на современном этапе чрезвычайно многочисленны, что говорит о неудовлетворенности хирургов результатами лечения этого заболевания.³

Цель: изучить методы хирургического лечения паховых грыж и выяснить наиболее часто используемый метод в «1 РКБ МЗ УР» и «ГКБ №6 МЗ УР».

Задачи: проанализировать истории болезней пациентов с паховыми грыжами во время летней учебной практики, изучить виды паховых грыж, методику оперативного лечения и течение послеоперационного периода пациентов, провести сравнительный анализ методов грыжесечения в двух учреждениях здравоохранения и определить наиболее используемую тактику хирургического лечения паховых грыж.

Материалы и методы: в исследовании проводился анализ 29 историй болезней пациентов в хирургическом отделении БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» и статистических данных в «ГКБ №6 МЗ УР» по оперативному лечению паховых грыж в 2021 году.

Гипотеза: герниопластика по Лихтенштейну является одним из наиболее часто используемых методов хирургического лечения паховых грыж, пациент испытывает меньший дискомфорт после операции, минимальна опасность рецидива, минимальны сроки выздоровления, поэтому данный метод чаще всего используется при лечении паховых грыж.

²URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-vypolneniyalaparoskopicheskikh-gernioplastik-pri-pahovyh-gryzhah/viewer> (Сыздыков С.К., Елемесов А.А., Давлетьяров Е.Б., Амирова Г.С. Опыт выполнения лапароскопических герниопластик при паховых грыжах. / С.К. Сыздыков, А.А. Елемесов, Е.Б. Давлетьяров, Г.С. Амирова.). – 2011. – 64 с. (дата обращения: 30.03.2022). [Электронный ресурс].

³Визгалов, С.А., Смотрин С.М. Паховые грыжи: Современные аспекты этиопатогенеза и лечения. / С.А. Визгалов, С.М. Смотрин. // - 2010. - 17 с.

Практическая значимость: на основании полученных данных в результате лечения больных паховыми грыжами определены наиболее эффективные способы герниопластики. Доказано, что герниопластика по Лихтенштейну используется наиболее часто, так как выполняется при любых размерах паховых грыж, вне зависимости от вида грыж. Также данный метод подходит для оперативного вмешательства пациентов разных возрастных групп.

Полученные результаты: оценка результатов герниопластики на базе «1 РКБ МЗ УР». У пациентов мужского пола данная патология встречается чаще, количество пациентов мужского пола составило 25 человек (86%), количество пациентов женского пола составило 4 человека (14%), что обуславливается разницей в строении мужского и женского организмов. У представителей мужского пола паховый канал изначально более короткий и широкий. У женщин он имеет щелевидную форму, длиннее и уже, чем у мужчин, лучше укреплен мышечным и сухожильным слоями. Кроме того, в большинстве случаев именно мужчины заняты тяжелым физическим трудом. Нагрузки являются одним из основных провокаторов образования паховой грыжи. Средний возраст для мужчин составил 53 года, для женщин 56 лет. Больные поступали как в плановом, так и в экстренном порядке. Плановых вмешательств (22 человека - 76%) в 3 раза больше, чем экстренных (7 человек - 14%). Наиболее часто оперируемой грыжей в хирургическом отделении 1 РКБ является вправимая паховая грыжа. Косые паховые грыжи были у 11 больных (38%): из них левосторонних - 4 (36%), правосторонних - 7 (64%); прямая грыжа - 1. Вправимые грыжи встречались в 21 случае (72%), невправимая - 1; ущемленных грыж - 7 (24%); пахово-мошоночных - 5 (17%). Для оперативного лечения паховых грыж применялись различные методики: аллогерниопластика по Лихтенштейну - 15 (52%); натяжная герниопластика по Постемскому - 6 (20%); натяжная пластика по Мейо - 1; герниопластика по Бассини - 1; лапароскопическая герниопластика TAPP - 6 (20%). Из полученных данных можно сделать вывод, что аллогерниопластика по Лихтенштейну является ведущим методом оперативного лечения паховых грыж в БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР». Послеоперационный период у всех прооперированных пациентов протекал

без осложнений. Продолжительность периода реабилитации зависит от используемого метода, размера грыжи, возраста и общего самочувствия пациента. Среднее количество дней, проведенных после операции на стационарном лечении, составило 7.

Оценка результатов герниопластики на базе «ГКБ №6 МЗ УР»: по статистическим данным в «ГКБ № 6» МЗ УР за 2021 год было проведено 3 оперативных вмешательства по лечению паховых грыж. Это связано с тем, что ГКБ осуществляла функции ковидного центра и большинство оперативных вмешательств проводилось в других медицинских учреждениях города Ижевска. Количество вправимых паховых грыж, оперируемых в плановом порядке - 2, ущемленных в экстренном порядке - 1. Во всех трех случаях способом пластики пахового канала при оперативном лечении паховых грыж был выбран метод пластики сетчатым трансплантатом по Лихтенштейну.

Выводы: современная герниология - это динамично развивающаяся высокоспециализированная область хирургии. Большая распространенность грыж и наличие ряда нерешенных вопросов продолжают стимулировать дальнейшие научные поиски. Несмотря на более, чем вековую историю развития учения о грыжах, в настоящее время появляются все новые данные, позволяющие глубже взглянуть на причины появления и механизмы развития грыж, разрабатываются новые способы лечения и профилактики осложнений.

При оперативном лечении паховых грыж используются различные методики, выбор которых зависит от вида, локализации, возраста, особенностей течения заболевания, исходя из проведенного анализа преобладающим методом грыжесечения является использование аллогерниопластики по Лихтенштейну, что доказывает простоту, безопасность и эффективность данной методики.

Выдвинутая гипотеза подтвердилась.

Список литературы:

1. Визгалов, С.А., Смотрин С.М. Паховые грыжи: Современные аспекты этиопатогенеза и лечения. / С.А. Визгалов, С.М. Смотрин. // – 2010. – 17 с.

2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/opyt-vypolneniyalaparoskopicheskikh-gernioplastik-pri-pahovyh-gryzhah/viewer> (Сыздыков С.К., Елемесов А.А., Давлетьяров Е.Б., Амирова Г.С. Опыт выполнения лапароскопических герниопластик при паховых грыжах. / С.К. Сыздыков, А.А. Елемесов, Е.Б. Давлетьяров, Г.С. Амирова.). – 2011. – 64 с. (дата обращения: 30.03.2022). [Электронный ресурс].
3. Визгалов, С.А., Смотрин С.М. Паховые грыжи: Современные аспекты этиопатогенеза и лечения. / С.А. Визгалов, С.М. Смотрин. // – 2010. – 17 с.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ»
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ**

**ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ДЕТЕЙ ВИТАМИНОМ D В ПРАКТИКЕ
ВРАЧЕЙ И ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ Г. КАЗАНИ.**

Набиева Р. Р., Морозова Е.И.

Научный руководитель - к.м.н., ассистент Тамбова Н,А.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Введение. Дефицит и недостаток витамина D в настоящее время рассматривается как мировая проблема. Обеспеченность организма витамином D критически важна для человека, поскольку у детей в период активного роста костей дефицит витамина D приводит к рахиту, а у взрослых - к потере прочности костей. Он предохраняет от некоторых видов рака, болезней сердца и сосудов, обеспечивает крепкий иммунитет, положительно влияет на эндокринную систему.

Цель. Оценить обеспеченность детей витамином D и осведомлённость родителей о достаточности кальциферола.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе детского стационара 18 городской больницы г. Казани, детской городской поликлиники №6, медицинской клиники «Эрда» методом анонимного анкетирования с согласия врачей и родителей. Использовались 3 анкеты: 1) для врачей (опрошено 32 врача). Из них 75% педиатры, по 2% онкологи, стоматологи, дерматологи, 19% терапевты; 2) для родителей, дети которых младше 3 лет (28 человек); 3) для родителей, чьи дети старше трёх лет до 6 лет (41 человек).

Результаты. 83,3% врачей назначают своим пациентам витамин D (в 58% случаев растворы на водной основе), а 70% - обследование на обеспеченность витамином D. 100% врачей считают эффективными препараты витамина D. Наиболее часто врачи назначают витамин D детям раннего возраста (75%); всем, для профилактики ОРВИ (58,3%); детям с частыми простудными заболеваниями (50%), детям с хроническими заболеваниями ЛОР органов и /или органов дыхания и детям с отклонениями в физическом и нервно-психическом развитии (41%). 91,7% врачей руководствуются при назначении витамина D клиническими рекомендациями, результатами клинических испытаний и 41% собственным опытом. 75% врачей считают рациональным в современных условиях применение витамина D и чаще рекомендуют его в форме капель. 66,7% врачей не отмечают в своей практике побочные эффекты после применения витамина D. 75% опрошенных сами применяют витамин D-Аквадетрим.

Во второй группе анкетирования 83,3% родителей не знали уровень витамина D своего ребёнка, а также было ли снижение обеспеченности витамином D. 100% родителей зарегистрировали снижение обеспеченности витамином D в 2 года (в лёгкой форме). 54,5% детей до 3 лет принимают витамин D в водной форме раствора. 41,7 % детей принимают витамин D 1 месяц, в течение 2 и 6 месяцев принимают в 16,7% случаев. 83,3% нуждаются в информации об обеспеченности витамином D и его применении. 91,7% опрошиваемых не отмечают побочных эффектов от приёма витамина D, а в 8,3% отмечают (в 78% случаев аллергические реакции). 25% родителей детей до 3 лет

сами принимают Аквадетрим, 16% не применяют витамин D. 66,7% родителей получают информацию о применении витаминов от медработников и из СМИ. Во третьей группе анкетирования 88,2% родителей не знали уровень витамина D своего ребёнка, 88,9% не знали было ли снижение обеспеченности витамином D. 53,8% детей старше 3 лет принимают витамин D в масляной форме раствора. 52,9% детей принимают витамин D 1 месяц, 17,6% - 6 месяцев, 11,8% - не принимают. У детей в 94,1% случаев не было побочных реакций от приёма витамина D. 11,8% детей состоят на диспансерном учёте (иммунная тромбоцитопения, положительная реакция Манту). 47% родителей сами применяют Аквадетрим, 29,4%- не применяют витамин D. 58% родителей получают информацию о витаминах от медработников, 47,1%-из СМИ.

Выводы. Врачи лишь в 70% назначают обследование на обеспеченность витамином D, в связи с чем получена низкая осведомленность родителей об уровне этого витамина их детей до 3 и старше 3 лет (не знают 83,3% и 88,2% родителей соответственно). Повышение информированности родителей о важности поддержания уровня витамина D является одной из главных задач медицинского персонала, требует создания специальных памяток, освещения на приемах. Только специалист может учесть показания, возможные ограничения к приему препарата, выяснит индивидуальные особенности организма пациента.

ОТНОШЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТЕЙ

Бодак Д.М., Нигматуллина А.М., Орлова Д.В.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кулакова Г.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Ежегодно в мире около девяти миллионов людей умирают от инфекционных заболеваний, причем три миллиона – от инфекций, против которых имеются эффективные вакцины [1]. Благодаря вакцинации побеждены смертельно опасные заболевания оспа, сибирская язва, холера и др. [2]. Вышли из разряда эпидемических заболеваний полиомиелит, дифтерия, коклюш, корь,

паротит, краснуха [3]. На сегодняшний день вакцинация – это единственный надежный способ избежать инфекционных заболеваний и вызываемых ими осложнений. В XX веке выдающимися учеными разработаны современные безопасные вакцины, являющиеся одним из самых эффективных методов профилактики управляемых инфекций. Основная ответственность за сохранение здоровья и жизни детей лежит на родителях, поскольку именно от их согласия на вакцинацию ребенка зависит профилактика опасных инфекций. В связи с чем важно изучить отношение современных родителей к вакцинации.

Цель. Изучить знания и отношение родителей к вакцинации детей

Методы исследования. На базе ГАУЗ «Детская городская поликлиника №6», «Детская городская поликлиника №9 г. Казань, было проведено анонимное анкетирование родителей по разработанной анкете, содержащей вопросы по вакцинации детей. Использовались методы интерпретационной статистики и программы Word, Excel.

Результаты. По разработанной анкете проведен анонимный опрос 50 родителей в возрасте 19-49 лет, преобладали женщины 80%. Высшее и среднее специальное образование имели 90% респондентов. Все опрошенные родители имеют сведения о профилактических прививках, однако 35% опрошенных не имеют представления о том, против каких заболеваний проводится вакцинация. Большинство респондентов (90%) знают, что они предназначены для детей, в то же время некоторые (6,7%) считают, что никому не нужны, а 3,3% отмечают, что они нужны лишь для отчета врачу. Считают, что обязательно нужно прививать детей 56,7% родителей, 33,3% сомневаются в необходимости вакцинации, а 10% категорично не хотят вакцинировать своих детей. Сомневающиеся и отрицательно относящиеся к прививкам отмечают в качестве причин: боязнь осложнений (53,8%), сомнения в качестве вакцин (7,7%), негативный опыт предыдущих вакцинаций (23,1%), а также утверждают, что привитые тоже болеют (15,4%).

Дети опрошенных родителей 66,7% полностью привиты по национальному календарю, 23,3% привиты избирательными вакцинами, а 10% детей респондентов не вакцинированы. По мнению 60% родителей_альтернативы

вакцинации нет, 35% считают, что существует эквивалентная альтернатива вакцинации (здоровый образ жизни, питание ребенка), 5% опрошенных затрудняются ответить о наличии альтернативы.

Наиболее полную информацию о прививке родители получают от участкового врача педиатра 50%, каждый пятый от знакомых, из интернета 13,3%, от средств массовой информации 16,7%

Выводы. Проблема вакцинации детей в настоящее время актуальна. У каждого второго родителя нет полной объективной информации о необходимости прививок. Активная специализированная санпросвет работа по вакцинопрофилактике будет гарантом профилактики управляемых инфекций у детей.

Список литературы:

1. Садулаев О.К., Анализ достижений и проблем вакцинации / О.К. Садулаев, Р.О. Каримов // Современные исследования. - 2018. - N 5. - С. 265-268.
2. Распространенность инфекционных болезней, значимых для санитарной охраны территории Российской Федерации, в Европейском регионе ВОЗ / А. В. Иванова, С. К. Удовиченко, А. Е. Шиянова, Л. Н. [и др.] // Проблемы особо опасных инфекций. - 2021.- N 4.- С. 16-26.
3. Саяпина Л. В. Современное состояние вакцинопрофилактики особо опасных инфекций / Л. В. Саяпина, В. П. Бондарев, Ю. В. Олефир // Биотехнология, иммунология. - 2016. - N 2.- С. 107-110.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, ИМЕВШИХ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ КОНТАКТ ПО COVID-19

Криволапова В.В., Малеева Е.Д.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Новопольцева Е.Г.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Введение. 11 марта 2020 г. Всемирная организация здравоохранения объявила о начале пандемии COVID-19. Студенты медицинских ВУЗов были направлены на помощь в лечебные учреждения, где столкнулись с проблемой лицом к лицу. В ходе практической подготовки обратил на себя внимание постоянный рост числа новорождённых, имевших перинатальный контакт (ПК) по COVID-19, что явилось основанием изучения роли COVID-19 в осложнениях перинатального периода и формировании ВПР у детей.

Исходя из вышесказанного, цель работы: дать клиническую характеристику новорожденным, имевшим ПК по COVID-19 и установить взаимосвязь тяжести состояния новорожденного и гестационного срока, на котором произошел ПК.

Материал и методы. На базе ГБУЗ НО «НОДКБ» и областного перинатального центра был проведен ретроспективный анализ историй болезни 304 новорожденных, находившихся на лечении с июня 2020 по март 2022 г.г. В ходе исследования были выделены 3 группы новорожденных в зависимости от срока ПК по COVID-19: 1 группа - дети от матерей, переболевших в I триместре – 57 детей (19%), 2 группа - дети от матерей, переболевших во II-м – 52 детей (17%) и 3 группа – дети с ПК в III-м триместре – 195 (64%). В процессе исследования были изучены тяжесть и характер основных состояний и заболеваний, развившихся у детей с ПК по COVID-19. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы MS Excel.

Результаты. В ходе исследования установлено, что почти каждый третий ребенок родился недоношенным (33,2%). С экстремально низкой массой тела родилось 1,6% детей, с низкой массой тела – 47,2% детей. У 18,1% детей был установлен синдром дыхательных расстройств, потребовавший проведения ИВЛ. Анемический синдром отмечался у 28,3% детей.

Врожденные пороки развития (ВПР) выявлены у 69 (22,7%) новорожденных: диагностированы ВПР почек у 28 детей, ВПР сердечно-

сосудистой системы у 23 детей, следует отметить, что дети 1-й группы составили половину случаев.

Симптомы перинатального поражения ЦНС (ППЦНС) были установлены у 98,7% детей, гипоксически-ишемического генеза – у 93% детей. У 46 новорожденных (15,3%) выявлено тяжелое течение ППЦНС. В клинической картине преобладали синдромы вегето-висцеральных нарушений (58,7%) и угнетения (57%). Синдром мышечной дистонии наблюдался у 29% новорождённых. Синдром повышенной нервно - рефлекторной возбудимости у 9,7%. Синдром пирамидной недостаточности у 8,3%. Судорожный синдром наблюдался у 4 новорожденных. У 3 детей выявлено наличие кист сосудистого сплетения.

Внутриутробная инфекция зарегистрирована у 133 (43,8%) детей. Инфекция мочевыводящих путей у 26 (8,6%) новорождённых. Врожденная пневмония была выявлена у 11 новорожденных (54,5% - правосторонняя).

Обращает на себя внимание, что кардит был диагностирован у 8 новорожденных (2,6%): у 2 детей из 1 группы и 6 детей из 3 группы. У 7-х новорожденных с рождения было выявлено нарушение ритма – ускоренный эктопический (предсердный) ритм, мономорфная редкая парасистолия с широким комплексом, экстрасистолия по типу тригемении.

Заключение. Таким образом, представленный материал свидетельствует о влиянии новой коронавирусной инфекции на плод. Независимо от срока ПК наиболее опасным осложнением являются преждевременные роды. При ПК в I триместре отмечается высокая частота ВПР. Наиболее частой патологией у новорожденных оказались кардиты и нарушение ритма сердца, ППЦНС гипоксически-ишемического генеза

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ЗА ПЕРИОД 5 ВОЛНЫ

Е.Д. Малеева, С.В. Андрианова.

Научный руководитель - д.м.н., доцент Новопольцева Е.Г.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Введение. В январе 2022 г. был зафиксирован резкий подъем заболеваемости COVID-19 в Нижегородской области (5-я волна), который был связан с быстрым распространением нового штамма «Омикрон» особенно среди детского населения. Практика на педиатрическом участке в данный период определила цель работы: изучить особенности клинической симптоматики у детей в период 5 волны заболеваемости коронавирусной инфекцией с лабораторно подтвержденным диагнозом COVID-19 на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. На базе 1-го педиатрического участка, прикрепленного к "ДГП № 39 Советского р-на Нижнего Новгорода", был проведен ретроспективный анализ 53 медицинских карт детей, переболевших новой коронавирусной инфекцией в период с 10 января по 28 февраля 2022 года. Диагноз был лабораторно подтвержден методом ИФА и ПЦР. Обработка данных проводилась с помощью MS Excel.

Результаты. В ходе исследования установлено, что 5,3% детей на участке переболели COVID-19 за период 5 волны (январь, февраль 2022 года). Из них 24 (45,3%) девочек и 29 (54,7%) мальчиков.

На основании клинической картины можно выделить 4 основные группы заболевших детей: 1-я группа – дети с клиникой острого фарингита – 23 (43,4%), 2-я – с клиникой острого ларингита – 15 (28,3%), 3-я – с синдромом гастроэнтерита – 7 (13,2%), 4-я – дети с однократным подъёмом температуры тела до фебрильных значений – 7 (13,2%). Из всех детей под наблюдением только у 1 (1,9%) были проявления всех трех основных синдромов (фарингита, ларингита и диспепсических расстройств), которые выявлялись поэтапно.

Первую группу в основном составили дети школьного возраста. У детей данной группы ведущим было развитие острого фарингита, а клиническая картина имела следующие особенности: сыпь у 3-х детей (13%), носовые кровотечения у 1-го (4,3%), патогномоничный симптом «ковидных пальцев» у 1 девочки 13 лет (4,3%).

Во 2-ю группу вошли дети младшего школьного и дошкольного возраста. У 2-х пациентов двух и четырёх лет острый ларингит, вызванный штаммом «Омикрон», сопровождалось развитием ложного крупа.

Третья группа детей характеризовалась течением инфекции с клинической картиной гастроэнтерита, отмечено, что большинство детей были школьного возраста и один ребёнок в возрасте 2-х лет. Обращает на себя внимание, что большинство детей (71,4%) из третьей группы - лица женского пола. Именно в данной группе у 1 девочки в возрасте 15 лет наблюдался симптом, характерный больше для взрослого населения – anosmia, сопровождаемая сильной головной болью.

Особенностью детей 4 группы было развитие лихорадки до фебрильных цифр с однократным подъемом. Данную группу составили дети раннего (5 – 71,4%) и младшего школьного возраста (2 – 28,6%). Анализ по гендерному признаку выявил преобладание лиц мужского пола (71,4%).

Заключение. Таким образом, предоставленный материал свидетельствует, что новый штамм «Омикрон» новой коронавирусной инфекции поражает детское население. Клиническая картина у детей разнообразна, и, может проявляться поражением верхних дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта. Обращает на себя внимание малосимптомное течение заболевания у детей раннего возраста с исключительно однократным подъёмом температуры тела до фебрильных значений. Течение ларингита может осложняться развитием ложного крупа. Клиническая картина у детей старшего школьного возраста характеризуется развитием фарингита, гастроэнтерита и экзантемами.

НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 У ДЕТЕЙ. ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

Кандалинцев Т. Ю.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Соловьева Н.А.,

к.м.н., доцент Кулакова Г.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. За период пандемии в РФ по оперативным данным зарегистрировано 17 823 648 случаев заболевших инфекцией COVID-19. Достигнут прогресс в диагностике и лечении острой фазы новой коронавирусной инфекции COVID-19. Актуальной проблемой является «постковидный синдром», с которым сталкиваются врачи первичного звена[1]. Число заболевших детей в разные периоды пандемии составляло от 8,4% до 15% от общего числа заболевших в РФ. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 у большинства детей протекает в легкой форме. Однако не известно, остаются ли они здоровыми после перенесенной инфекции COVID-19[2].

Цель исследования:

1. Изучить течение инфекции Covid -19 у детей, прикрепленных к ГАУЗ «ДГП № 9 г. Казани».
2. Определить проявления постковидного синдрома у детей.

Материалы и методы: Анализ историй развития пациентов, переболевших инфекцией Covid-19 за период 2020-2022 годы и анкетирование родителей с помощью программного обеспечения Google Forms (обработка результатов в Google Sheets). Анкета составлена с учетом Рекомендаций Междисциплинарного совета экспертов по проведению скрининга симптомов постковидного периода при углубленной диспансеризации[3].

Результаты. Проанализировано 105 историй болезни пациентов с подтвержденным COVID-19. Самую многочисленную группу составили дети подросткового (47%) и школьного (28%) возраста, дети в дошкольном возрасте и раннем болели реже, соответственно 20% и 5%. Диагноз установлен в день обращения у 79% , на второй день у 9% и более чем через 3 дня (в сомнительных случаях) у 12% больных. У 85% детей заболевание протекало легко с поражением верхних дыхательных путей, при этом лечение проводилось амбулаторно в течение 14 дней, согласно карантинным мероприятиям. Вирусная пневмония диагностирована у 15% детей, лечение в условиях стационара. Сопутствующая патология выявлена у 63% больных: атопический дерматит-13%, заболевания желудочно-кишечного тракта-14%, перинатальная патология центральной нервной системы-4%, железодефицитная анемия-11%, хронический

тонзиллит-6% детей. В течение следующих 6 месяцев у 8% переболевших Covid-19 зафиксированы повторные острые респираторные заболевания.

В анкетировании приняли участие родители 120 детей, переболевших Covid-19. В постковидном периоде, спустя 1 месяц после перенесенной инфекции, проявления астенического синдрома в виде общей слабости и сонливости наблюдались у каждого пятого ребенка. Когнитивные нарушения в 45%, гипотимия в 11%, бессонница в 6%, тревога в 5%, головная боль в 5% и миалгия в 25 % случаев. Тахикардия и неприятные ощущения за грудиной фиксировались у 18% пациентов. Снижение остроты зрения, боль и жжение в глазах наблюдались у 13%, а снижение слуха, боль и шум в ушах у 16% детей. Жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта: наличие рецидивирующей боли в животе в 18 %, тошнота в 11%, рвота в 13%, боль при дефекации в 14%, запоры в 21%, поносы в 12% случаев. Сыпь на коже наблюдалась у каждого третьего ребенка.

Заключение. Большинство детей исследуемой группы перенесли COVID-19 в легкой форме. В группу риска по коронавирусной инфекции следует включать пациентов с отягощенным преморбитным фоном. У детей после перенесенной инфекции COVID-19 отмечались повторные острые респираторные заболевания, а клинические проявления постковидного синдрома характеризовались разнообразием неврологических и психосоциальных, в том числе когнитивных, сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных симптомов. Необходимо привлечь внимание родителей и информировать их о возможных последствиях COVID-19 у детей с целью своевременного оказания профессиональной помощи. Дети, переболевшие инфекцией COVID-19, нуждаются в диспансерном наблюдении.

Список литературы:

1. Постковидное состояние у взрослых и детей / Баймухамбетова Д.В., Горина А.О., Румянцев М.А.[и др.] // Пульмонология. -2021.- Т.№5. – С. 562–570.
2. Первые результаты наблюдения за детьми, переболевшими COVID-19 в Москве / Русинова Д.С., Никонов Е.Л., Намазова-Баранова Л.С. [и др.] // Педиатрическая фармакология.- 202. –Т.17. №2. – С. 95–102.

3. Вопросник для первичной самооценки здоровья пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию: Рекомендации Междисциплинарного совета экспертов по проведению скрининга симптомов постковидного периода при углубленной диспансеризации / Чучалин А.Г., Аметов А.С., Арутюнов Г.П., Драпкина О.М., Мартынов М.Ю., Мишланов В.Ю., Мосолов С.Н., Потекаев Н.Н., Солдатов Д.Г. // Пульмонология. -2021.- Т. 31.№5.- С. 599–612

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ЕКАТЕРИНБУРГА ЗА 2021 ГОД

Саранцева Т.А., Саночкина П.В.

Научный руководитель – старший преподаватель Попова О.С.

ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России

Введение. Успешность обучения, работоспособность и адаптация детей и подростков к учебным нагрузкам в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ), школах и учреждениях среднего профессионального образования (УСПО) во многом зависят от состояний их здоровья. [1]

Актуальность. Изучение тенденции роста заболеваемости среди детей и подростков является актуальной проблемой и предметом первоочередной важности, так как фундамент их здоровья закладывается в ранние годы.

Цель исследования. Изучить структуру заболеваемости и сравнить наиболее значимые острые (ОЗ) и хронические заболевания (ХРЗ) детей и подростков среди ДОУ, школ и УСПО в 4 районах города Екатеринбурга.

Задачи исследования. Выявить и сравнить возрастные лидирующие показатели ОЗ и ХРЗ в ДОУ, школах, УСПО за 2021 год в 4 районах города Екатеринбурга.

Материал и методы исследования. В ходе прохождения учебной практики была собрана и проанализирована база данных в программе Tipolog Tori со структурой заболеваемости среди ДОУ, школ и УСПО за 2021 год по районам города Екатеринбурга: Орджоникидзевского района (ОР), Железнодорожного

района (ЖДР), Березовского городского округа (БГО) и Верхней Пышмы (ВП). Статистическая обработка данных проводилась с помощью ПО Excel 2016.

Результаты и их обсуждение

При анализе структуры ОЗ лидирующими являются: болезни органов дыхания (БОД) – 2076,7 на 1000 населения в БГО, инфекционные и паразитарные болезни (ИПБ) – 119,0 на 1000 населения в ЖДР, болезни органов пищеварения (БОП) – 61,8 на 1000 населения в ВП, а также болезни нервной системы (БНС) – 27,4 на 1000 населения в ЖДР (рис.1)

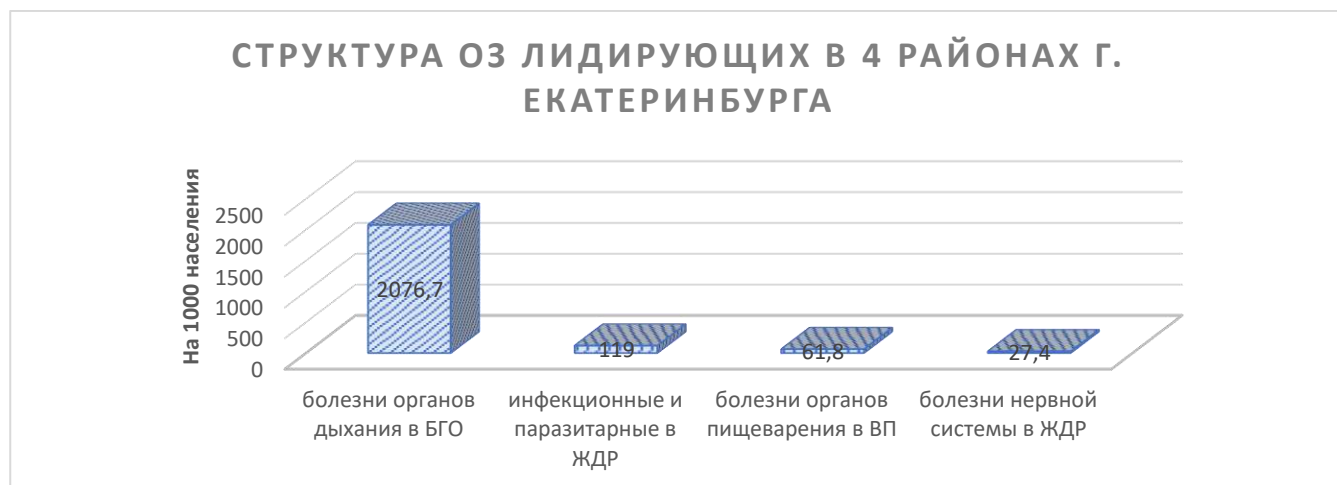


Рис.1. Структура лидирующих ОЗ в 4 районах г. Екатеринбурга

Среди ОЗ имеется тенденция к снижению в школах БОД, ИПБ, а также БОП по сравнению с ДООУ. В УСПО по сравнению со школой имеется тенденция к росту ИПБ в БГО и ВП, а также наблюдается значительная тенденция к росту БНС во всех районах по сравнению со школами и ДООУ.

При анализе структуры ХРЗ лидирующими являются: болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (БКМС и СТ) – 230,8 на 1000 населения в ОР, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (БЭС, РП и НОВ) – 138,3 на 1000 населения в ВП, БНС – 200,4 на 1000 в ЖДР, болезни глаза и его придаточного аппарата (БГ и ПА) – 298,7 на 1000 населения в ЖДР (рис.2)



Рис.2. Структура лидирующих ХРЗ в 4 районах г. Екатеринбурга

Среди ХРЗ учащихся школ наблюдаются высокие показатели БГ и ПА и БЭС, РП и НОВ и отмечается значительная тенденция к росту этих заболеваний по сравнению с ДООУ, также у учащихся школ отмечается тенденция к снижению БКМС и СТ в сравнении с ДООУ. В УСПО отмечается тенденция к росту ХРЗ БНС и БГ и ПА в сравнении с ДООУ и школами.

Заключение. Для выявления распространенности ОЗ и ХРЗ важно изучение гигиенических факторов, влияющих на детей на каждой из ступеней обучения. По результатам исследования во всех возрастных группах лидирующие позиции ОЗ занимали БОД, что связано с частым пребыванием и тесным общением детей в детских коллективах, но с возрастом отмечается тенденция к снижению. Среди ХРЗ лидирующие позиции занимают БНС, БГ и ПА с увеличением возраста ребенка, что связано с повышенным стрессом и высокой учебной нагрузкой в образовательных организациях, а также приобретением вредных привычек, которые негативно влияют на их здоровье.

Список литературы:

1. Гигиена детей и подростков: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. проф. В.Р. Кучмы. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 560 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОДИТЕЛЯМИ ГОМЕОПАТИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ

Даутова А.Р., Еникеева А.Р.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кулакова Г.А.,

к.м.н., доцент Соловьева Н.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Гомеопатия - способ лечения болезней, заключающийся в применении малых доз тех лекарств, которые в больших дозах вызывают у здорового человека признаки данной болезни. По данным ВОЗ, услугами комплементарной медицины, к которой относится гомеопатия, в одной только Европе пользуются более 100 млн человек. Популярность гомеопатии в развитых странах продолжает стремительно расти. Гомеопатия официально признана ВОЗ и включена в стратегию развития на 9 лет 2014-2023 г.г. В России к этому методу относятся настороженно, однако имеется официальное признание и юридическая база гомеопатии [1,2].

Цель - изучить отношение родителей к использованию гомеопатических препаратов в лечении детей.

Методы исследования. Анкетирование родителей по вопросам использования гомеопатических препаратов в формате «Google-форма», с использованием методов интерпретационной статистики и программы Word, Excel.

Результаты. В анонимном анкетировании приняли участие 196 родителей, в возрасте 18-25 лет -52,9% , 25-35 лет- 17,7%. Преобладали респонденты с высшим образованием 79,4%, имели среднее 20,6 %. О наличии гомеопатических препаратов известно 85,3 % родителям. Гомеопатические препараты воспринимают как разновидность лекарственных средств - 52,9% респондентов, считают эти средства травами - 5,9%, сомнительным продуктом 29,4%, затрудняются охарактеризовать - 11,8%. Две трети родителей не используют в лечении детей гомеопатические препараты, указывая причины: незнание о существовании такие препаратов 50%, недоверие гомеопатии 28,6%, отсутствие специалиста, который назначил бы этот метод лечения. Тем не менее, при наличии утверждения о неиспользовании гомеопатии в лечении детей, родители применяют в 60% случаев Анаферон, в 25 % - Оцилококцидум

и Гомеовокс в 20%, а Тонзиллин, Афлубин и Стодаль у каждого шестого ребенка. При прорезывании зубов каждому пятому малышу родители прибегают к использованию Вибуркола и Дантинорм Бэби. В случае отсутствия положительного эффекта от традиционной терапии, 43,8% респондентов готовы дополнить лечение гомеопатическими препаратами, а 18,8% полностью перейти на гомеопатический метод лечения.

Заключение. Таким образом, отмечается настороженное отношение родителей к использованию гомеопатических препаратов в лечении детей, но при этом достаточно широко их используют. При отсутствии желаемого эффекта от традиционных методов лечения две трети родителей планируют дополнить его гомеопатическими препаратами и даже использовать гомеопатический метод в качестве монотерапии.

Список литературы:

1. Приказ №335 МЗ РФ от 29.11.1995г.«Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении»
2. Долгова Е.М., Токаева Л.К., Паршина С.С. Правовое регулирование гомеопатического метода лечения. Современные аспекты. - «Психосоматические и интегративные исследования». - 2019. - №3. - С.301.

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА В УСЛОВИЯХ COVID-19 У ДЕТЕЙ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ В 2022 ГОДУ

Алемасцева К.К., Каирбаев А.А.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Нестеренко Е.В.

ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России

Молодые специалисты, приступившие к работе сразу после окончания медицинских ВУЗов, недовольны своим практическим уровнем подготовки. Выпускники сталкиваются с проблемой оформления первичной медицинской документации и владением самостоятельно назначать обследование и лечение пациентам. Целью нашего исследования стало изучение удовлетворенности

прохождения производственной практики «Помощник врача детской поликлиники» у студентов 5 курса, которая в 2022 году проходила на фоне резкого подъема заболеваемости COVID – инфекции у детей.

Производственная практика у студентов 5 курса педиатрического факультета в 2022 году проходила в течение 2-х недель (январь – март 2022 года). По окончании практики все проходили анонимное анкетирование о видах деятельности студентов, их личном мнении о практике и дальнейшей работе участковым педиатром.

В опросе приняли участие 119 студентов 5 курса, из которых 73% девушки и 27% юноши. Среди опрошенных 61% – не имеют медицинского образования и 39% – имеют среднее специальное образование.

Во время практики в эпоху COVID – 19 90,2% студентам удалось поучаствовать в приёме пациентов участковым педиатром.

Большинство студентов работали в поликлинике в call-центрах и инфекционных блоках. Во время практики студенты освоили навыки работы в системе ЕГИСЗ: оформление направлений (74%), запись к врачу (13%) и вызов педиатра на дом (8%). Однако 42% испытали трудности, что было связано с недостаточной теоретической подготовкой (56%), психологическими трудностями в общении с пациентами (30%) и повышенной занятостью старших коллег (14%).

Уже на данном этапе часть детских поликлиник г. Оренбурга была заинтересована в дальнейшем трудоустройстве 47% студентов 5 курса. Но только 10% студентов 5 курса готовы в будущем работать участковыми педиатрами. Большинство студентов (90% опрошенных) ссылаются на недостаток опыта и знаний.

Подавляющая часть (90%) пятикурсников оценила значимость практической подготовки на данной практике как положительно. Больше половины студентов (65,7%) указали, что сделали правильный выбор в дальнейшей работе с детьми, 18% разочаровались в профессии участкового педиатра и 0,3% засомневались в правильности выбранной профессии.

Одним из важных моментов анонимного анкетирования стало изучение вопроса, кем себя в будущем видят нынешние пятикурсники, и где планируют работать. Большинство студентов планируют поступить в ординатуру и работать специалистами узкого профиля (77%). Подавляющая часть анкетированных рассчитывают трудоустроиться в городах России (43%) либо в городе Оренбурге (34%).

В процессе практики пятикурсникам удалось помочь работникам детских поликлиник в борьбе с новой инфекцией COVID-19, а самое главное, студенты ответственно и самоотверженно старались быть опорой и помощниками в такой трудной ситуации. Надеемся, что в процессе дальнейшего обучения, увеличится процент желающих работать в первичном звене и планирующих осуществлять медицинскую деятельность в Оренбургской области.

ПОДХОД РОДИТЕЛЕЙ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРО ЗАБОЛЕВШИХ ДЕТЕЙ

Даутова А.Р., Еникеева А.Р.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Кулакова Г.А.,

к.м.н., доцент Соловьева Н.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Важной медицинской и социально-экономической проблемой являются острые респираторные инфекции (ОРИ). Наиболее высокий уровень заболеваемости отмечается у детей дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы [1]. Обоснованное и своевременно начатое лечение при ОРЗ обеспечивает полноценное выздоровление ребенка и предупреждает развитие тяжелых осложнений. В последнее время среди родителей появилась тенденция к осуществлению самолечения детей [2]. Каждый третий родитель, не обращаясь к врачу, берёт на себя ответственность и самостоятельно даёт детям лекарственные препараты [3]. Любое лекарственное средство обладает двойным действием: при правильном назначении и в нужных дозах оно полезно, в противном случае оно может оказаться вредным и даже опасным [4]. Эта опасность значительно возрастает при самолечении. С целью предупреждения неблагоприятных реакций при использовании лекарственных

препаратов, необходимо изучать причины, побуждающие родителей их самостоятельно использовать для лечения детей.

Цель исследования. Изучить в период клинической практики частоту и причины самостоятельного применения лекарственных средств в лечении остро заболевших детей в амбулаторных условиях.

Материал и методы исследования. В формате «Google-форма» анкетирование родителей по вопросам самолечения детей. Результаты изучены с помощью пакета программ Microsoft Excel.

Результаты. Проведен анализ 113 анкет, анонимно заполненных родителями, имеющих детей с 28 дней до 17 лет. Выяснилось, что занимаются самолечением 77% родителей, 95% из них - женщины в возрасте от 20 до 37 лет. Образование высшее, незаконченное высшее и среднее имели 98% опрошенных. Две трети респондентов без медицинского образования, остальные: фармацевты, врачи и медицинские сестры различных специальностей, педиатров среди них нет. Наиболее часто родители лечат самостоятельно детей школьного (65,5%) и дошкольного возраста (28,1%), реже детей до 3 лет (18,8%). Среди причин, побуждающих родителей использовать самостоятельно лекарственные средства в лечении своих детей: опора на собственные знания и опыт (60%), недостаток времени для посещения педиатра (20 %), недоверие врачу (20 %). При выборе средства для самостоятельного лечения родители полагаются на собственный опыт (60%), специальную литературу (13%), рекомендации родственников и друзей (14%), провизора (8%), сведения из интернета (5%). При самостоятельном лечении детей родители во всех возрастных группах используют препараты интерферона (72%), противовирусные (65%), жаропонижающие (40%), сосудосуживающие (14%), антигистаминные (14%) и противокашлевые препараты (13%). Обращает на себя внимание частое и бесконтрольное назначение антибиотиков, при этом 42% родителей используют с целью профилактики осложнений, 31% опрошенных – при затяжном течении заболевания, а 27% считают антибиотикотерапию самым эффективным способом лечения. Сосудосуживающие препараты чаще, чем в других возрастных группах, назначаются детям раннего возраста (49%), при этом

рекомендуемая длительность курса не соблюдаются, а 68% опрошенных применяют их до прекращения выделений из носа.

Однако 25% родителей были вынуждены обратиться к врачу после отсутствия эффекта от лечения.

Выводы. При лечении остро заболевших детей современные родители часто используют самостоятельный выбор лекарственных средств. Настораживает, что каждый пятый родитель не доверяет врачу. Бесконтрольный прием лекарственных препаратов может привести к тяжелым и необратимым последствиям.

Список литературы:

1. Организация медицинской помощи остро заболевшим детям в условиях детской поликлиники / Соловьева Н.А., Кулакова Г.А., Курмаева Е.А., Волгина С.Я. – Казань, 2018. - 223 с.
2. Реутская Л.А. Организация и экономика фармации /Л.А.Реутская, В.В.Кугач, Е.Н.Тарасова // Вестник фармации. - 2007. - №3 (33). - С. 1 - 9
3. Гафурова Ч.Р. Причины и факторы распространенности самолечения среди населения Республики Татарстан / Ч.Р. Гафурова // Материалы XVII Международной Бурденковской научной конференции 22-24 апреля 2021 года. - С. 291-293
4. Е.Б.Кубзмина. Самолечение - вред или польза? /Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150). - 2014. - Volume 4. Issue 5 .- С. 860

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ О ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ

Амерханова А.И., Бурдина Э.Д.

Научный руководитель- к.м.н., доцент Соловьева Н. А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Лихорадка - это неспецифическая защитно-приспособительная реакция, которая возникает в ответ на воздействие различных патогенных раздражителей и связана с иммунными, неврологическими, метаболическими, эндокринными изменениями в организме,

приводящие к повышению температуры тела вследствие перестройки процессов терморегуляции. Частыми причинами лихорадочного состояния у ребенка служат инфекционные процессы (вирусная, бактериальная, грибковая, смешанная). Повышение температуры тела неинфекционного характера может быть центрального, аутоимунного, аллергического, психогенного, рефлекторного, резорбтивного, лекарственного или другого генеза. При инфекционном генезе лихорадка способствует перестройке иммунной системы, направлена против возбудителя инфекции и подавление лихорадки снижает интенсивность иммунного ответа. Бесконтрольное применение жаропонижающих средств, особенно курсовое, создает иллюзию благополучия и обуславливает запоздалое назначение этиотропных средств [1,2, 3].

Лихорадка у детей является актуальной проблемой в практике врача-педиатра и основной причиной первичного обращения. В то же время при повышении температуры тела у ребенка родители очень часто самостоятельно решают применять жаропонижающие средства, снизить температуру и удерживать ее на нормальном уровне, что свидетельствует о недостаточной информированности родителей о причинах и значении лихорадки [3].

Цель.1. Изучить действия родителей при повышении температуры тела у детей. 2. Оценить информированность родителей о лихорадке

Материалы и методы. Анкетирование родителей детей с лихорадкой, анализ и статистическая обработка полученных материалов.

Результаты исследования. В ходе исследования было опрошено 98 родителей, имеющих детей в возрасте от 3 мес. до 15 лет. Все дети были с неотягощенным преморбидным фоном, получали лечение в амбулаторных условиях. В анкетировании участвовали мамы в возрасте от 19 до 34 лет. Из них 59% имеют среднее-специальное образование (медицинское образование (ССМО)– 30%), 16% неоконченное высшее (НВМО), 19% высшее (ВМО) и 6% среднее общее образование. Выявлено, что при повышении температуры у детей 76% родителей (49% из них имеют ССМО, НВМО и ВМО, не педиатрического профиля) принимают решение о лечении самостоятельно, на основании консультации у фармацевта при посещении аптеки 13% и лишь 11% обращаются

за помощью к педиатру. Жаропонижающую терапию 77% респондентов начинают при температуре 38,0°-38,5°, 23% при температуре ниже 38,0°(все из числа родителей, не имеющих МО). Большинство родителей (94%) отдают предпочтение медикаментозной терапии, обосновывая это тем, что «так быстрее достигается эффект». При выборе жаропонижающих средств предпочитают ибупрофен 54% опрошенных, парацетамол - 34%, анальгин - 12% (во всех случаях родители без МО). Физические методы лечения применяют в 6% случаев.

Заключение. Большинство родителей принимают решение о самостоятельном лечении лихорадящего ребенка, не обращаясь к врачу педиатру, и применяют жаропонижающие средства при температуре ниже рекомендуемой международными и национальными рекомендациями. Каждый десятый ребенок в исследуемой группе получает метамизол натрия, не рекомендованный к применению с жаропонижающей целью. А низкая обращаемость к педиатру лишает возможности своевременного выявления причин повышения температуры и адекватного лечения лихорадящего ребенка.

Таким образом, проведенное исследование выявило низкую информированность родителей о лихорадке, методах ее лечения, что обуславливает необходимость проведения санитарно-просветительской работы с населением по данным вопросам.

Список литературы

1. Клинические рекомендации. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ).- 2018.- 33 с.
2. Баранов А.А. Лихорадящий ребенок. Протоколы диагностики и лечения / под общ. ред. АД Баранова, В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе. 2-е изд. исправл. и дополн.— Москва: ПедиатрЪ, 2015. — 288 с.
3. Локшина Э.Э. Лихорадка у детей: обзор национальных и международных исследований и клинических рекомендаций / Э.Э. Локшина, О.В.Зайцева,

СОН У ДЕТЕЙ: СУЩЕСТВУЮТ ЛИ ПРОБЛЕМЫ?

Хасаншина А.И., Ахметзянов Т.И.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Кулакова Г.А.,

к.м.н., ассистент Хабибрахманова З.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Сон – универсальное явление имеет важнейшее значение для здоровья и развития ребенка. Проблемы со сном наблюдаются у детей в том или ином возрасте от 20-66% [1]. В последнее десятилетие проведено множество исследований, подтверждающих взаимосвязь между нарушением сна и качеством жизни ребенка, состоянием психического и физического здоровья в целом. Последствиями плохого сна может быть нарушение общего состояния ребенка с развитием поведенческих проблем, появлением трудностей с обучением, и возможным участием в дорожно-транспортных происшествиях. Качественный сон является профилактикой когнитивных способностей, памяти, эмоциональных и соматических расстройств [1,2]. Хроническое недосыпание у подростков ассоциируется с увеличением риска несчастных случаев и травм, депрессии и суицидальных мыслей [3]. С целью предотвращения нежелательных последствий нарушения сна, важно правильное формирование режима сна-бодрствования ребенка, при этом родителям отводится важная роль.

Цель: Изучить роль родителей в формировании сна у детей. Исследовать причины нарушения формирования режима сна-бодрствования

Материал и методы исследования: На базе ГАУЗ «Детская городская поликлиника №6» города Казань, а также в Google форме проведено анонимное анкетирование родителей по разработанной анкете, содержащей вопросы по формированию сна у детей. Использовались методы интерпретационной статистики и программы Word, Excel.

Результаты. Проанализированы 73 анкеты респондентов, имеющих детей в возрасте от 1 года до 18 лет. Выявлено, что родители стараются создавать благоприятные условия для сна ребенка, при этом 70% стараются максимально устранять шум в помещении, 45% опрошенных создают комфортный микроклимат в спальном комнате ребенка. Все родители организуют удобную для ребенка кровать, каждому пятому ребенку используют методы расслабления для спокойного сна -массаж и мышечная релаксация. При этом, каждый четвертый ребенок засыпает со светом, и почти половина (48%) детей смотрят телевизор или играют на компьютере. Прием пищи непосредственно перед ночным сном наблюдается у 52% детей. Продолжительность ночного сна у преобладающего большинства обследуемых в пределах возрастной нормы, но 22% детей спят меньше 8 часов. Режим сна 60% детей в возрасте от 3 до 17 лет соблюдают ежедневно, 21 % ребенок периодически режим сна не соблюдает, а у 19% регулярного режима сна - бодрствования нет вообще. Обращает на себя внимание, что в выходные дни наблюдается нарушение режима сна больше чем у половины детей (55%). Днем спят 55% дошкольников (преимущественно посещающие детские образовательные учреждения), 27% не спят, а 18 % детей спят иногда. Лишь только каждый пятый школьник имеет возможность спать днем, при том, как сонливость и желание спать у 90% детей, но в связи с посещением различных кружков и секций не имеют такой возможности.

Выводы. Родители стараются создавать условия для полноценного ночного сна детям, но при этом имеются дефекты в организации режима дня. Мало внимания уделяется дневному сну, в связи с чем, отсутствуют условия для качественного усвоения новой информации, полученной в первой половине дня и формирование условий для ее восприятия во второй половине. Отмечается отсутствие правильного ритма «сон-бодрствование» у значительного числа детей, что может быть причиной нарушения в эмоциональной сфере, снижении качества обучения и трудоспособности.

Список литературы:

1. Ночной сон у детей раннего возраста /Дубровская М.И., Рязанова О.В., Нетребенко О.К. и [др.] // РМЖ. Мать и дитя. -2021. - Т.4. N2. - С. 173-177

2. Нарушение сна у детей, современные взгляды на проблему/ Мохов К.О., Куляева Н.К.// Профилактика зависимостей. - 2020. - N 1. (21).- С.328-336.
3. Paruthi S., Brooks L.J., D’Ambrosio C. et al. Consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine on the recommended amount of sleep for healthy children: methodology and discussion. J Clin Sleep Med. 2016;12(11):1549–1561. DOI: 10.5664/jcsm.6288.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

ТРИХОБЕЗОАР ЖЕЛУДКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Николаева Е.А., Раимова А.Т.

Научный руководитель - д.м.н., профессор Волгина С.Я.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Введение. Трихобезоары – инородные тела, образующиеся при попадании в желудок волос или шерсти. Они, как правило, встречаются у девочек, имеющих патологическую склонность выдёргивать и глотать волосы с головы, бровей и ресниц – трихотилломанию. В желудке образуется «волосная опухоль», состоящая из переплетенных волос. Эпидемиологические исследования показали, что данной патологией страдают 1-5% населения планеты.

Цель. Описание клинического случая трихобезоара у ребенка 4 лет.

Материалы и методы. клиническое наблюдение и истории болезни ребенка, анализ медицинской литературы.

Результаты. Пациентка, 4 года, заболела остро, поступила с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, родился в срок, без патологии, рос и развивался в соответствии с возрастом. Девочка заболела около года назад, когда мать стала отмечать запоры и увеличение живота, лечение отсутствовало. Наследственность не отягощена. При осмотре состояние тяжелое за счет выраженного анемического синдрома и гепатоспленомегалии. Кожа и слизистые

бледные, микрополиадения. Со стороны сердца – систолический шум на верхушке и по левому краю грудины, перкуторно в пределах возрастной нормы. Органы дыхания без патологий. Живот визуально увеличен в объеме, выраженная венозная сеть на передней брюшной стенке. Печень пальпируется на 4 см ниже края реберной дуги, край печени плотноватый, умеренно болезненный. Селезёнка увеличена на 1,5-2 см. Со слов матери, запоры 1 раз в 3 дня, мочеиспускание редкое. При лабораторном обследовании в общем анализе крови выявлена тяжелая гипохромная анемия (Hb 5,1-6,1 г/л), выраженный сдвиг лейкоформулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, тромбоцитоз (636×10^3), ускорение СОЭ (37мм/ч). В биохимическом анализе крови наблюдается повышение СРБ до 6,94 мг/дл (0-5мг/дл), гипокальциемия 0,779 mMol/L (1,120 – 1,320 mMol/L). В анализе мочи - лейкоцитурия 100 Leu/L. Органы мочеполовой системы без патологий. На рентгенограмме органов брюшной полости – вздутие петель кишечника. В рамках дифференциальной диагностики были исключены следующие заболевания: сепсис, лейкоз, болезнь Гоше, болезнь Вильсона-Коновалова. На ФЭГДС обнаружен трихобезоар желудка, занимающий 2/3 полости. Был выставлен диагноз: Трихобезоар желудка. Анемия железодефицитная тяжелой степени. Хронический запор. Обсессивно-компульсивное расстройство в виде нарушения пищевого поведения (некрофагия). Последнее нарушение было выявлено после консультации психиатра. Выяснено, что у девочки появилась привычка проглатывать нити шерстяных изделий, после повторного замужества матери и появления отчима в семье. Проведена лапаротомия, гастротомия и удаление трихобезоара размером 14,4 x 4,0 x 4,0 см. Лечение было эффективным. Пациентка выписана из стационара домой.

Выводы. Данный клинический случай представляет интерес в связи с редкостью патологии и необходимостью определенной терапевтической настороженности у врачей детской поликлиники. Обнаружение и удаление трихобезоара у ребенка 4 лет является одним из наиболее ранних и редких случаев. Такие дети должны находиться на диспансерном наблюдении у психиатра. Данный случай поможет проинформировать большое количество врачей, что в дальнейшем обеспечит своевременную диагностику и начало

лечения у подобных пациентов. Правильно собранный социальный анамнез играет важную роль в диагностике данной патологии.

МАСТОЦИТОЗ. БУЛЛЕЗНАЯ ФОРМА: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК

Зарва Л.А.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Соловьева Н.А.,

д.м.н., профессор Волгина С.Я.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Мастоцитоз (М) — редкое заболевание, которое характеризуется чрезмерной пролиферацией и накоплением клональных (неопластических) тучных клеток в одном или нескольких органах [1]. Клинические проявления М варьируются от изолированного поражения кожи до системного поражения. Кожный мастоцитоз (КМ) может быть представлен в виде пятнисто-папулезных изменений или пигментной крапивницы (ПК), солитарной мастоцитомы кожи, диффузного КМ и телеангиэктатического типа М. ПК является самой частой кожной формой и проявляется в прогрессирующей стадии множественными полиморфными высыпаниями (пятна, папулы, буллезные элементы), появляющиеся приступообразно. На начальных этапах клиническая картина ПК представлена высыпаниями как стойкими, так и преходящими. В отдельных случаях кожная симптоматика дополняется системными проявлениями. Продолжительность жизни больных системным мастоцитозом короче, пик смертности приходится на первые 3–5 лет после диагностики заболевания [2].

Цель. Изучить диагностический поиск у больного кожным мастоцитозом, буллезной формой.

Метод и материалы исследования: анализ амбулаторной карты пациента с диагнозом Q82.2 Мастоцитоз. Буллезная форма.

Результаты. Ребенок родился от 3 беременности, 2 срочных родов. Оценка по Апгар 8/9 баллов, масса при рождении 4300 г, рост 58 см. Выписан с диагнозом: Крупновесный ребенок. Токсическая эритема. Наследственность не отягощена. Находился на грудном вскармливании до 3 месяцев, далее получал смесь

Нутрилон гипоаллергенный. Впервые в 3,5 месяца появились высыпания на коже волосистой части головы на фоне лечения острого бронхита антибиотиком (флемоксин). При введении в рацион питания гречневой каши в 4 месяца появились кожные высыпания на спине, гиперемия щек и сухость кожи голеней с зудом. Ребенок консультирован аллергологом, выставлен диагноз О. крапивница неуточненная. При переходе на смесь с высоким гидролизом белка коровьего молока, а в последующем и на аминокислотную смесь, на фоне приема антигистаминных препаратов улучшение не наблюдалось. В последующие месяцы фиксировались периодические уртикарные высыпания на туловище, конечностях и волосистой части головы. В 6 месяцев обследован в условиях аллергологического отделения, проведено исследование уровня специфического IgE. Исключена пищевая аллергия и выставлен диагноз «Острая генерализованная крапивница, среднетяжелое течение. Буллезный дерматит неясной этиологии?». Получил лечение: смесь Неокейт Джуниор, антигистаминные препараты, системные и топические глюкокортикостероиды. Выписан с улучшением кожного процесса. В возрасте 7 месяцев консультирован дерматовенерологом, выставлен диагноз «Холинергическая крапивница». В 1 год ребенок обследован в педиатрическом отделении ДРКБ, выявлен высокий уровень триптазы и выставлен диагноз «Мастоцитоз кожный? Буллезный эпидермолиз?». Для верификации диагноза больной направлен в отделение дерматологии НЦЗД г. Москва, где на основании массивного поражения кожных покровов, высокого уровня триптазы, снижения уровня IgG, специфическую форму черепа, гипоклеточного костного мозга диагностирован «Кожный мастоцитоз, буллезная форма, тяжелое течение» и даны рекомендации для проведения медико-социальной экспертизы.

Заключение. Проведенное комплексное обследование позволило диагностировать кожный мастоцитоз, буллезную форму. Для верификации данного диагноза необходимо выполнить биопсию кожи. С целью исключения системной формы мастоцитоза провести дальнейшее генетическое исследование на выявление мутации.

Список литературы:

1. Advances in the classification and treatment of mastocytosis: Current status and outlook toward the future / Valent P., Akin C., Hartmann K. [et al] // Cancer Res. – 2017.- V. 77. -№6.- P. 1261–1270.

2. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению мастоцитоза / А. Л. Меликян, И. Н. Суборцева, В. А. Шуваев [и др.] // Гематология и трансфузиология.- 2021. - Т. 66. - №2. - С. 280–311

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ «СИНДРОМ КОРНЕЛИИ ДЕ ЛАНГЕ»

Данилаева Н.М.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Соловьева, к.м.н., доцент Курмаева Е.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Синдром Корнелии де Ланге – генетическое мультисистемное заболевание. Клиническая картина характеризуется дисморфизмом лица (дугобразные брови с синофрисом, длинный фильтр, тонкие губы, переносица широкая и запавшая, ноздри вывернутые и др.), пре- и постнатальной задержкой роста, когнитивными нарушениями от легкой до тяжелой степени, желудочно-кишечными пороками развития, врожденными аномалиями сердца и дефектами конечностей [1]. В большинстве случаев наблюдается гипертонус, гиперрефлексия и судороги, выявляются нарушения функции органов зрения и слуха. Заболевание относится к орфанным, встречается с частотой от 1:30000 до 1:10000, соотношение мальчиков и девочек – 1:1. Специфического лечения не существует. Средняя продолжительность жизни — примерно 12–13 лет, согласно некоторым источникам, пациенты иногда доживали до пятого-шестого десятка лет [2].

Цель и задачи. Описание динамического наблюдения больного с синдромом Корнелии де Ланге.

Материалы и методы. Проведен анализ истории развития пациента с диагнозом «Синдром Корнелии де Ланге».

Результаты. Мальчик родился от 1 беременности и 1 родов, на сроке 36 недель массой 2470 г, длина – 46 см, окружность головы – 30 см. Оценка по шкале

Апгар 8/9 баллов. При беременности диагностирована пренатальная задержка роста. В послеродовом периоде был переведен на 2 этап выхаживания, выписан на 3 неделе жизни с диагнозом «Перинатальная патология головного мозга в форме спастического тетрапареза? Стигмы дизэмбриогенеза. Лучевая косорукость» на педиатрический участок. При общем осмотре педиатр выявил особенности фенотипа: короткая шея, низкая линия роста волос; брови густые, выгнутые, синофриз; большие глаза, длинные ресницы, слабый птоз верхних век; широкая запавшая переносица, ноздри несколько вывернуты; кожа бледная, имеет тенденцию к мраморности. В связи с выявлением повышения мышечного тонуса, вертикального разстояния глазных яблок, нистагма ребенок был направлен на консультацию к неврологу и генетику. При осмотре неврологом отмечено: мидриаз, вертикальное разстояние глазных яблок, нистагм; сглаженность носогубной складки; мышечный тонус диффузно повышен по пирамидному типу грубо, проприоцептивные рефлексы спастичны, опора на «цыпочки», патологические рефлексы с рук Россолимо-Вендеровича. На первичном осмотре генетик выявил множественные стигмы: скошенный лоб, вдавленное переносье, вздёрнутый нос с открытыми вперёд ноздрями, узкая кайма губ, низкопосаженные ушные раковины, короткая шея, лучевая косорукость, дерматоглифические нарушения; половые органы сформированы по мужскому типу, малые размеры пениса. При динамическом наблюдении выявлена задержка психомоторного и речевого развития, двухсторонняя сенсоневральная тугоухость, врожденный нистагм, симптоматическая эпилепсия, отставание в физическом развитии (показатели роста и веса ниже 3 перцентиля в графиках соответствия рост-возраст и вес-возраст). Проведено обследование: эхокардиография, ультразвуковое исследование гепатобилиарной и мочевыводящей систем (без патологии), электроэнцефалография (эпилептиформная активность), магнитно-резонансная томография головного мозга (признаки легкой перивентрикулярной лейкомаляции, расширения ретроцеребеллярного пространства и с. magna). По результатам кариотипирования выставлен диагноз «Синдром Корнелии де Ланге».

Закключение. Приведенный клинический случай подтверждает значимость проведения комплексного обследования детей с орфанной патологией. Своевременная диагностика, лечение и коррекционные мероприятия позволят уменьшить клинические проявления, улучшить качество жизни и социальную адаптацию пациентов.

Список литературы

1. Cornelia de Lange syndrome: from molecular diagnosis to therapeutic approach / Sarogni P, et al. / J Med Genet 2020.- № 57.- P. 289–295.
2. Синдром Корнелии де Ланге: клиника, диагностика, лечение (случай из практики) / О.А. Бугаенко, Т.А. Сиротченко, Г.Г. Бондаренко, М.М. Вельковская // Медицинский вестник Юга России. - 2018. - №9-2 . – С. 110-115.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОЛИЗА В СОЧЕТАНИИ С ПИГМЕНТНЫМ ГЕПАТОЗОМ.

Хазиева М.Ф., Кулакова Е.В.

Научные руководители – к.м.н., доцент Черезова И.Н., врач-гематолог
Хисамиева Ф.Ф.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Центр детской онкологии, гематологии, хирургии ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ»

Введение. Желтуха - чрезвычайно серьезная проблема в практике врача – педиатра. Является распространенным синдромом при заболеваниях печени (гепатозы, гепатиты), желчных путей (ЖКБ), а также заболеваний, сопровождающихся гемолизом эритроцитов. Редко встречается сочетание нескольких заболеваний, как причин, приводящих к желтушному синдрому.

Цель. Описание клинического случая из практики, связанного с одновременным наследованием двух генетически-обусловленных заболеваний.

Материалы и методы. Сбор анамнеза. Проведение физикального обследования. Анализ лабораторных и инструментальных данных из истории болезни. Изучение зарубежной и отечественной литературы.

Основная часть. Пациентка К.Е.В. 16 лет, 8 мес. Поступила 22.12.2021 г. в отделение гематологии ГАУЗ “ДРКБ” г. Казань с жалобами на болезненность в

правом подреберье, тяжесть в левом подреберье, желтушность кожных покровов.

Анамнез заболевания: со слов матери пациентки желтушность впервые появилась в 2009г. По данным проведенного УЗИ была выявлена деформация желчного пузыря. До 2019г. находилась на диспансерном учете с диагнозом: дискинезия желчевыводящих путей. Из лекарственных препаратов принимала аллохол, УДХК, положительного эффекта не отмечалось, желтушность сохранялась. В 2019 г. пациентка впервые была проконсультирована гематологом. При объективном осмотре: желтушность кожных покровов и спленомегалия. Изменения со стороны лабораторно- инструментальных данных: в ОАК: нормохромная, гиперрегенераторная (Rt 11%), микросфероцитарная анемия легкой степени тяжести (Hb 102 г/л), морфологически выявлены сфероциты (26 в п.з.), ускорение СОЭ до 17 мм/ч. Биохимический анализ крови представлен гипербилирубинемией (общий билирубин 241,2 мкмоль/л) за счет непрямой фракции (229,5 мкмоль/л), отмечается повышение активности ЛДГ (262 Ед/л). По данным УЗИ гепатолиенальной системы: спленомегалия 146 мм, конкременты в желчном пузыре. Данных по наследственному анамнезу нет, родители не обследованы. Гематологом был выставлен диагноз – гемолитическая анемия Минковского- Шоффара.

Объективно: состояние ребенка средней степени тяжести за счёт интоксикационного и болевого синдромов. Кожные покровы желтушного цвета. Склеры и слизистая ротовой полости иктеричны. Печень при пальпации выступает на 3 см из-под края реберной дуги, размеры по Курлову 9-8-7 см. Селезенка при пальпации + 4 см. При обследовании диагноз гемолитическая анемия Минковского- Шоффара был подтверждён (желтуха, сфероциты, камни в желчном пузыре, спленомегалия). Учитывая сохраняющуюся желтушность кожных покровов и высокую неконъюгированную гипербилирубинемию при анемии легкой степени тяжести, необходимо было исключить гепатозы, что обуславливало настоящую госпитализацию пациентки.

Была проведена молекулярно-генетическая диагностика: выявлена мутация – увеличение (ТА)-повторов в гене UGT1A1 в гомозиготном состоянии- 7/7, что соответствует наличию синдрома Жильбера у пациентки.

Выводы. Феномен данного клинического случая заключается в одновременном наличии у пациентки двух, не связанных между собой патогенетическими механизмами, заболеваний. Следует отметить, что оба заболевания имеют аутосомный тип наследования, характеризуются симптомами желтухи и неконъюгированной гипербилирубинемией. Это затрудняет своевременную постановку клинического диагноза, назначение целесообразной терапии, а также предупреждение возможных осложнений.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ОБЪЕМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ (ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ) ЧЕРЕПНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Давлетшина Г.И, Купцова Д.О.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Соловьева Н.А.,

к.м.н., доцент Кулакова Г.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Фиброзная дисплазия (ФД) относится к доброкачественным медуллярным, спорадическим фиброзно-костным поражениям, вовлекающим одну и более костей (моноосальная и полиосальная формы) [1]. Поражение костей свода черепа при фиброзной дисплазии является одной из самых частых поражений плоских костей, являясь актуальной проблемой, поскольку несвоевременная диагностика, а также лечение может привести к деформации костей свода черепа и лица. Распространенность фиброзной дисплазии предположительно 1/30000. ФД представляет собой 2,5% от всех костных заболеваний и 7% костных опухолей. Возраст на момент постановки диагноза, как правило, от 5 до 30 лет. Как правило, поражение кости развивается вскоре после полового созревания. Риск саркоматозной трансформации составляет от 0,5 до 4% в зависимости от класса [2].

Цель работы: изучение клинического случая объемного образования костей лицевого черепа.

Материал и методы: анализ истории болезни пациента 13 лет, которая обратилась с жалобами на периодические головные боли, головокружение, шум в ушах. В течение последних 2 лет мама отмечает появление локальной пигментации в области шеи, затем в течение года появилась пигментация на правой щеке и небольшая асимметрия лица, неполное смыкание век правого глаза. В последнее время наблюдаются сложности в усвоении школьного материала. При осмотре отмечается образование в височно-скуловой области справа, безболезненное при пальпации, правая глазная щель немного шире левой. На передне-боковой поверхности шеи и правой щеке небольшой участок пигментации цвета "кофе с молоком". Ребенок направляется на консультацию к неврологу. Рекомендовано магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга: На серии МР томограмм, взвешенных по времени продольной (T1) и поперечной релаксаций (T2) в трех проекциях, визуализированы суб- и супратенториальные структуры. В проекции основной пазухи, задних ячеек решетчатого лабиринта, правой верхнечелюстной пазухи, структур основной кости справа, с распространением на лобную кость справа, правую височную и правую теменную кость, с прорастанием в правую глазницу (с компрессией ее структур), в кавернозные синусы, больше справа (без снижения сифонов обеих внутренних сонных артерий) и окружающие мягкие ткани, определяется объемное образование гипоинтенсивное по T2, T1, trimc нечеткими контурами, размерами 91*61*55мм. Боковые желудочки мозга обычных размеров, асимметричны в области передних рогов (S>D). На серии МР ангиограмм выявлена асимметрия интракраниальных сегментов ВСА (D>S), участков с патологическим кровотоком не выявлено. Определяется асимметрия кровотока по поперечным, сигмовидным синусам и по внутренним яремным венам (S<D). Заключение: МР признаки объёмного процесса костей черепа справа с прорастанием в мягкие ткани.

Пациент направляется в отделение онкологии ДРКБ. Проведена рентгеновская компьютерная томография головного мозга: картина объемного образования костей черепа (височной, клиновидной, скуловой, лобной, стеной

Гайморовой пазухи, крыла клиновидной кости справа). Следует дифференцировать с фиброзной дисплазией и опухолями остеоидного ряда.

Остеосцинтиграфия выявила признаки очагового поражения костей черепа справа.

Заключение: Головная боль, головокружение, шум в ушах, снижение когнитивных функций в сочетании с пятнами цвета «кофейной гущи», локальной деформацией лицевой части черепа явились клиническими проявлениями объемного новообразования костей черепа, возможно фиброзной дисплазии. Необходима срочная верификации данного новообразования, результатами которой будет определена тактика скорейшего лечения.

Список литературы:

1. Christopher D.M. Fletcher, Julia A. Bridge, Pancras C.W. Hogendoorn, Fredrik Mertens. WHO Classification of Tumors of Soft Tissue and Bone. 4th Edition, 2013. - 352-3 p.
2. Кугушев А.Ю., Лопатин А.В. Современные подходы к диагностике и лечению фиброзной дисплазии черепнолицевой области / Детская хирургия. - 2017. - № 21(2). – С. 93-98.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ФИБРОМА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Миннегалиева Г.И., Кочеткова Т.И.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Соловьева Н. А.,

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Частота первичных новообразований сердца в детской популяции относительно редка и не превышает 0,33%, при этом фиброма сердца отмечается в 13-18%. Кардиальная фиброма является второй по частоте

встречаемости первичной опухолью сердца у детей после рабдомиомы. Несмотря на доброкачественную природу, в зависимости от локализации и степени распространенности опухолевого процесса она может приводить к тяжелым нарушениям гемодинамики за счет обструкции кровотока или провокации возникновения нарушений ритма сердца [1].

Цель: изучение клинического случая фибромы левого желудочка у ребенка 15.09.20 г.р., за период клинической практики.

Методы исследования: анализ истории болезни больного с фибромой левого желудочка.

Результаты. Ребенок родился от 1 беременности, 1 срочных оперативных родов на сроке 39 недель. При ультразвуковом исследовании плода в третьем триместре диагностирован врожденный порок сердца. На 32 неделе магнитно-резонансная томография (МРТ) плода выявило объемное образование миокарда левого желудочка (ЛЖ). На 3 день жизни ребенок переведен в отделение кардиохирургии. Эхо-КГ выявила в проекции задней стенки ЛЖ округлое гиперэхогенное образование диаметром 25 мм * 35 мм с гиперэхогенными участками, выпот в перикарде в области верхушки 5 мм, за ЛЖ 3 мм. ООО. ОАП в стадии закрытия. По данным МРТ сердца и магистральных сосудов в полости перикарда - умеренное скопление жидкости толщиной 5 мм; в полости ЛЖ объемное образование, крупных размеров, тесно спаянное с передней, боковой и нижней стенками ЛЖ, тесно прилегающее к переднемедиальной папиллярной мышце митрального клапана, максимальными размерами 29*23 мм, слабогиперинтенсивное по T2 FAT SAT преимущественно изоинтенсивное по T1 FAT SAT с облитерацией полости ЛЖ средних и апикальных сегментов. Результаты ЭКГ от 21.09.2020: Синусовый ритм. ЧСС 162 в минуту. Вертикальное положение ЭОС. БПНПГ. Патологический зубец Q в отведениях I, I, AVL, V3-V6 отведениях, зубец T в отведениях от конечностей, V3-V6 – изоэлектрический, элевация в V3-V4 до 0,5 мм. Умеренно снижена амплитуда комплекса QRST в отведениях от конечностей. Выставлен диагноз: Объемное образование ЛЖ, с умеренной обструкцией кровотока. Гидроперикардит, умеренно выраженный. ООО. ОАП в стадии закрытия. Рекомендовано

динамическое наблюдение. В возрасте 1,5 мес. на Эхо-КГ было отмечено увеличение размеров объемного образования ЛЖ (31 мм *23 мм), в возрасте 4 мес. - 45 мм * 28 мм, в возрасте 5 мес. – 52 мм *31мм. Кроме того, обнаружено два вторичных дефекта межпредсердной перегородки, увеличение объема свободной жидкости (на верхушке слоем 7,6 мм; за ПЖ 2,7 мм; за ЛЖ 2,1 мм). По данным МРТ с контрастированием, проведенного в возрасте 5 мес., прослеживалось увеличение размеров образования, а по результатам спиральной КТ сердца - увеличение объема выпота. Ребенок консультирован кардиохирургом, кардиологом. Было рекомендовано обследование и лечение в клинике Sante an de Deu (Барселона, Испания), в которой в возрасте 7 мес. проведено хирургическое вмешательство. В ходе операции выявлено образование, которое проникало в стенку ЛЖ; проведено рассечение опухоли и частичная резекция (60-70%). Гистологическое исследование подтвердило диагноз фибромы. Ребенок был выписан в удовлетворительном состоянии. При динамическом наблюдении нарушения гемодинамики отсутствовали, нарост фибромы не отмечался, что позволило стратифицировать ребенка в группу наблюдения.

Заключение. Представленный случай демонстрирует возможность успешной частичной резекции фибромы, исходящей из задней стенки ЛЖ. Однако, ввиду возможности рецидива опухоли данный пациент нуждается в дальнейшем наблюдении детского кардиолога и кардиохирурга.

Список литературы

1. Бокерия Л.А, Гущин Д.К, Зеленикин М.М, Юрпольская Л.А. Редкое наблюдение: фиброма межжелудочковой перегородки у ребенка 1 года 5 месяцев: [<https://cyberleninka.ru/>]. - Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева, г. Москва, Российская Федерация. 2019. URL:

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ: «ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫЙ ЮВЕНИЛЬНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ АРТРИТ»

Киселева Н.С.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Иванченко Е.Ю.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Введение. Ювенильный хронический артрит (ЮХА) – это прогрессирующее деструктивно-воспалительное заболевание суставов, развивающееся в возрасте до 16 лет, при котором также могут быть встречаться внесуставные проявления. Ранняя терапия с применением противовоспалительных и базисных препаратов, несомненно, улучшают прогноз при ЮХА, однако не у всех пациентов удается достичь стойкой ремиссии, что требует периодического пересмотра терапии.

Цель работы: изучить клинический случай фармакорезистентного варианта течения ЮХА, серонегативного, активность 1, ФК 2-1 с двусторонним увеитом у девочки 15 лет.

Материалы и методы. Обзор клинического случая проводился путем изучения медицинской документации пациента.

Результаты. Девочка родилась в 2006 году, роды срочные. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. В апреле 2010 году развился суставной синдром, по поводу которого была госпитализирована в стационар с диагнозом: «Реактивный артрит правого коленного сустава неуточненной этиологии». Проводилось лечение: НПВС, антибактериальная терапия, симптоматическое лечение. Суставной синдром купирован. В июле 2010 года обострение суставного синдрома. Был поставлен диагноз: «Ювенильный хронический артрит, активность 1 степени, ФК 0 -1», в лечении- Метотрексат 7,5 мг/нед в/м. В апреле 2012 года вновь поступила в стационар, наблюдалась деформация правого коленного, голеностопного суставов и проксимального межфалангового сустава

2 пальца левой кисти, ухудшение зрения, фотобоязнь. Поставлен диагноз «фиброзно-пластический увеит обоих глаз». Пациентке назначен в/м Методжект 10 мг/нед, фолиевая кислота, Сандиммун 100 мг/сут. В октябре 2013 Сандиммун отменен. Обострения суставного синдрома не отмечалось. С июля 2013 года наблюдается в НЦЗД. В связи с активным суставным синдромом, нарастающим нарушением функции суставов была назначена терапия Адалимумабом в дозе 40 мг п\к 1 раз в 2 недели в сочетании с Методжектом 10 мг в неделю. На фоне терапии купировался болевой синдром, увеличился объем движений в суставе. С июня 2017 года обострение суставного синдрома, повышение дозы Метотрексата до 20 мг/нед. В июне 2018 года госпитализирована в ревматологическое отделение. При поступлении выраженный отек, ограничение объема движений, боль в правом коленном и левом голеностопном суставах, скованность до 12 часов дня. В связи с неэффективностью Адалимумаба начата терапия блокатором ко-стимуляции Т лимфоцитов Абатацептом (Оренсия) в дозе 10 мг/кг в комбинации с Метотрексатом 20 мг/нед в/м. На этом фоне отмечена стабилизация суставного синдрома, ремиссия увеита. Проведено удаление катаракты правого глаза, постановка ИОЛ. В связи с данным вариантом ювенильного артрита, высокой активностью процесса девочка продолжает лечение Абатацептом.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует сложности достижения клинической ремиссии при ЮХА, важность постоянного контроля за пациентом и своевременного пересмотра проводимой терапии при ее неэффективности.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В САНИТАРНОЙ СЛУЖБЕ

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В УСЛОВИЯХ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 СТУДЕНТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО

Адамова В.Д.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Федулова А.Г.

ФГАОУ ВО СВФУ имени М.К. Аммосова

Введение. Постановлением правительства Российской Федерации коронавирусная инфекция внесена в Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих. В связи с этим были установлены основные противоэпидемические мероприятия по новой коронавирусной инфекции в 2021 году в Республике Саха (Якутия) и по городу Якутску. Учитывая неблагоприятную эпидемическую ситуацию по COVID-19, студенты отделения «Медико-профилактическое дело» Медицинского института СВФУ имени М.К. Аммосова были активно привлечены к проведению противоэпидемических мероприятий в очагах новой коронавирусной инфекции в период прохождения производственной практики в 2021 году.

Производственная практика была организована на базе ФБУЗ «Центр Гигиены и Эпидемиологии» в Республике Саха (Якутия). Кроме противоэпидемической работы студенты принимали активное участие в мероприятиях по проверке объектов группы риска по соблюдению санитарно-эпидемиологических требований. Всего проверено 563 объекта. Работа по освоению профессиональных компетенций осуществлялась под руководством эпидемиологов, санитарных врачей, куратора практики. В период эпидемического роста COVID-19 основной объем работы проводился в отделе эпиднадзора: обследование эпидочагов, работа с контактными лицами, забор биоматериала от больных, санитарно-разъяснительная работа в очагах.

Цель – проанализировать особенности производственной практики в условиях новой коронавирусной инфекции COVID-19 студентов по специальности «Медико-профилактическое дело».

Материалы и методы: программное обеспечение - Система надзора за эпидемиологической обстановкой (СНЭО), единая информационно-аналитическая система (ЕИАС), анализ популяционной заболеваемости (АПЗ).

Результаты и их обсуждение: в период эпидемического роста COVID-19 в 2021 году в Республике Саха (Якутия) было зарегистрировано 64 718 случаев

коронавирусной инфекции. В ходе аналитической работы с картами эпидемиологического обследования было выявлено: в эпидемиологических очагах больных COVID-19 – семейные источники составили 38,9% заболевших, по месту работы/учебы заразились 2,9% больных. Показатель заболеваемости преобладал среди прочих работающих – 34,2%, среди медработников – 1,9%. Работа в отделе эпиднадзора позволила студентам освоить необходимые профессиональные навыки: анализировать и интерпретировать данные эпидемиологического мониторинга; контролировать санитарные и противоэпидемические мероприятия; применять на практике особенности регистрации и учета инфекционных болезней.

Совместно с ФБУЗ «Центр Гигиены и Эпидемиологии» в Республике Саха (Якутия) студенты проводили осмотр эпидемического очага, отбор проб с объектов окружающей среды для лабораторного исследования; выявляли контактные лица, подлежащих наблюдению, оформляли заключения по результатам проведенного эпидемиологического обследования очага.

Заключение: при прохождении практики были усвоены такие компетенции как: выбор оптимальных методов и методик проведения исследований, испытаний и измерений, оценка достоверности полученных результатов с применением современных цифровых инструментов. Освоение алгоритма санитарно-гигиенической оценки безопасности современных технологий с использованием цифровых средств.

ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О МЕТОДАХ ПРОФИЛАКТИКИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Карзакова Е.К., Салогуб М.В.

Научный руководитель - ассистент Хусаинова Р.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) – одно из самых распространенных вирусных заболеваний, возбудителем которого является ДНК-содержащий вирус папилломы человека (ВПЧ), относящийся к подгруппе семейства Papoviridae. Установлено, что почти в 100% случаев рака шейки матки (РШМ) этиологическим фактором выступает ВПЧ. Ежегодно в Российской Федерации от рака шейки матки умирает более 6 тыс. женщин.

Цель исследования: изучение особенностей вируса папилломы человека, методов специфической и неспецифической профилактики, исследование уровня осведомленности населения о папилломавирусной инфекции и мерах ее профилактики.

Материалы и методы. Изучение и анализ научной литературы, анкетирование студентов медицинских университетов и студентов, обучающихся по другим направлениям, обобщение полученных данных.

Результаты. ПВИ - высококонтагиозное заболевание с множеством клинических проявлений. Все типы ВПЧ (более 100) делят на две группы: высокого (16,18,33) и низкого (2, 6, 11) онкогенного риска.

По данным ВОЗ, ежегодно отмечается около 6 млн случаев инфицирования ВПЧ. В РФ заболеваемость остается довольно высокой – 16,7 на 10 тыс. женщин, максимальная инфицированность ВПЧ отмечается в возрасте 15-30 лет. Среди женщин 30-59 лет РШМ занимает второе место по распространенности онкологических заболеваний (10,4%).

В РФ зарегистрированы две вакцины против ВПЧ: четырехвалентный Гардасил (против типов 6, 11, 16, 18) и двухвалентный Церварикс (против типов 16 и 18). Гардасил может предотвратить 71% случаев всех цервикальных раков. Проведение полного курса вакцинации вакцинами Гардасил и Церварикс приводит к образованию специфических антител у 98% и 95% вакцинируемых соответственно.

В проведенном нами анкетировании приняло участие 50 студентов медицинских специальностей и 50 студентов, обучающихся по другим направлениям. Большинство опрошенных (65%) отмечают клинические проявления ВПЧ у себя или своих родственников.

Большинство студентов-медиков (68%) осведомлены о том, что главная опасность ВПЧ – развитие онкологических заболеваний. Опрошенные отмечают важность соблюдения профилактических мер, однако не в полной мере владеют информацией о путях передачи инфекции. Большинство анкетированных знают, что разработана специфическая профилактика от ПВИ, однако лишь небольшая часть опрошенных (11%) прошли полный курс вакцинации. Из тех, кто вакцинацию еще не прошел, 72% готовы ее пройти, если бы она была бесплатной.

Выводы. Особо опасными типами ВПЧ являются 16 и 18, так как они инициируют большинство случаев рака шейки матки, вульвы, влагалища и аноректальной зоны. Заболеваемость ПВИ в РФ является довольно высокой. Основным направлением в борьбе с ПВИ является вакцинация. Проведенное нами анкетирование выявило низкий уровень знаний о ВПЧ, путях передачи инфекции и мерах профилактики, а также отсутствие приверженности к лечению и профилактике. Студенты медицинских университетов отмечают важность включения вакцинации от ВПЧ в национальный календарь профилактических прививок.

ОПАСНОСТЬ, НЕСУЩАЯ ЗА СОБОЙ ДИСТАНЦИОННАЯ ПРОДАЖА АЛКОГОЛЯ

Афлетонова Р.М.

Научный руководитель-к.м.н., доцент Назарова О.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В рамках производственной практики помощника врача-специалиста учреждения, осуществляющего деятельность в целях обеспечения государственного санэпиднадзора, и специалиста органа, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санэпидблагополучия проанализированы данные отравлений спиртосодержащей продукции социально-гигиенического мониторинга Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан» за 2016-2021г. и электронные обращения граждан по незаконной продаже алкоголя

дистанционным способом в Управление Роспотребнадзора по РТ, что повлияло на детальное исследование темы дистанционной продажи алкоголя.

На сегодняшний день дистанционная продажа товаров и услуг приобрела актуальность по причине эпидемиологической ситуацией в стране, связанной с распространением Covid-19.

Цель: проанализировать зависимость между дистанционной продажи алкоголя и ростом заболеваемости неинфекционного генеза.

Для реализации цели поставлены следующие задачи:

1. Изучить и проанализировать правовую базу в области дистанционной продажи алкоголя.

2. Проанализировать обращения граждан по поводу дистанционной продажи алкоголя.

3. Проанализировать статистику и отследить динамику отравлений алкогольной продукции за 2016 -2021 год.

Методы исследования: статистический, правосоциологический метод, метод толкования.

Результаты исследования: анализ отравлений спиртосодержащей продукции показал: в 1,5 раза увеличилось количество случаев за 2021 по сравнению 2020г: В 2021г. зарегистрировано 695 случаев (17,8 на 100 тыс. населения) острых отравлений алкоголем и спиртосодержащими жидкостями, а в 2020г. 465 случаев или 11,9 на 100 тыс. населения. Основная доля отравившихся – лица в возрасте 18 лет и старше 90% или 626 случаев (2020г. 89% или 414 случаев); на подростковое население (15-17 лет) приходится – 5,8% или 40 случаев (5,6% или 26 случаев), на детское население (0 – 14 лет) 4,2% или 29 случаев (5,4% или 25 случаев), мужское население 81,4% (80,2%).

Анализ социального положения пострадавших показал: 43% составили неработающие, 14,7% работающее население, 10,9% пенсионеры, 6,9% школьники, 3,9% учащиеся и 20,6% прочие. В структуре алкогольных отравлений преобладают отравления этанолом и составили 73%, 9,4% метанолом, 15% отравления спиртом неуточненным (в т.ч. 3,8% суррогатами алкоголя), 1,6% другими спиртами и 1% 2-пропанолом.

Выводы: Необходимо усилить меры по реализации законодательство РФ, в частности: Гражданский кодекс РФ, Закон РФ «О защите прав потребителей» от 07 февраля 1992 г. №2300-1, Правила продажи товаров дистанционным способом, утвержденными Постановлением Правительства РФ № 612 от 27 сентября 2007г и другими НПА в области дистанционной продажи алкоголя. Важно усилить контрольно-надзорные мероприятия в области дистанционной формы продажи алкоголя. В целях профилактической работы, направленной на предупреждение и пресечение нарушений при дистанционной продаже товаров, следует регулярно проводить санитарно-просветительскую работу с гражданами.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА Г. КАЗАНЬ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРСПЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОТБОРА ПРОБ

Васильев Е.С.; Шарифуллин Р.Л.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, заведующий кафедры гигиены, медицины труда Фатхутдинова Л.М.; старший преподаватель кафедры гигиены, медицины труда Тимербулатова Г.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Загрязнение атмосферного воздуха взвешенными частицами (PM – particulate matter) представляет серьезную мировую проблему [1]. Основными источниками PM являются двигатели внутреннего сгорания, сжигаемые твердые виды топлива, деятельность промышленных предприятий (строительство, добыча полезных ископаемых, производство цемента, керамики и кирпича, плавильное производство), а также эрозия дорожного покрытия; основным источником аммиака является сельское хозяйство. В общей фракции взвешенных частиц преобладает вторичный неорганический (аммиак, нитраты и сульфаты) и органический (углерод) аэрозоль[1]. Содержание взвешенных частиц в атмосферном воздухе является управляемым фактором риска, и снижение уровней загрязнения будет иметь существенное воздействие на показатели общественного здоровья[2].

Цель исследования: оценка качества атмосферного воздуха в г.Казань.

Задачи:

- Отбор проб атмосферного воздуха с помощью 8-ми ступенчатого импактора
- Оценка полученных проб атмосферного воздуха с применением метода сканирующей электронной микроскопии (СЭМ)

Материалы и методы исследования.

Для оценки качественного состава воздуха был проведен отбор проб атмосферного воздуха в 6-ти точках, отобранных для мониторинга. Отбор атмосферного воздуха проводился с помощью 8-ми ступенчатого импактора 100 NR (TSI, США) на фильтры из поливинилхлорида (PVC504700, Millipore, Германия). Последняя ступень фильтра с размером пор 0,18-0,32 мкм была исследована с помощью электронного микроскопа (Carl Zeiss Libra 120, Германия); для получения, обработки и анализа изображений использовалась компьютерная программа Carl Zeiss AxioVision. Всего было исследовано 6 проб.

Результаты.

Электронные изображения мелкодисперсных взвешенных веществ (фракция размером до 0,32 мкм) представлены на рисунке 1. Элементный состав этой фракции был представлен в основном углеродом (С) (от 86,16% до 93,45%) (таблица 1).

Таблица 1.

Элементный состав проб атмосферного воздуха, отобранных на фильтры из поливинилхлорида (фракция взвешенных веществ размером до 0,32 мкм). Метод сканирующей электронной микроскопии с энергодисперсионной спектроскопией.

Номер пробы	С, %	Si, %
1	93,43	0,60
2	90,36	0,80
3	88,83	0,00
4	88,01	0,70
5	93,25	0,00

6	86,16	0,00
---	-------	------

Список литературы

1. Воздействие взвешенных частиц на здоровье. Значение для разработки политики в странах Восточной Европы, Кавказа и Центральной Азии. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Availableat: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/189052/Health-effects-of-particulate-matter-final-Rus.pdf (дата обращения: 25.03.2022).

2. Фатхутдинова Л.М., Тафеева Е.А., Тимербулатова Г.А., Залялов Р.Р. Риски здоровью населения от загрязнения атмосферного воздуха мелкодисперсными взвешенными частицами. Казанский медицинский журнал. 2021; 102(6): 913-27.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА Г. КАЗАНЬ ПО ДАННЫМ СГМ

Шарифуллин Р.Л.; Васильев Е.С.

Научный руководитель: доцент кафедры гигиены, медицины труда, к.м.н

Залялов Р.Р.; старший преподаватель кафедры гигиены, медицины труда

Тимербулатова Г.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Во многих странах мира всё большее внимание уделяется принятию действенных мер по уменьшению загрязнения воздуха мелкодисперсными взвешенными частицами PM10 и PM2.5. Признано, что именно мелкие частицы, попадая в организм человека и проникая глубоко в дыхательный тракт, наносят существенный вред здоровью. В научных публикациях по оценке воздействия взвешенных веществ на здоровье человека показано увеличение смертности от болезней органов дыхания, сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний и рака лёгких, высокая частота коронарных нарушений, инсультов и диабета второго типа, увеличение частоты заболеваний верхних и нижних дыхательных путей [1].

Взвешенные частицы (PM — particulate matter) представляют собой широко распространенный загрязнитель атмосферного воздуха, включающий смесь твердых и жидких частиц, находящихся в воздухе во взвешенном состоянии.

К показателям, которые обычно используются для характеристики PM и имеют значение для здоровья, относятся массовая концентрация частиц диаметром менее 10 мкм (PM₁₀) и частиц диаметром менее 2,5 мкм (PM_{2,5}). В PM_{2,5}, которые часто называют мелкодисперсными взвешенными частицами, также входят ультрамелкодисперсные частицы диаметром менее 0,1 мкм [2].

Взвешенные вещества в атмосферном воздухе контролируются многими государствами с предоставлением информации для населения в режиме реального времени [3]. В РФ регулярные натурные измерения концентраций взвешенных веществ в атмосферном воздухе проводятся только в ряде городов, и данные, как правило, не систематизируются. В базу данных WAQ Index W.A.Q. вносятся данные лишь для некоторых российских городов – Москва, Саратов, Красноярск, Новокузнецк, Иркутск, Томск [3].

Цель исследования: Гигиеническая оценка качества атмосферного воздуха в г.Казань за 2016 по 2020 гг. по содержанию PM_{2,5} и PM₁₀ на основании данных социально-гигиенического мониторинга (СГМ).

Задачи:

- характеристика мониторинговых точек наблюдения за качеством атмосферного воздуха в г.Казань в рамках СГМ;
- отбор проб атмосферного воздуха в мониторинговых точках г. Казань;
- гигиеническая оценка уровня загрязнения атмосферного воздуха по содержанию PM_{2,5} и PM₁₀.

Материалы и методы исследования.

Начиная с 2016 г. в г. Казань систематически в течение года проводятся исследования по содержанию PM_{2,5} и PM₁₀ в атмосферном воздухе в 10 мониторинговых точках наблюдения за качеством атмосферного воздуха, расположенных в разных районах Казани.

Замеры атмосферного воздуха проводились с использованием анализатора пыли DustTrak (TSI Inc., США), измеряющего общую массовую концентрацию

(TSP) и массовую концентрацию отдельных фракций аэрозольных частиц (PM_{2,5} и PM₁₀). Исследования проводились по полной программе, 4 раза в сутки через равные промежутки времени [4].

Одновременно с замером проб воздуха фиксировались климатические параметры, такие как температура, скорость движения воздуха, атмосферное давление, относительная влажность, направление ветра, состояние погоды. На основании данных СГМ были выполнены ретроспективные исследования (2016 по 2020 гг.) загрязнения атмосферного воздуха г. Казань. Статистический анализ проводился при помощи программного обеспечения R (версия 4.0.5).

Результаты. Концентрации PM₁₀ оставались стабильными на протяжении 5-летнего периода, тогда как концентрации PM_{2,5} снизились. Для обеих фракций периодически регистрировались уровни, превышавшие нормативные значения, принятые в Российской Федерации [5]. Концентрации PM₁₀ и PM_{2,5} значимо зависели от климатических параметров. Измеренные концентрации обеих фракций PM₁₀ и PM_{2,5} были достоверно выше ($p < 0,001$) при более высокой скорости движения воздуха, более низкой относительной влажности и повышенном атмосферном давлении. Рост температуры воздуха был связан с повышенными концентрациями PM₁₀, понижение температуры – с более высокими концентрациями PM_{2,5}, что, возможно, связано с физико-химическими особенностями формирования различающихся размерностью фракций вторичных аэрозолей. В течение дня самые высокие концентрации PM_{2,5} наблюдались в утренние и дневные часы, что отражает пиковые периоды транспортной активности. В отношении PM₁₀ – повышенные концентрации наблюдались в дневное время.

Заключение. На загрязнение атмосферного воздуха мелкодисперсными взвешенными частицами PM₁₀ и PM_{2,5}, большое влияние оказывали климатогеографические условия, а также хозяйственное использование территорий, включая транспортные потоки. Проведение предупредительных мероприятий в отношении промышленных выбросов, рациональная градостроительная политика и научно обоснованная программа социально-гигиенического мониторинга являются важнейшими инструментами

эффективного управления рисками здоровью, обусловленными воздействием мелкодисперсных взвешенных веществ.

Список литературы

1. Фатхутдинова Л.М., Тафеева Е.А., Тимербулатова Г.А., Залялов Р.Р. Риски здоровью населения от загрязнения атмосферного воздуха мелкодисперсными взвешенными частицами. Казанский медицинский журнал. 2021; 102(6): 913-27.
2. Массовая концентрация взвешенных частиц PM10 и PM2.5 в атмосферном воздухе. Электронный ресурс: <https://docs.cntd.ru/document/1200133379>
3. WAQIndex W.A.Q. 2020. World's Air Pollution: Real-Time Air Quality Index. Available at: <https://waqi.info/#/c/9.662/0/2z> accessed 4.26.20. (дата обращения 25.03.2022).
4. ГОСТ 17.2.3.01-86 Охрана природы (ССОП). Атмосфера <https://docs.cntd.ru/document/1200012789>
5. СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания». Электронный ресурс: <https://base.garant.ru/400274954/>

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ УЧАЩИХСЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Михайлова С.А.

Научный руководитель – ст. преп., Абляева А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Рациональное питание детей и подростков является одним из важнейших условий, обеспечивающих их гармоничный рост, оптимальные параметры интеллектуального развития, устойчивость организма к инфекциям и другим

неблагоприятным внешним факторам. На сегодняшний день, тема сбалансированного питания школьников остается актуальной.

Цель: провести оценку организации школьного питания в общеобразовательной организации г. Казани. Во время прохождения производственной практики был осуществлён выезд, с целью проведения плановой проверки. В результате анализа меню было выявлено, что энергетическая ценность рациона питания не соответствует фактическому потреблению энергии детьми. В ходе обследования пищеблока, было выявлено, что состояние объекта соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Таким образом, количество и вид потребляемой пищи являются важными факторами, определяющими общее состояние здоровья человека. Полноценный рацион должен содержать необходимые организму вещества в достаточном количестве и в определенных пропорциях, быть разнообразным. Правильное питание сохраняет здоровье и играет значительную роль в профилактике заболеваний как у детей, так и у взрослых.

**РОЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ
СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ПРОХОЖДЕНИЯ
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Гаязова Д.Н.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Краснощекова В.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Из года в год огромное количество молодых людей всего мира сталкиваются с новой ступенью в своей жизни – это новые условия обучения, прохождения производственной практики, требующие самостоятельности, ответственности и, конечно, не все из них готовы к решению новых многочисленных проблем и задач. Около 45% всех заболеваний являются причиной стрессовых ситуаций, возникающих в результате нарушений поведенческой, эмоциональной, когнитивной, мотивационной сфер деятельности.

Цель. Исследование психологических особенностей формирования стрессового состояния студентов в процессе обучения в ВУЗе и практических занятий по производственной практике в учреждениях Роспотребнадзора и ФБУЗа «Центра гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан» с последующим самостоятельным выходом на объект.

Материалы и методы. Исследованию подлежали две группы студентов младшего и старшего курсов по 10 человек. Использовались методы наблюдения, беседы по специально подобранным вопросам. Более информативными методами исследований являлись тестирование по методикам «Шкала психологического стресса PSM-25» и определения нервно-психической устойчивости для определения риска дезадаптации в стрессе.

Результаты исследования. На основании применения различных методов определения стрессовых состояний выявлено, что «Реакция тревоги» - 1-я стадия стресса по Г.Селье, выражающаяся в мобилизации всех ресурсов организма начинается с начала практики и сохраняется на всем ее протяжении даже в самые спокойные дни. Признаками этой стадии являются: недостаток сна; недостаточно полные знания по дисциплине; плохие условия проживания. Эта стадия наблюдается практически у всех студентов групп младшего курса (контрольная группа) и у 60% группы 5 курса после сдачи экзаменов и началу производственной практики. Далее наступает стадия сопротивления, когда организму удается (за счет предшествующей мобилизации) успешно справиться с новыми условиями обучения и нервно-эмоциональными воздействиями. В этот период может наблюдаться повышенная стрессоустойчивость.

Если же действие вредных стрессорных факторов долго не удается устранить и преодолеть, наступает следующая стадия, когда его уровень составляет от 100 до 125 баллов (по 4% опытной и контрольной групп лиц). Следовательно, эти лица имели по результатам применения методики стрессоустойчивости, находились на переходе в стадию «истощения», когда приспособительные возможности организма снижаются и увеличивается опасность заболеваний, но наступление третьей стадии не обязательно.

Вывод. Предупреждение формирования всех стадий стресса возможно при своевременном диагностировании его стадий по симптомам, перечисленным в методиках, и при оптимизации режима труда и отдыха (здоровое питание; правильная личная жизнь; полноценный сон; релаксационные мероприятия).

АНАЛИЗ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ НИТРАТОВ В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ

Гертан Н.А., Гребнева О.Н.

Научный руководитель – старший преподаватель Попова О.С.

ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Проблема загрязнения азотистыми соединениями окружающей среды весьма значима и представляет опасность для здоровья населения. Негативными последствиями воздействия нитратов являются метгемоглобинемия, нарушение функции ферментативных систем, иммунного статуса, снижение устойчивости организма к воздействию канцерогенных, мутагенных и других факторов, отрицательное влияние многие системы организма [1]. Значительная часть нитритной нагрузки связана с поступлением нитратов с продуктами питания [2].

Цель исследования - определение и анализ содержания нитратов в растительных пищевых продуктах.

Задачи:

1. Изучить назначение и практическое применение иономера типа И-120М, И-115М, ЭВ-74;

2. Изучить методику измерения количества нитратов в продуктах;
3. Проанализировать полученные результаты о содержании нитратов.

Материалы и методы исследования

Был произведен анализ нитратов в растительных продуктах питания: нектарин, яблоко, арбуз, томат (защищенный грунт), морковь, картофель, редис, редька ионометрическим методом с использованием иономера типа И-120М, И-115М, ЭВ-74, милливольтметров рН- 340, рН-121, нитратометра НМ-002. Исследование проведено в соответствии с МУ N 5048-89 " Методические указания по определению нитратов и нитритов в продукции растениеводства".

Результаты исследования и их обсуждение

С целью охраны здоровья человека содержание нитратов в пищевой продукции нормируется. Предельно-допустимые концентрации (ПДК) нитратов в плодоовощной продукции регламентируются ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции» [3]. ПДК для различных видов плодоовощной продукции лежит в широком интервале от 60 мг/кг до 4500 мг/кг. Это связано с различными индивидуальными особенностями накопления нитратов у растений.

Суть метода состоит в извлечении нитратов из анализируемого материала раствором алюмокалиевых квасцов с последующим измерением их концентрации в полученной вытяжке с помощью ионоселективного электрода.

Полученные в ходе исследования результаты (в мг/кг):

1. Нектарины – 9,22 (норма 60);
2. Яблоки – 5,88(норма 60);
3. Арбуз- 37,5 (норма 60);
4. Томаты (защищенный грунт) – 12,3 (норма 300);
5. Морковь - 390 (норма 400);
6. Картофель – 177 (норма 250);
7. Редис – 641(не нормируется);
8. Редька - 5400 (не нормируется).

Заключение

Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что все показатели исследуемых продуктов соответствуют ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции» [3]. Наибольшие показатели, по содержанию нитратов - редька, редиска, морковь и картофель. Наименьшие - нектарины, яблоки, арбузы, томаты.

Список литературы

1. [Toxicological and hygienic assessment of nitrates in food products]. Tulupov VP, Prikhod'ko EI, Fomichenko EI. Vopr Pitan. 2001;70(2):32-4;
2. Nitrate and Nitrites in Foods: Worldwide Regional Distribution in View of Their Risks and Benefits. Kalaycıoğlu Z, Erim FB. J Agric Food Chem. 2019 Jul 3;67(26):7205-7222. doi:10.1021/acs.jafc.9b01194. Epub 2019 Jun 24;
3. ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции».

ОЦЕНКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Пьянзина А.С.

Научный руководитель - к.м.н., доцент Арзеева А.Н.

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

Актуальность. Во всем мире ВИЧ-инфекция продолжает оставаться одной из главных социально-значимых угроз, несмотря на усилия, направленные на борьбу с данной эпидемией.

Цель. Изучение динамики заболеваемости ВИЧ-инфекции на территории Республики Мордовия в 2010-2020 гг.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Мордовия в Чамзинском районе». Использовались данные республиканского статистического наблюдения по зарегистрированным случаям ВИЧ-инфекции, проводимого выше указанной

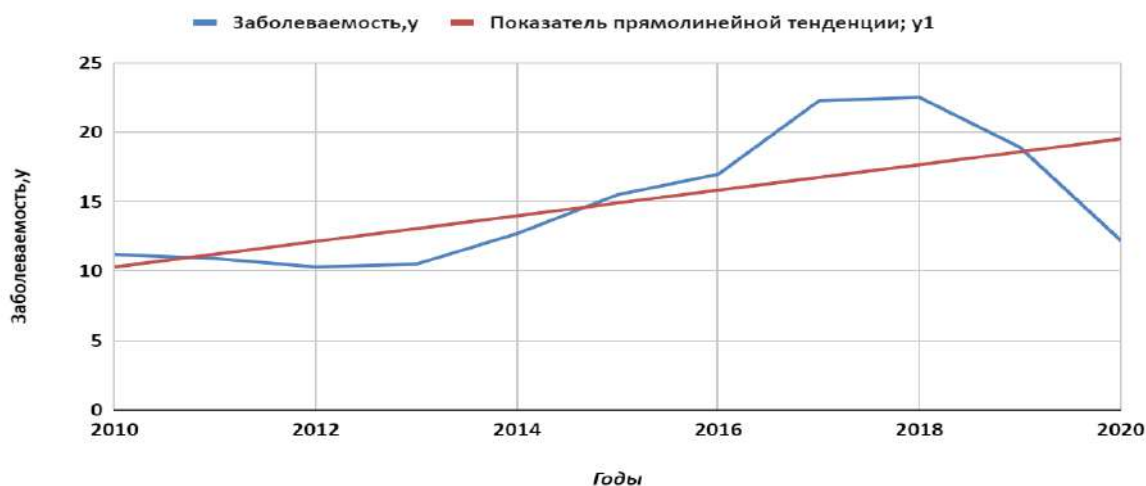
организацией. Для обработки полученных результатов применялся статистический метод.

Результаты. Республика Мордовия имеет низкий уровень заболеваемости в сравнении со среднероссийскими, так среднегодовой показатель ВИЧ-инфекции в Республике составил $14,9 \text{ ‰}$, что в 3,7 раза меньше показателя в РФ ($54,51 \text{ ‰}$).

Анализируя многолетнюю динамику заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Мордовии, можно отметить наличие периода повышения заболеваемости среди населения Республики, а именно с 2012-2018 гг. и два периода снижения заболеваемости: с 2010-2012 гг., с 2018-2020 гг. Максимальный показатель инцидентности был зафиксирован в 2018 году ($22,5 \text{ ‰}$).

Рисунок 1

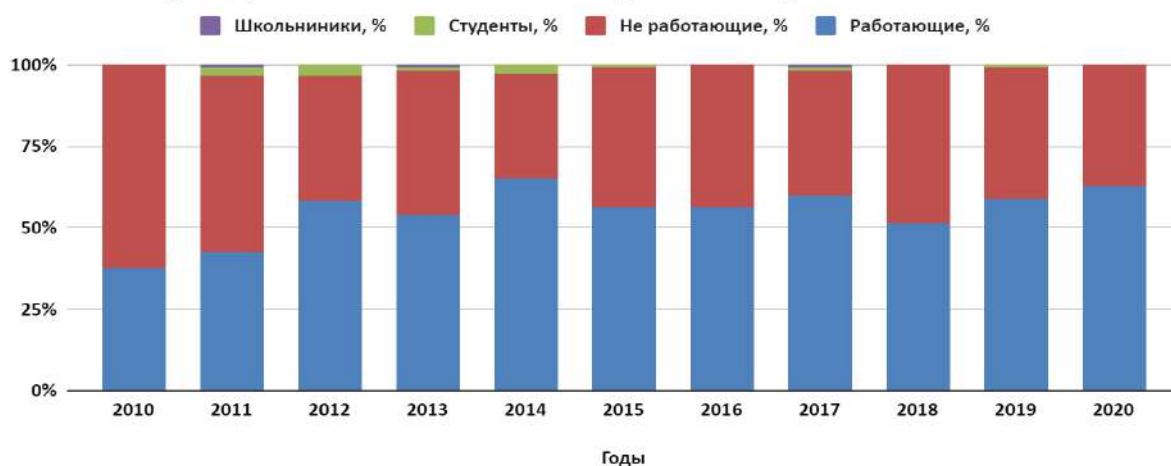
Многолетняя динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией на территории Республики Мордовия с 2010 по 2020 гг.



Если рассматривать социальную структуру впервые выявленных ВИЧ-инфицированных жителей Мордовии, то с 2012 года стал преобладать взрослый трудоспособный контингент Республики, при этом было зафиксировано 12 случаев выявления ВИЧ среди студентов высших учебных заведений, что свидетельствует о выходе ВИЧ-инфекции за рамки ключевых групп риска (группы населения повышенного риска, а также особо уязвимые и уязвимые в отношении ВИЧ-инфекции).

Рисунок 2

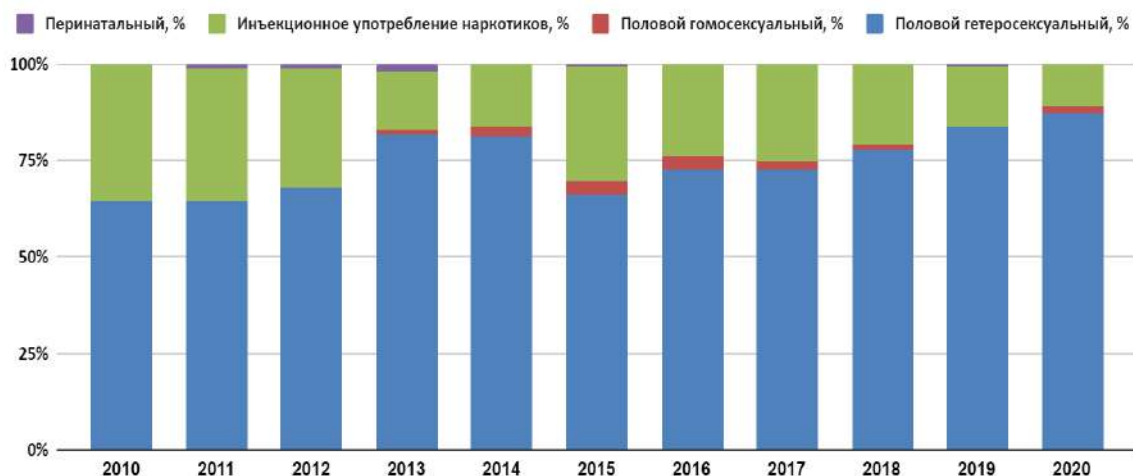
Профессиональная и социальная структура впервые выявленных ВИЧ-инфицированных жителей Республики Мордовия с 2010 по 2020 гг



Исследуя основные пути передачи ВИЧ-инфекции среди населения Мордовии, было выявлено, что ведущим путем за 2010-2020 гг. остается половой гетеросексуальный путь. Следует отметить, что в Республике за период 2010-2020 гг. было зарегистрировано 6 случаев перинатального инфицирования ВИЧ-инфекцией. Последние два случая были зафиксированы в 2015 и в 2019 году у детей, рожденных женщинами, ведущими асоциальный образ жизни, дети которых после рождения изъяты органами опеки [2].

Рисунок 3

Распределение впервые выявленных ВИЧ-инфицированных жителей Республики Мордовия по основным путям передачи за 2010-2020 гг.



Заключение. Республика Мордовия имеет относительно невысокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией, однако наблюдается перемещение

заболеваемости в группы трудоспособного населения и преобладание полового гетеросексуального пути передачи ВИЧ-инфекции.

Список литературы:

1. Основы ретроспективного анализа инфекционной заболеваемости: учебное пособие / Н. Н. Потехина [и др.] под редакцией В. В. Шкарина, Р. С. Рахманова - Н. Новгород: Издательство Нижегородской гос. мед. академии, 2009. - 160 с.

2. Ласеева М. Г., Ваничкина Е. М., Чернова Н. Н., Китаева Л. И. Анализ динамики заболеваемости и социальных особенностей ВИЧ-инфекции в Республике Мордовия в 2014-2019 годах. Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции. Охрана здоровья матери и ребенка». - Санкт-Петербург. - 2020. - С. 22-27

ОПЫТ ВОВЛЕЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ – МЕДИКОВ В ПРОВЕДЕНИЕ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Кондусова Ю.В., Лихачева В.М.

Научные руководители – к.м.н., доцент Кондусова Ю.В.,

к.м.н., ассистент Панина О.А.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Актуальность. Санитарно-просветительская деятельность - это неотъемлемая часть работы любого медицинского работника: будь то врач или медсестра. В современных условиях, когда Интернет предоставляет огромное количество информации, важно выделить и донести до населения актуальную и достоверную ее часть. К сожалению, нередко люди, получая ложные сведения из популярного контента, вредят не только своему здоровью, но и распространяют лжемедицинские «знания» в массы. Поэтому важно научить будущих

специалистов современным аспектам просветительской деятельности, отточить их навыки в организации и проведении профилактических мероприятий [1].

Цель - выявить основные наиболее эффективные направления санпросвет работы будущих медработников

Задачи исследования

1. Изучить осведомленность студентов о видах санитарно-просветительской деятельности.

2. Рассмотреть возможности медицинских работников в проведении санпросвет работы.

3. Определить наиболее эффективные с точки зрения студентов направления просветительской деятельности медработников

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в 2021г. на базе ВГМУ им. Н.Н. Бурденко с использованием анкетирования. В опросе приняло участие 50 человек (студенты ВГМУ им. Н.Н. Бурденко).

Результаты и их обсуждение. В ходе опроса выявлено, что многие студенты (65%) не задумывались о необходимости проведения просветительских мероприятий, т.к. сами в достаточной мере получают достоверную медицинскую информацию в ходе обучения. Однако во время прохождения производственной практики они столкнулись с тем, что пациенты не компетентны относительно своего заболевания и зачастую черпают информацию о нем из не достоверных источников (друзья, соседи, желтая пресса, интернет). Поэтому студенты в ходе прохождения практики были привлечены к проведению санитарно-просветительских мероприятий, а затем были опрошены.

По мнению студентов самыми доступными видами санпросвет работы являются: беседы (95%), раздача памяток (80%), оформление санбюллетеней (60%), организация и ведение блога/телеграмм-канала/канал в YouTube (25%), выступления на радио/ТВ (10%).

С точки зрения респондентов, на санпросвет работу уходит очень много времени (95%), если она проходит в форме беседы, однако, если использовать памятки/буклеты, то можно сэкономить время и результат может быть более долговременным, т.к. у пациентов остается информация «на память». Однако

большинство студентов (85%) указало, что им интереснее получать рассылку полезного контента через соцсети и мессенджеры. При этом результаты опроса показали, что делать качественный материал для интернет-источников – это трудоемкий процесс, для которого необходимо время, навыки и ресурсы, что является серьезной проблемой для медработников пожилого возраста.

Заключение. Современные медработники осознают необходимость проведения санитарно-просветительских мероприятий, отмечают, что им было бы интереснее получать рассылку полезного контента через соцсети или мессенджеры. Однако, делать качественный материал для интернет-источников – это трудозатратно и проблематично для медработников пожилого возраста.

Список использованной литературы

1. Направления подготовки компетентного специалиста / Крючкова А.В., Князева А.М., Кондусова Ю.В., Семынина Н.М., Веневцева Н.В., Князев А.В., Булат М.В. // Уральский научный вестник. 2019. Т. 3. № 2. С. 54-57.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

ИРРИГОСКОПИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА: ПРЕДИКТОРЫ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА

Архипова С.А., Васильева Н.В.

Научный руководитель – к.ф.- м.н., доц. Гиматдинов Р.С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Болезнь Гиршпрунга (БГ) является наиболее частой причиной кишечной непроходимости у детей. Описано, что распространенность этого заболевания составляет примерно один случай на 5000 живорождений при соотношении мужчин и женщин 4:1. Необходимо отметить, что в России частота заболевания до настоящего времени не уточнена [1,2].

Ирригоскопия является обязательным исследованием у всех детей с подозрением на болезнь Гиршпрунга [3]. Чувствительность и специфичность метода по литературным данным достигают 70 и 80 % соответственно.

Ирригоскопия - является первым исследованием, которое проводится для диагностики болезни Гиршпрунга, поскольку оно наиболее безопасным, наименее инвазивным, широко доступным и наименее дорогим по сравнению с ректальной биопсией. Диагноз БГ устанавливается на основании выявления трех признаков: зоны сужения кишки, зоны расширения кишки и переходной в виде воронкообразного расширения, которая расценивается как самый важный признак заболевания. Одним из достоверных рентгенологических признаков является разница в диаметре восходящего отдела ободочной кишки и сигмовидной кишки в соотношении 1:2.

Таким образом, диагностическая точность ирригоскопии представляет постоянный интерес как для клиницистов, так и для рентгенологов, и важно постоянно оценивать, насколько точно врачи могут поставить диагноз БГ, как с целью поощрения надлежащей радиологической практики, так и для выявления возможных факторов, которые могут способствовать снижению точности диагностики.

Цель: повысить точность ирригоскопии, путем изучения каждого возможного предиктора заболевания. Оценить чувствительность, специфичность, положительную прогностическую ценность и отрицательную прогностическую ценность рентгенологических данных для диагностики болезни Гиршпрунга у пациентов, перенесших ирригоскопию.

Методы: исследование проводилось в ДРКБ во время летней практики. Были произведены рентгеноконтрастные исследования, выполненные в рамках обследования у пациентов в возрасте 1–18 лет в течение 3-летнего периода. Было зарегистрировано пятнадцать пациентов. Критериями включения были: отсутствие у детей выделения мекония, вздутия живота и рефрактерного запора, которые не ответили на медикаментозное лечение. При оценке ирригограмм учитывали следующие показатели: форму и топографию толстой кишки, наибольшую ширину прямой кишки, ширину нисходящей ободочной кишки на

уровне крыла левой подвздошной кости, ректоободочный индекс (отношение диаметра прямой кишки к максимальной ширине нисходящей ободочной кишки).

Переходная зона, задержка эвакуации бария через 24 часа, ректосигмовидный индекс (максимум в прямой кишке, разделенный на максимум в сигмовидной кишке; отклонение от нормы, если <1) и неравномерность слизистой оболочки оценивались при ирригоскопии. Для каждого результата рассчитывали специфичность и чувствительность, положительную прогностическую ценность и отрицательную прогностическую ценность.

Результаты. Средний возраст пациентов с болезнью Гиршпрунга составил 17,9 мес. Подтверждено в 6 (М=4, Д=2) случаях. Неотхождение мекония выявлено в 11 (73%) случаях, вздутие живота в 12 случаях (80%) и желчная рвота в 5 случаях (33%). У детей старшего возраста наиболее частым симптомом является запор. Наше исследование, однако, показало, что для всех возрастных групп рвота была единственным симптомом, который был достоверно связан с заболеванием, хотя это не было статистически значимым с поправкой на возраст и пол.

Чувствительность, специфичность, положительная и отрицательная прогностическую ценность составляли 90%, 80%, 81,8% и 88,8% соответственно для переходной зоны при ирригоскопии. Чувствительность, специфичность, положительная и отрицательная прогностическая ценность составляли 76,7%, 83,3%, 78,1% и 82,1% соответственно для ректосигмоидного индекса. Чувствительность, специфичность, положительная и отрицательная прогностическую ценность составляли 46,7%, 100%, 100% и 65,2% соответственно для обнаруженного нерегулярного сокращения при ирригоскопии. Чувствительность, специфичность, положительная и отрицательная прогностическая ценность составляли 23,3%, 100%, 100% и 56,6% соответственно для неравномерности слизистой оболочки при ирригоскопии.

Вывод: Существуют объективные сложности в диагностике болезни Гиршпрунга у детей, связанные часто с нетипичной клинической картиной,

незнанием особенностей течения заболевания у детей раннего возраста, отсутствием хирургической настороженности у неонатологов родильных домов и участковых педиатров.

Наиболее чувствительным предиктором заболевания была переходная зона. Наиболее характерными признаками были неравномерное сокращение, неравномерность слизистой оболочки и появление булыжной мостовой. Ошибки в методике, приводящие к ложноотрицательным результатам: тугое заполнение прямой кишки контрастом, что приводит к механическому перерастяжению аганглионарной зоны; ирригография только в прямой проекции - наложение расширенной части кишки на короткий участок аганглиоза; задержка контраста в толстой кишки более, чем на 24 часа на отсроченной рентгенографии брюшной полости свидетельствует в пользу БГ.

Ирригоскопия является отличным начальным исследованием при БГ, и сочетание данного метода с подробным сбором анамнеза и клиническим обследованием может привести к уменьшению количества ненужных дополнительных диагностических исследований. Было обнаружено, что диагностическая эффективность у ирригоскопии умеренно высока. Обследование является ценным неинвазивным визуализирующим исследованием, тем самым устраняется необходимость в инвазивной ректальной биопсии и хирургическом вмешательстве.

Литература:

1. Шельгин Ю. А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга. М., 2013.

2. Леоневская Н.М., Эрдес С. И., Ратникова М. А. Протокол лечения болезни Гиршпрунга у детей //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2009. Т. 19. №. 3. С. 57-62.

3. Сварич В.Г., Киргизов И.В Наш опыт лечения болезни Гиршпрунга у"детей"// Детская хирургия."– 2016."–Т."20."– № 5."– С."264–268. [Svarich VG, Kirgizov IV. Our experience with the treatment of Hirschsprung disease in children. *Pediatric surgery*. 2016;20(5):264-268. (In"Russ.)] <https://doi.org/10.18821/1560-9510-2016-20-5-264-268>.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТОВ ТАУРИНА НА СОСТОЯНИЕ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РАЗГРУЗКЕ

Галяутдинова А.Э. 7201гр.

Научный руководитель – к.б.н., доц. Тяпкина О.В.

Казанский государственный медицинский университет

Функциональная разгрузка скелетных мышц возникает в ответ на снижение двигательной активности (гиподинамия) или неиспользование мышц (космический полет, иммобилизация, длительный постельный режим). Активно ведется поиск способов, предотвращающих развитие атрофии при неиспользовании как для комической медицины, так и для спортивной медицины. Применение фармакологических средств для улучшения состояния мышц рассматривается весьма перспективным. Поэтому, целью настоящего исследования явилось проведение анализа данных литературы об эффектах таурина и возможности его применения как фармакологического агента, улучшающего состояние скелетной мускулатуры при снижении или полном отсутствии функциональных нагрузок мышц.

Таурин (2-аминоэтансульфоновая кислота) представляет собой серосодержащую α -аминокислоту, с высокой концентрацией в тканях животных. В организм человека поступает с пищей (моллюски, гребешки, мидии, красное мясо, курица, индейка, яйца), а так же синтезируется эндогенно из метионина по пути: гомоцистеин \rightarrow цистатионин \rightarrow цистеин \rightarrow цистеинсульфината \rightarrow гипотаурина \rightarrow таурин.

Для нормального функционирования скелетных мышц важен нормальный уровень таурина, поскольку он участвует во многих клеточных процессах (регуляция Ca^{2+} зависимых процессов, клеточного объема, антиоксидантная защита при стрессе, стабилизация мембраны). Дефицит таурина приводит к атрофии мышц. Применение таурина при функциональной разгрузке мышц полностью предотвращало снижение уровня таурина в камбаловидной мышце, сохраняло уровень внутриклеточного кальция и степень проводимости Cl^- каналов, а также способствовало предотвращению трансформации «медленного» фенотипа мышечных волокон в «быструю» сторону. К сожалению, употребление

таурина не предупреждало атрофию мышечных волокон, возникающую при функциональной разгрузке. Таким образом, таурин обладает многочисленными положительными эффектами на мышцы, которые могут обеспечить терапевтический эффект в борьбе с мышечной атрофией, для чего необходимо проведение дальнейших исследований направленных на поиск более эффективных режимов использования и дозирования.

БИОНИКА КАК НАУКА О СОЕДИНЕНИИ БИОЛОГИИ И ТЕХНИКИ

Грибанова Д.А.

Научный руководитель — к.б.н., доц. Пахалина И. А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Мы живём в век научно-технического прогресса, развития электронных приборов и компьютерных технологий. Но живая природа устроена сложнее, чем все изобретения человечества. Так в XX веке появляется бионика - прикладная наука об использовании принципов строения биологических систем и процессов, совершающихся в живых организмах для решения инженерных и технических задач.

Целью данной работы является изучение вопроса о применении в бионике, как области междисциплинарного знания, форм живой природы и использование их человеком в качестве промышленных аналогов.

Для достижения указанной цели были поставлены следующие задачи:

- изучить литературу и электронные источники по данной теме, раскрыть суть понятия – бионика и её значение в развитии научно-технического прогресса;
- выявить существующие сегодня бионические формы, созданные на основе особенностей строения и функционирования форм живого;
- выяснить, как человек использует природные механизмы при создании искусственных технических устройств в различных областях медицины.

Современная бионика связана с разработкой новых материалов, копирующие природные аналоги, робототехникой и искусственными органами. Одним из направлений, которым она занимается, является исследование

анализаторов и органов чувств. Например, рентгеноскопический телескоп и рентгеновский аппарат «Глаз омара»; тепловизорные устройства.

Направление исследования морфологических и других особенностей живых организмов применяется в медицинских учреждениях: скарификатор, служащий для забора крови; медицинская клейкая плёнка, обеспечивающей стерильность в операционной.

Еще одно важное направление – нейробионика, изучающая возможность использования принципов строения и функционирования мозга с целью создания более совершенных технических устройств. Можно выделить три раздела: искусственный интеллект, нанороботы и киборги.

Из сферы медицинского искусственного интеллекта популярны распознаватели речи и сервисы онлайн диагностики: российские программы Voice2Med, TeleMD и DOC+.

Изучая опорно-двигательный аппарат животных и насекомых, учёные создают роботов, способных быстро передвигаться и выполнять различные функции. Например, респиоцит или наноробот – морской гребешок.

Киборг - биологический организм, содержащий механические или электронные компоненты, помогающие функционировать организму. Например, бионический глаз, бионическая поджелудочная железа или конструкция бионического уха.

Проанализировав различные источники информации, можно сделать следующие выводы:

- Выяснили, что бионика является областью междисциплинарных знаний, поскольку она тесно связана с биологией, физикой, химией и инженерными науками, а также пришли к заключению, что развитие данной науки открывает новые горизонты в достижении научно-технического прогресса.
- Узнали множество существующих, в настоящее время, бионических форм, которые созданы на основе природных механизмов.
- Посмотрели, как человек использует «знания природы» для создания новейших устройств и развития медицины.

Таким образом, бионика - одна из самых быстроразвивающихся наук сегодня, так как бионические принципы все больше внедряются в жизнь человека.

ИССЛЕДОВАНИЕ МИТОХОНДРИАЛЬНОГО МЕМБРАННОГО ПОТЕНЦИАЛА В МОТОНЕЙРОНАХ СПИННОГО МОЗГА МЫШИ

Максимов Д.М.

Научный руководитель – к.б.н., доц. Тяпкина О.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Мотонейроны спинного мозга – это высокоспециализированные клетки, основной функцией которых является генерация потенциала действия и передача возбуждения через синаптическую щель на мышцу. Эти активные клетки нуждаются в постоянном притоке энергии и поэтому серьезным образом зависят от состояния митохондрий. Митохондрии – специализированные органеллы, выполняющие целый ряд важнейших функций в нейронах. Происхождение митохондрий от прокариотических аэробных бактерий объясняет теория симбиогенеза. От эволюционных предшественников митохондриям досталась такая характеристика как наличие мембранного потенциала ($\Delta\Psi_m$) на внутренней мембране митохондрий (150–200 мВ). $\Delta\Psi_m$ возникает в результате окислительно-восстановительных реакций (цикл Кребса) и служит промежуточной формой хранения энергии, используемой для синтеза АТФ. Разделение электрических зарядов сопровождается формированием протонного градиента, и вместе они образуют трансмембранный потенциал ионов водорода. Показано, что поддержание стабильного уровня $\Delta\Psi_m$ необходимо для обеспечения нормального функционирования митохондрий (транспорт в митохондрию белков и катионов, генерация активных форм кислорода) и жизнеспособности клеток. Снижение уровня $\Delta\Psi_m$ наблюдается при патологических состояниях в клетке и может активировать апоптоз и гибель клетки. Принимая во внимание важную роль $\Delta\Psi_m$ в обеспечении функций митохондрий целью настоящей работы явилось проведение оценки $\Delta\Psi_m$ в мотонейронах спинного мозга мыши. Для оценки митохондриального $\Delta\Psi_m$

часто применяются «катионные красители» такие как родамин 123 (метил-родамин), этиловый эфир тетраметил-родамина (TMRE–tetramethylrhodamine-ethyl ester), красители группы MitoTracker, нонилакридиновый оранжевый (NAO), сапранин O, мероцианин 540. Наиболее интересным на наш взгляд является краситель JC -1 (5,5',6,6'-тетрахлоро-1,1',3,3'-бензимидазолокарбоцианин йодид), представляет собой липофильный катионный краситель, проникающий в митохондрии. Накапливаясь, в зависимости от концентрации, формирует обратимые комплексы, называемые J-агрегатами, которые демонстрируют возбуждение и излучение в красном спектре (~ 590 нм) в отличие от молекул JC-1 в зеленом диапазоне (~ 529 нм).

После окрашивания спинного мозга JC -1, его присутствие в митохондриях обнаруживалось с помощью конфокальной флуоресцентной микроскопии. $\Delta\Psi_m$ определяли как отношение красной флуоресценции к зеленой, что позволяет оценивать состояния поляризации митохондрий. Этот коэффициент флуоресценции дает возможность сравнивать изменения мембранного потенциала, а также оценивать степень поляризации мембраны митохондрий. В наших экспериментах в мотонейронах соотношение красного и зеленого флуоресцентного свечения составило 2.0. Что позволяет заключить, в мотонейронах спинного мозга присутствуют митохондрии с высоким уровнем $\Delta\Psi_m$.

АНАЛИЗ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РАЗМЕРОВ ТЕЛ МОТОНЕЙРОНОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА КРЫС ПОСЛЕ 7 СУТОК ОПОРНОЙ РАЗГРУЗКИ

Мустакимов С.Р.

Научный руководитель – к.б.н., доц. Тяпкина О.В.

Казанский государственный медицинский университет

Адаптации локомоторного аппарата человека и животных к условиям гипогравитации аналогичны изменениям, развивающимся в ответ на пребывание в условиях гиподинамии, постельного режима, ограничения локомоции в связи с чем исследование механизмов развития гипогравитационного двигательного

синдрома (ГДС) весьма актуально. В тоже время механизмы реадaptации нервной - мышечной системы по возвращении к обычному уровню двигательной нагрузки после функциональной разгрузки на сегодняшний день остаются мало изученными.

Целью настоящего исследования явилось проведение сравнительного анализа площадей тел разных групп мотонейронов поясничного отдела спинного мозга крыс после 7 суток антиортостатического вывешивания задних конечностей и после 7 суток реадaptации после 7-суточного антиортостатического вывешивания. Для изучения механизмов развития ГДС на Земле использовали модель антиортостатического вывешивания (АОВ), воспроизводящую эффекты функциональной разгрузки мышц задних конечностей у грызунов, аналогичный пребыванию в условиях невесомости и постельного режима. Эксперименты выполняли на крысах линии Wistar ($m=289\pm 57$ г, $n=9$), 3-х групп: «Контрольная» – стандартные условия вивария; «АОВ 7 суток» - условия «вывешивания» задних конечностей в течение 7 суток; «Реадaptация 7 суток»- после 7-суточного «вывешивания», крысы восстанавливались 7 суток в стандартных условиях вивария. Криостатные срезы (20 мкм) окрашивали метиленовым синим. Анализ полученных изображений проводили в программе ImageJ (NIH, США).

Статистическую обработку результатов выполняли с помощью программы Origin 2019b (OriginLab, USA). Достоверность различий между группами анализировали посредством непараметрического U-критерия Манна-Уитни (при $p<0,05$); а распределение размеров тел оценивали непараметрическим дисперсионным анализом Краскела-Уоллиса. Мотонейроны были разделены на 3 группы в зависимости от размеров тел мотонейронов: большие, средние, малые.

Анализ площадей тел «больших» мотонейронов показал, что в группе контроль средние значения составили 1060 ± 13 мм², в группе АОВ 7 суток - 970 ± 7 мм², в группе реадaptация 7 суток - 1068 ± 10 мм². Средние значения площадей «средних» мотонейронов составили в группе контроль - 466 ± 4 мм², в группе АОВ 7 суток - 461 ± 2 мм², в группе реадaptация 7 суток - 479 ± 3 мм². Размеры тел «малых» мотонейронов составили: в группе контроль - 228 ± 2 мм², в

группе АОВ 7 суток - 222 ± 1 мм², в группе реадаптация 7 суток - 217 ± 2 мм². Статистический анализ показал достоверное уменьшение размеров мотонейронов спинного мозга крыс после 7-суточного антиортостатического вывешивания (большие на 8%, средние на 1%, малые на 3%, $p < 0,05$). У крыс после недельной реадаптации после 7 суток опорной разгрузки наблюдалось восстановление размеров больших и средних мотонейронов (на 10% и на 4%, $p < 0,05$). Однако, у крыс после 7 суток реадаптации достоверно уменьшались размеры малых мотонейронов (на 2%, $p < 0,05$).

Таким образом, 7-суточного антиортостатическое вывешивание задних конечностей крыс привело к изменению распределения размеров тел мотонейронов поясничного отдела всех групп в сторону уменьшения, с неполным восстановлением размеров тел «больших» и «средних» мотонейронов крыс после недельной реадаптации.

СРАВНЕНИЕ ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

Шаймуллин С.М.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Набиуллина Р.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Дислипидемии – актуальная проблема нынешнего здравоохранения. По данным 2018 года, распространенность их в России составляет 59,7% [2,3]. Опасность дислипидемий в том, что они являются фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и влекут за собой нарушения в нервной системе и метаболических процессах [1]. Согласно ВОЗ смертность от ССЗ равна 31% [4].

Цель работы: выявить значимость клинического исследования следующих параметров в рутинной практике:

- Общий белок
- Триглицериды
- Холестерин
- ЛПВП

- ЛПНП

В ходе работы проанализированы липидограммы 10 случайных пациентов 7 ГКБ г. Казани с диагнозом ИБС (опытная группа) и 10 случайных здоровых лиц (контрольная группа). Анализируемые параметры и их значения у исследуемых представлены в таблице 1. Статистическая обработка данных производилась в ПО MS Excel 2013 с утилитой Kutools v24. Анализ данных проводился с использованием t-критерия Стьюдента.

№	Общий белок		Триглицериды		Холестерин		ЛПВП		ЛПНП	
	О	К	О	К	О	К	О	К	О	К
1	62,2	71,1	0,77	0,3	3,44	0,75	0,42	0,68	2,41	0,73
2	63	71	0,8	0,45	4,7	0,9	0,78	0,8	2,91	0,86
3	66	71,7	0,83	0,63	5,7	1,9	0,82	0,9	3,21	1,12
4	66,1	73	0,94	0,69	6,16	1,95	0,93	0,9	3,31	1,16
5	67	73,2	1,03	0,7	6,17	2,4	1,03	1,1	3,84	1,2
6	69	75	1,92	0,9	6,8	2,9	1,08	1,1	3,98	1,54
7	69,8	75,1	2,5	1,03	7,07	3	1,31	1,2	4,8	1,64
8	73	75,1	2,97	1,2	7,3	3,3	1,32	1,2	5,2	1,8
9	73	77	4	1,4	8,13	3,7	1,44	1,2	5,43	2,12
10	81,6	79	9,23	1,6	8,2	4	1,71	1,3	5,59	2,2

Таблица 1. Анализируемые параметры и их значения у опытной (О) и контрольной групп (К).

По результатам исследования (таблица 2) получено ($p=0,05$):

	Общий белок		Триглицериды		Холестерин		ЛПВП		ЛПНП	
	О	К	О	К	О	К	О	К	О	К
[X]	69,1	74,1	2,5	0,9	6,4	2,5	1,08	1,04	4,07	1,44
CO	5,7	2,6	2,6	0,4	1,5	1,1	0,37	0,2	1,13	0,51
t-рас	2,5		1,9		6,6		0,3		6,7	
t-кр	2,26									

Таблица 2. Результаты статистического анализа параметров липидного обмена у опытной (О) и контрольной (К) групп. [X] – среднее значение параметра по группе, CO – стандартное отклонение, t-рас – расчётный t-критерий, t-кр – критический t-критерий.

Полученные данные свидетельствуют, что статистически значимой разницы между значениями уровня ЛПВП у пациента с ИБС и здорового человека нет. Однако, следует повторить исследование с увеличенной выборкой.

Переходя к выводам, отметим, что диагностическую ценность представляют исследования общего белка, триглицеридов, холестерина и ЛПНП крови. Определение ЛПВП не является диагностически значимым.

Список литературы:

1. Сергиенко И.В. Дислипидемии, атеросклероз и ишемическая болезнь сердца. [текст]: монография / Сергиенко И.В., Аншелес А.А., Кухарчук В.В. – Москва: Патисс, 2020. – 296 с.
2. Бойцов С.А. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России (ЭССЕ-РФ). Обоснование и дизайн исследования. / Бойцов С.А., Чазов Е.И., Шляхто Е.В., и др. // Профилактическая медицина. – 2013. № (16)6. – С. 25-34.
3. Гринштейн Ю.И. Распространенность дислипидемии среди населения крупного региона Восточной Сибири и взаимосвязь с социодемографическими и поведенческими факторами. / Гринштейн Ю.И., Шабалин В.В., Руф Р.Р., и др. // Профилактическая медицина. – 2018. № (21)5. – С. 63-69.
4. Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень [Электронный ресурс] / ВОЗ. Эл. текст. дан. – Женева: ВОЗ, 2017. – режим доступа: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)), свободный

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОБЪЕМА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА КРЫС ПОСЛЕ 7 СУТОК ОПОРНОЙ РАЗГРУЗКИ

Ялтаева С.А.

Научный руководитель – к.б.н., доц. Тяпкина О.В.

Гипогравитационный двигательный синдром (ГДС) развивается в организме человека и млекопитающих в ответ на пребывание в условиях длительной моделируемой и реальной невесомости. Наряду с атрофией мышц наблюдаются морфо-функциональные и молекулярно-генетические изменения в спинном мозге, где находятся мотонейроны, иннервирующий скелетную мускулатуру. Однако, остается мало исследованными изменения в спинном мозге на ранних этапах развития синдрома и реадaptации к нормальным условиям гравитации. В связи с чем, целью настоящего исследования явилось проведение дифференциального анализа общей площади и площадей, занимаемых серым и белым веществами на поперечных срезах поясничного утолщения спинного мозга у крыс контрольной группы и подопытных после 7- суточной опорной разгрузки и реадaptации длительностью 7 суток.

Эксперименты проводили на половозрелых самцах крыс линии Wistar массой 289 ± 57 г. Животных разделили на три группы: «Контроль» – крысы 7 суток находились в стандартных клетках; «АОВ 7 суток» - крысы находились в условиях антиортостатического вывешивания задних конечностей в специальных клетках 7 суток [3]; «Реадaptация 7 суток»- крысы, после 7-суточного АОВ, неделю находились в обычных клетках для возобновления нормальной двигательной функции. Криостатные, свободно плавающие поперечные срезы (20 мкм) по общепринятому протоколу окрашивали метиленовым синим. Данные представлены как среднее и стандартная ошибка. Достоверность различий между группами оценивали с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни при $p < 0,05$. Статистическая обработка данных была выполнена с использованием программного обеспечения Origin 2019b (OriginLab, Northampton, MA, USA).

Установлено, что средние значения общей площади поперечных срезов поясничного утолщения спинного мозга в группе крыс «Контроль» составили $9,11 \pm 0,06$ мм², в группе «АОВ 7 суток» - $7,73 \pm 0,11$ мм² и в группе «Реадaptация 7 суток» - $7,20 \pm 0,05$ мм². Анализ площади серого вещества показал, что в группе крыс «Контроль» средние значения составили $3,81 \pm 0,04$ мм², в группе «АОВ 7

суток» - $3,30 \pm 0,04$ мм² и в группе «Реадаптация 7 суток» - $3,48 \pm 0,02$ мм². Анализ площади белого вещества обнаружил, что в группе крыс «Контроль» средние значения составили $5,29 \pm 0,06$ мм², в группе «АОВ 7 суток» - $4,43 \pm 0,08$ мм² и в группе «Реадаптация 7 суток» - $3,71 \pm 0,05$ мм². Статистический анализ выявил достоверное уменьшение общей площади срезов и площадей, занимаемых белым и серым веществами поясничного утолщения спинного мозга у крыс после 7 суток АОВ (соответственно на 15%, 13% и 16%, $p < 0,05$). У крыс после недельной реадaptации после 7 суток АОВ так же наблюдали достоверное уменьшение общей площади срезов и площадей, занимаемых белым и серым веществами (соответственно на 21%, 9% и 30%, $p < 0,05$).

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало уменьшение объема поясничного утолщения спинного мозга при непродолжительном 7-суточном антиортостатическом вывешивании, которое не восстанавливалось за недельный период реадaptации.

SCIENTIFIC INTERNSHIP AT THE FUNDENI NATIONAL CLINICAL INSTITUTE. THE REFERENCE STANDARD FOR BCR-ABL TRANSCRIPT MONITORIN IS IMPORTANT TO DEFINE COMPLETE MOLECULAR RESPONSE IN CML PATIENTS AND TO TEST THE RQ-PCR METHOD PERFORMANCES

Ермакова К.Н., Rodica Talmaci, Adriana Vulpe

Научные руководители – Dragomir Silva-Mihaela, Delia Codruta Popa
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Carol Davila University of
Medicine and Pharmacy

Objectives. Internal quality assurance is crucial for high fidelity results. In order to test comparability of standard curve we used a common calibration plasmid pME2 (Scientific Laboratory, III. Medizinische Klinik, Medical Faculty Mannheim, Germany) and universally accepted reference standard - ERM-AD623 (Institute for Reference Materials and used six dilution points with pME standard and five dilution points Measurements, Belgium).

Methods. In order to compare results previously obtained using the ABL control gene, we performed RQ-PCR on 20 leukemic samples. We choose samples with different levels of molecular response in international scale (IS). Molecular analysis was performed using a standardized RQ-PCR method with Hybridization Probes detection method on LightCycler instrument. For ABL measure we used five dilution points with pME standard and six dilution points with ERM standard in duplicate. For BCR-ABL measure we with ERM standard in duplicate. All quantification parameters were set up according to international guidelines for the measurement of BCR-ABL transcripts in CML.

Results. Complete Molecular Response (CMR) generally understood to mean undetectable disease:

- depends how hard you look,
- variability of sample quality within centers,
- variability of assay sensitivity between centers.

Need a robust definition of CMR that is reproducible between laboratories, takes into account intrinsic variability and is able to accommodate future technological improvements. We found a two fold difference between the ERM absolute numbers and pME2 standard curves. Comparing BCR-ABL / ABL with both plasmid standards for samples where residual disease is detectable, the ratio is within the limits of normal variation but the differences in absolute control gene numbers impacts on definitions of complete molecular response (CMR) when BCR-ABL is undetectable.

Conclusions: RQ-PCR results at low levels are more variable than those at high levels. For reliable results and to minimize variability of the results, a universal, traceable standard/calibrator is needed to be available to all MRD monitoring labs, Definitions of CMR need to take into account variations in the assignment of absolute copy numbers.

**SCIENTIFIC INTERNSHIP AT THE FUNDENI NATIONAL CLINICAL
INSTITUTE. MOLECULAR DIAGNOSIS OF FACTOR V LEIDEN,
PROTHROMBIN G20210A, MTHFR C677T AND A1298C MUTATIONS IN
THROMBOPHILIC PATIENTS**

Ермакова К.Н.

Научные руководители – Dragomir Silva-Mihaela, Delia Codruta Popa
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Carol Davila University of
Medicine and Pharmacy

Background. Thrombophilia is a multicausal disease with an interplay of genetic and acquired risk factors. In the last years, considerable progress has been made in the determination of molecular bases of thrombophilia. The most common types of inherited thrombophilias are: the Factor V Leiden, the Prothrombin (PT) G20210A mutation and two polymorphisms of the Methylenetetrahydrofolatereductase (MTHFR) gene: C677T and A1298C. These mutations are associated with an increased risk of venous thrombosis, pregnancy complications and fewer with arterial thrombosis.

Aim. To evaluate the prevalence of four mutations in a group of thrombophilic patients and to correlate genotypic findings with the clinical appearance.

Methods.

The study involved 96 patients (71 females, 25 males), mean age 30 ± 5 years which were divided into three clinical groups: Group 1 (32 patients) with venous thrombosis; Group 2 (10 patients) with arterial thrombosis; Group 3 (54 patients) with obstetrical complications including early miscarriages, preeclampsia, intrauterine growth restriction, intrauterine fetal death, placental abruption.

Each patient was investigated for four mutations: F V Leiden, G20210A, MTHFR C677T, MTHFR A1298C.

DNA was isolated from peripheral blood samples using a commercial kit: QiAamp DNA Blood Mini Kit.

The detection of G202104 genotype in PT gene was performed by Real-Time PCR and melting curve was analyzed on 480 LightCycler platform.

The detection of F V Leiden, C677T and A1298C genotype was performed by PCR-RFLP, method based on MnlI, HinfI and MbolI endonuclease digestion. The restriction pattern was analyzed by electrophoresis on agarose gel and visualized by ethidium bromide staining under UV light.

Results: 1. The overall prevalence of thrombophilic mutations in the 96th studied patients was 97.9%. Only two subjects were found without any mutations.

2. Prevalence rate of each of the thrombophilic mutations in overall group

Thrombophilic mutations	Factor V Leiden		PTG20210A		MTHFR C677T		MTHFR A1298C	
	Hetero-zygous	Homo-zygous	Hetero-zygous	Homo-zygous	Hetero-zygous	Homo-zygous	Hetero-zygous	Homo-zygous
Number of cases (prevalence)	27 (28.1%)	4 (4.1%)	11 (11.4%)	0	46 (47.9%)	15 (15.6%)	37 (38.5%)	10 (10.4%)

3. Prevalence of each of the mutations in each of the three clinical groups

4. Homozygous F V Leiden

Four subjects were homozygous for F V Leiden, three of them were females with history of recurrent spontaneous abortion, and two of them developed DVT after first days of caesarean delivery. The fourth patient carried another 2 polymorphism and he had a history of two episodes of venous thrombosis.

Clinical groups	Number of patients	F V Leiden	PT G20210A	MTHFR C677T	MTHFR A1298C
Venous thrombosis	32	14 (43.7%)	7 (21.8%)	18 (56.2%)	14 (43.7%)
Arterial thrombosis	10	3 (30%)	0	6 (60%)	5 (50%)
Pregnancy complications	54	14 (25.9%)	4 (7.4%)	37 (68.5%)	28 (51.85)

5. Association of thrombophilic mutation, 48 patients (50%) were found with co-segregation of alleles: 37 with 2 mutations, 10 with 3 thrombophilic mutations and 1 harbor all 4 mutations in heterozygous form.

Conclusions: 1. In the study I obtained a higher prevalence of F V Leiden and Prothrombin mutation compared with the frequency of this mutations among Caucasian subjects with VTE, while MTHFR polymorphism have rather similar frequencies.

2. Coinheritance of many genetic prothrombotic mutations increases the risk of recurrent thromboembolic disease, providing a compelling reason to consider testing for all four mutations in symptomatic individuals.

3. The molecular techniques that I used in diagnosis of thrombophilias are accurate, rapid and efficient.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ»

ИЗГОТОВЛЕНИЕ ФОРМ ДЛЯ ЛИТЬЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Гаязетдинов Р.И.

Научный руководитель – к.м.н, доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Салахов А.К.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Прообразом современного процесса литья по выплавляемым моделям является литье в формы, полученным по восковым моделям, применяемым, в частности, в ортопедической стоматологии для изготовления съемных протезов. Однако этот процесс многооперационный. Вследствие большого числа операций, технологических факторов, влияющих на размеры полости формы и соответственно отливки, может снижаться точность отливок. Поэтому определяют три важнейшие проблемы его развития: сокращение числа операций технологического процесса и их длительности, упрощение манипуляторных операций с целью их автоматизации; реализация резервов повышения точности моделей, форм и отливок, которыми обладает данный процесс; создание систем автоматизированного управления технологическим процессом.

Цель нашего исследования: сравнить методы изготовления форм для штампования изделий из силикона.

Результаты. На кафедре челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии разработан ряд устройств из силикона. Возникли трудности по их изготовлению ввиду дороговизны форм для литья. Поэтому были поставлены задачи по практической реализации означенных устройств.

Сначала были изготовлены модели из мягкого воска Belowax. Так как они сложной формы, могли возникнуть трудности их упаковки в кювету с гипсом, а затем и извлечения из гипсовой модели готового изделия из силикона. Поэтому восковое изделие было упаковано в кювету с силиконовой слепочной массой Speedex (рис. 1).

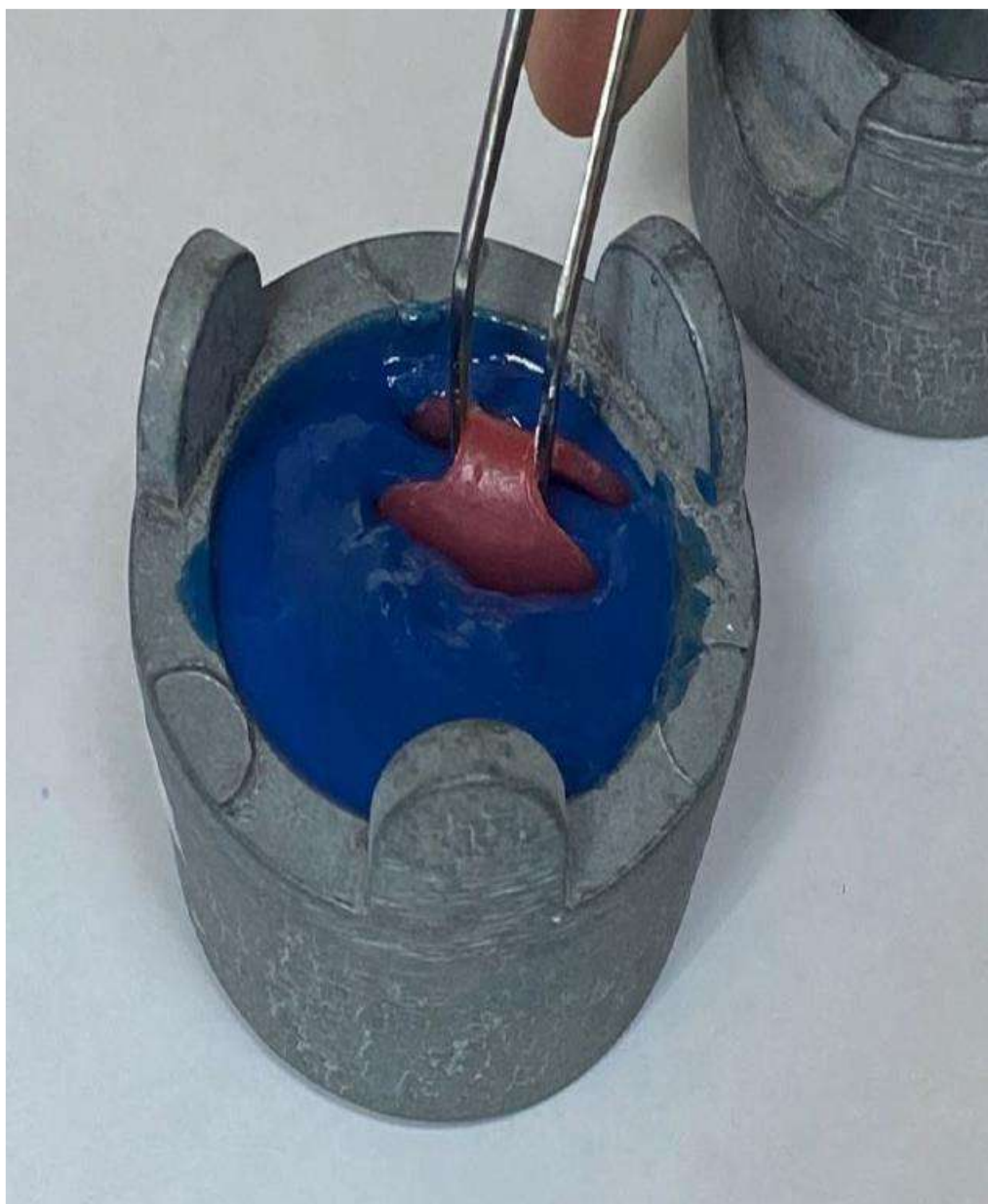


Рисунок 1. – Восковая модель упакована в кювету с силиконовой массой Speedex.

Далее, после застывания силиконовой массы, воск был выпарен горячей водой, в полученную форму внесена силиконовая масса, смешанная из основной массы и катализатора. Однако при извлечении после застывания готового изделия произошла его деформация.

Поэтому мы пошли по другому пути - новую восковую модель отсканировали на 3Д сканере и провели коррекцию поверхности (рис.2).



Рисунок 2. – Полученная 3Д модель устройства.

Далее из отсканированной модели на 3Д принтере из пластмассы распечатана форма для литья, состоящая из 4-х элементов (для удобства извлечения готового изделия). Трудности возникли только с шершавой внутренней поверхностью формы, связанной с особенностями при

распечатывании на 3Д принтере, которые нивелировали заполнением мелких неровностей лаком Протакрил-М.

Вывод: технология сканирования модели из воска с дальнейшим изготовлением формы для литья, распечатанная на 3Д принтере менее трудоемкая, но более точная.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОКИНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА- СТОМАТОЛОГА

Орлова А.Д., Вдовина Л.В., Крюкова О.Д.

Кафедра пропедевтической стоматологии

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Введение. В последнее время все больше пользуется популярностью цитокиноterapia инфекционных заболеваний в практике врача стоматолога. Цитокины – это гормоноподобные пептиды или гликопептиды с низкой молекулярной массой. Они регулируют все важные биологические процессы, в том числе размножение клеток, их рост, активацию клеток, воспаление, иммунитет и восстановление. Некоторые цитокины (например, ИЛ-8, МХП-1) оказывают хемотаксическое действие на иммунные клетки. В семейство цитокинов входят:

- Интерлейкины (ранее назывались лимфокинами)
- Цитотаксические факторы (фактор некроза опухолей)
- Интерфероны
- Колонистимулирующие факторы
- Факторы роста

Для заболеваний пародонта характерна повышенная секреция провоспалительных и катаболических цитокинов, в первую очередь активаторов ИЛ-1 и ФНО. Они активируют выделение других цитокинов, например, ИЛ-6, медиаторов воспаления, например простангландинов (ПГ-E2), и ферментов, обладающих деструктивным потенциалом (матричные металлопротеиназы). ИЛ-1 и ФНО способствует утрате костной ткани, поскольку они ингибируют ее синтез и способствуют резорбции (нарушение гомеостаза).

Одним из популярных препаратов, основывающийся на такой терапии является «Straumann Emdogain»- это гель, содержащий протеины эмалево-матрицы животного происхождения (свиные). Эта смесь натуральных протеинов запускает биологические процессы, которые обычно протекают во время образования тканей пародонта. Гель стимулирует прикрепление и пролиферацию мезенхимальных клеток, мигрирующих из здоровой части периодонтальных связок зуба. Эти клетки как раз и секретируют цитокины и аутокринные факторы роста, способствующие процессу заживления мягких и твердых тканей, для ускорения регенерации и обновления тканей.

Цель работы. Выяснить результативность используемого цитокинового препарата «Straumann Emdogain» в практике врача-стоматолога.

Материалы и методы. Во время прохождения производственной практики на базе стоматологической клиники «Альфин» мы исследовали 10 пациентов, которые имели: внутрикостные дефекты в виде остаточных карманов после полного снятия воспаления (5 человек), осложнения в виде отвержения имплантатов после его постановки (2 человека), наличие обнаженной поверхности корней- рецессия десны (3 человека).

Результаты. После нанесения «Straumann Emdogain» происходила стимуляция регенерации функционального прикрепления в ходе процедур. На поверхности корня формировалась матрица из эмалево-матричных протеинов. Матрица стимулировала прикрепление и пролиферацию мезенхимальных клеток, мигрирующих из здоровой части периодонтальных связок. Эти клетки секретировали цитокины и аутокринные факторы роста, которые способствовали пролиферации необходимых клеток. В этот момент происходила миграция и

дифференцировка вспомогательных клеток в цементобласты. Они и формируют цементную матрицу, к которой позднее прикрепляются волокна периодонтальной связки. Слой новообразованного цемента увеличивается в толщине параллельно с ростом периодонтальной связки. За несколько месяцев дефекты (8 из 10) заполнялись новообразованной периодонтальной связкой. По мере формирования периодонтальной связки происходило образование новой кости. Через год после проведенных манипуляций наблюдалась полная регенерация пародонта, состоящего из цемента, периодонтальной связки и альвеолярной кости. Также было отмечено одно из преимуществ данного препарата: повышение комфорта пациента после операции, уменьшая боль и отек, в отличие от хирургических манипуляций.

Заключение. Действительно можно сказать, что применение цитокинового препарата эффективно работает в процессе заживления и регенерации тканей пародонта. Можно предположить, что этот препарат будет эффективен в лечение внутрикостных дефектов, дефектов с вовлечением фуркаций, а также рецессии десны. Он будет улучшать заживление ран вокруг имплантатов и способствовать достижению оптимальных результатов при работе с мягкими тканями.

КЛАССИФИКАЦИЯ ШИН ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА, ТРЕБОВАНИЯ ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К ШИНАМ.

Губайдуллин Р.Р.

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии

Шамсутдинов Марсель Ильдусович.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Актуальность: на сегодняшний день во всём мире много исследований посвящается совершенствованию средств и методов лечения пародонтита, в ходе которых появляются новые идеи и разработки. Доказанным является факт, что добиться ремиссии патологического процесса в тканях пародонта без фиксации подвижных зубов невозможно, поэтому одним из этапов комплексного лечения пародонтита является шинирование подвижных зубов.

Цель: изучить различные виды шин, применяемых при заболеваниях пародонта и выявить основные требования которые предъявляются к шинам.

Шина - приспособление для укрепления группы зубов или всего зубного ряда.

На сегодняшний день имеется множество способов шинирования подвижных зубов: от простого композитного связывания до сложных авторских конструкций. В основе шинирования подвижных зубов большая роль отводится клинической картине, а именно локализованной или генерализованной клиникой пародонтита, форма которого диктует вид стабилизации: фронтальная для передних зубов, сагиттальная для боковых зубов, фронтосагиттальная и парасагиттальная или по дуге.

Требования к шинам:

1. создание прочного блока из группы зубов, ограничивая их движение в трех направлениях (вертикальном, вестибулооральном, мезиодистальном);
2. быть жесткой и прочно фиксированной на зубах;
3. не оказывать раздражающего действия на маргинальный периодонт;
4. легко и быстро исправляться;
5. замещать дефект зубных рядов по необходимости;
6. быть гигиеничной и не иметь ретенционных пунктов для зубных отложений;
7. быть биологически совместимой;
8. не нарушать эстетические и фонетические требования;
9. не нарушать окклюзионные взаимоотношения;
10. не препятствовать медицинской и хирургической терапии периодонтальных карманов

Сегодня есть большое количество разных шин, которые классифицируются по различным критериям: методика, способ изготовления, материал используемый для их производства, метод фиксации, конструкция.

Но основной классификацией считается - продолжительность (их делят на временные и постоянные)

Временное шинирование

Их применяют на короткий срок. Время пользования от нескольких недель до нескольких месяцев, изготавливают из пластмассы. Чаще данный вид шинирования проводят на период изготовления постоянной, или на период лечения пародонта. Использование таких шин улучшает трофику тканей пародонта и снижает жевательное давление.

При генерализованном пародонтите в неё включают все зубы, обеспечивая иммобилизацию по дуге.

При очаговом пародонтите протяженность шины обусловлена локализацией поражения и взаимосвязью его с зубами, у которых пародонт не поражен: шина включает в блок зубы с не пораженным пародонтом.

Пластмассовые шины - каппы, армированные металлической или неметаллической арматурой и временно фиксированные, обеспечивают лучший шинирующий эффект и позволяют восстановить дефекты зубного ряда, улучшить внешний вид пациента.

На данный момент зачастую используют волоконно-адгезивные шины, которые делят на основе органической и неорганической матриц. Они состоят из волокон полиэтилена или микроволоконного кварца. Матрицы пропитаны композитом для улучшения фиксации к зуба . Шины на основе неорганической матрицы GlasSpan (США) , шины на основе органической матрицы Ribbond (США).

Шинирующие конструкции изготавливают прямым способом из композиционного материала, который наносят с оральной поверхности зубов в виде композитной полоски и приспособливают. Эти шины отличаются своими эстетическими свойствами, высокой степенью адгезии к поверхности зубов, легко поддаются корректировке.

Постоянные шины

Данный вид шин используют в качестве лечебных аппаратов с целью укрепления зубов на длительное время. Их классифицируют на несъемные и съемные.

Несъемные - обеспечивают надежную фиксацию подвижных зубов, образуя блок, который противостоит нагрузкам при жевании. Больные легко привыкают к ним, они не вызывают эстетические нарушения и нарушения речи.

Одним из их недостатков является необходимость сошлифовывания зубов, что связано со сложными манипуляциями.

Для поддержания передней группы зубов изготавливают: коронковые, колпачковые, полукоронковые, вкладочные, кольцевые шины. Лучшая фиксация боковых зубов достигается с помощью блока из полных коронок. Обладая хорошими фиксирующими свойствами, они неудобны в эстетическом отношении.

Кроме того, выделяют внутрикорневые и внекорневые шины.

Внутрикорневые шины (Шина Мамлока): изготавливается на депульпированный зуб, состоит из металлической пластинки, располагающейся с оральной поверхности и режущего края передних зубов, фиксируется на внутрикорневых штифтах. Она имеет множество недостатков, например: необходимость депульпировать и отбачивать зуб, эстетическая неудовлетворенность и другое.

Шины внекорневые, состоят из колец, полуколец они являются более простыми и легковыполнимыми. Их недостаток - минимальная прочность конструкций в местах спайки колец и полуколец.

Съемные шины

Их шинирующие свойства проявляются за счёт комбинации опорно-удерживающих кламмеров и окклюзионных накладок.

Они могут применяться для шинирования одной группы зубов либо всего зубного ряда. При фиксации передних зубов шину желательно доводить до премоляров, а при шинировании боковых - до клыков.

Их можно включать в конструкцию дугового протеза, как составную часть. Тогда говорят о шинах-протезах. Так, необходимо рассмотреть три рода шин:

- 1) шину типа непрерывного кламмера;
- 2) шину-каппу;
- 3) единую шину для всего зубного ряда.

Список использованной литературы:

- 1) Щербаков А.С., Гаврилов Е.И., Трезубов В.Н., Жулев Е.Н. "Ортопедическая стоматология", 1998 г.
- 2) Акулович А.В., Орехова Л.Ю. "Современные методики шинирования подвижных зубов в комплексном лечении заболеваний пародонта" / "Новое в стоматологии" №4 - 1999 г.
- 3) И .Ю. Лебеденко , Э.С. Каливграджян Ортопедическая стоматология 2012 год
- 4) Каламкарров Х.А. "Ортопедическое лечение заболеваний пародонта"

**РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ
ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПРИВОЛЖСКОГО
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Зарубин Д.С.

Научный руководитель - д.м.н., доц. Тиунова Н.В.

Кафедра пропедевтической стоматологии

ФГБОУ ВО "ПИМУ" Минздрава России

Актуальность: Подготовка квалифицированных специалистов, способных к практической деятельности и ответственных за ее результаты, является одной из основных задач Высших учебных заведений с медицинской специализацией. Раньше, отучившись, выпускник медицинского Вуза поступал в интернатуру и под руководством опытных врачей он получал практические навыки, а через год с сертификатом специалиста мог самостоятельно лечить пациентов или, определившись с направлением будущей деятельности, с целью овладеть более узкой специальностью, поступал в ординатуру. В 2016 г. вступает в силу ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», который упраздняет интернатуру, и в то же время, предусматривает прохождение процедуры первичной аккредитации после получения диплома. Выпускникам предложено сразу идти работать в

первичное звено здравоохранения - поликлиники. Поэтому большое количество выпускников сталкиваются с нехваткой практических знаний, в частности, мануальных навыков. В связи с этим, вопрос качественной практической подготовки студентов во время их обучения, а главным образом, практическая подготовка на симуляторах в течение учебного семестра является актуальной в современных реалиях.

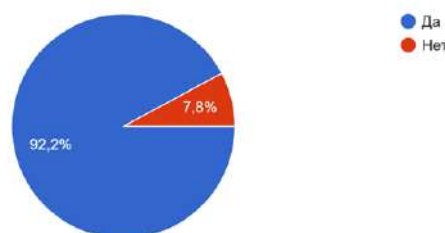
1 июня 2016 года в Приволжском исследовательском медицинском университете открылся современный стоматологический симуляционный центр.

Цель: Оценить роль симуляционного обучения в практической подготовке студентов стоматологического факультета «ПИМУ».

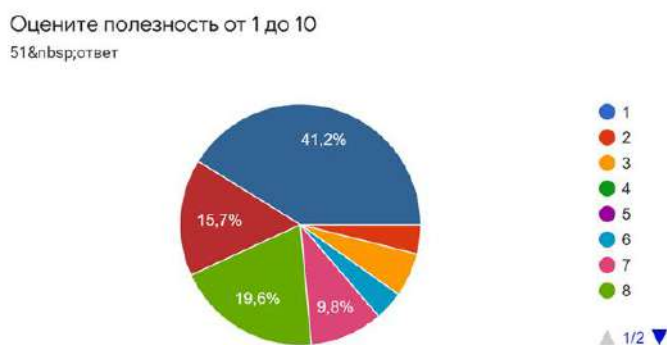
Материал и методы исследования: На базе симуляционного стоматологического центра нами был проведен опрос среди студентов четвертого курса стоматологического факультета в виде анкетирования с помощью Google-формы. Анкета разработана нами на кафедре пропедевтической стоматологии. В исследование включены 96 студентов четвертого курса стоматологического факультета, проходящие обучение в ФГБОУ ВО "ПИМУ" Минздрава России.

Результаты и их обсуждение: В течение учебного года студенты ПИМУ имеют возможность работать в симуляционном стоматологическом центре. Это позволяет сделать первые шаги в профессии, отработать мануальные навыки, этапы стоматологических манипуляций. Также преподаватель может сразу указать на ошибки и недочеты при работе в симулированных условиях, и у студента есть возможность их исправить под контролем преподавателя. Опрос показал, что большая часть студентов (92,2%) считает важным работу в симуляционных классах (рис.1),

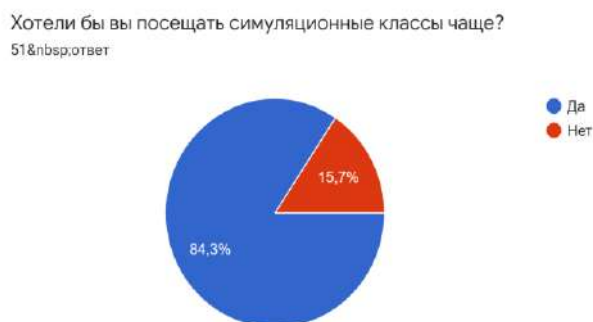
Считаете ли вы эти занятия полезными для улучшения ваших мануальных навыков?
51 ответ



а 86,3% студентов высоко оценивают пользу практической подготовки (рис.2).



Студенты также отметили, что нужно увеличить количество практических занятий в симуляционных классах, хотели бы посещать их чаще (84,3%) (рис. 3).



Закключение Таким образом, практическая подготовка в симуляционном центре являются важнейшим этапом становления высококвалифицированного специалиста.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА АНАТОМИЧЕСКОЙ СТРАТИФИКАЦИИ Л.ВАНИНИ ПРИ РЕСТАВРАЦИИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ

Николаева А.Л.

Научный руководитель - к.м.н. Халиуллина Г.Р., врач-стоматолог 1
категории Шипицын А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Цель. Анализ и применение метода анатомической стратификации Л.Ванини в практической деятельности при реставрации фронтальной группы зубов.

Методы исследования. Изучение методики Л.Ванини на основании научно-исследовательской литературы и практическое применение анатомической стратификации в собственном клиническом случае при реставрации фронтальной группы зубов.

Введение. Современные микрогибридные композиты лучше сохраняют физические характеристики твердых тканей зубов. Лоренцо Ванини предложил свою методику анатомического наложения пломбировочного материала в виде построения небной и вестибулярной стенок эмали и внутреннего дентинного корпуса, используя систему Enamel plus HFO (микрогибридный композит). В набор системы входят 3 основные эмали (GE), 7 универсальных флюоресцентных дентинов (UD), 2 интенсивные эмали (IW, IM), опалесцентные эмали (OBN, OG, OA, OW), используя которые можно воссоздать былую анатомию реставрации [2].

Результаты исследования: Главные этапы метода по Ванини – это определение цвета и заполнение таблицы цветов, которые предложил автор. Сначала определяется базовая насыщенность (цветовой оттенок) по внутреннему дентинному слою [1]. Система имеет 4 цвета, на основе которых разработаны универсальные дентинные оттенки (UD). Затем определяется яркость (G), которая определяет степень свечения самого оттенка: черный не обладает свечением, белый – максимально светится. Оценивается данный показатель в средней трети зуба. Далее определяется интенсивность, часто представленная на зубах в следующих формах: пятна, облака, снежинки и горизонтальные полосы. Следующим этапом определяется опалесценция, которая зависит от призматической структуры эмали и определяет свойство внутреннего отражения эмали, указывая на короткие волны света, отвечающие за серо-голубые эффекты, в резцовой трети и апроксимальной области. Затем определяется характеристика, состоящая из двух дентинных характеристик и трех эмалевых. Заполнив все данные в таблицу и подобрав нужные оттенки материалов можно приступать к работе. Сначала формируется небная стенка эмали с использованием силиконового ключа, затем – апроксимальная. Производится адгезивная подготовка, наносится основная эмаль (GE) на силиконовый оттиск

и после формирования небной стенки устанавливается прозрачная матрица с клином. И в толщину эмали 0,4 мм создаются проксимальные стенки [3]. Далее создается так называемый протеиновый слой с помощью материала Glass Connector для восстановления прохождения света от эмали к дентину. Дентинное тело должно быть более насыщено с десатурацией от пришеечной к режущей области и от небной - к вестибулярной. Все это создается, используя сегментарную стратификацию с применением трех разных оттенков. Например, стратификация может начинаться от пришеечной области UD3, далее UD2 до режущего края и UD1 покрывает все дентинные слои и режущую часть, где будут моделироваться маммелоны. Затем весь дентинный слой покрывается Glass Connector. Анатомическая стратификация заканчивается нанесением вестибулярной эмали, которая покрывает все вышеупомянутые порции композитов.

Вывод. Применение поэтапной структурированной методики Л.Ванини не только гарантирует получение желаемых результатов реставрации, но и облегчает процесс моделирования зуба. Предварительное заполнение предложенных автором таблиц цветов дает стоматологу уверенность в восстановлении всех физико-оптических свойств твердых тканей, а пациенту – эстетическую и функциональную удовлетворенность будущей реставрацией.

Список литературы:

1. Ванини Л., Де Симоне Ф., Таммаро С. Непрямая реставрация передних зубов при помощи композитов: предсказуемая техника для сложных случаев. // Практическая пародонтология, Эстетическая стоматология. - 1997. - №9 (7). - С.795-804.
2. Ванини Л. Контрольные фазы для проверки окончательного эстетического результата реставрации переднего сектора при помощи составов, Accad. It. Conservat. 5th Int. Congress, Riva del Garda, mag. 1997.
3. Ванини Л., Мангани Ф. Пять цветовых измерений зубов: новый способ определения и воспроизведения цвета при реставрации при помощи сложных смол. // Практическая пародонтология, Эстетическая стоматология. - 2001. -

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПО МАСЛАЧ СРЕДИ СТОМАТОЛОГОВ Г. ЙОШКАР-ОЛА В ЭПОХУ COVID-19

Казанцева Е.Р.

Научный руководитель —к.м.н., доц. Андреичева Е.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: В 2020 г. человечество столкнулось с пандемией новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Однако в то же время нельзя забывать об угрозах для здоровья людей, которые в нынешней ситуации временно отошли на второй план, в частности, психологическое состояние работников сферы здравоохранения. Вызывает серьезное беспокойство тот факт, что на фоне пандемии новой коронавирусной инфекции в России отмечен значительный рост утомляемости медицинских работников на фоне увеличения их рабочего дня. Пандемия коронавируса длится уже почти два года, и кажется, что ей нет конца. Один штамм сменяет другой, начинается новая волна, больницы снова заполняются пациентами. В современном мире профессия врача требует от специалиста, как физического здоровья, так и психоэмоциональной устойчивости, поскольку ежедневный труд медицинских работников сопряжен с воздействием комплексных стрессорных факторов, что приводит к перегрузке и быстрому физиологическому и психическому истощению.

Цель: выявление особенностей эмоционального состояния врачей – стоматологов в период пандемии COVID-19 в городе Йошкар-Ола.

Материал и методы. Исследование проводилось в форме анонимного анкетирования во время пандемии среди 54 врачей-стоматологов.

Результаты: Анкетирование проходило по методу Маслач, который дает возможность посмотреть уровень эмоционального истощения – сниженный эмоциональный фон (0 – 15 баллов – низкий уровень; 16 – 24 баллов – средний уровень; 25 баллов и выше – высокий уровень), деперсонализацию (0 – 5 баллов – низкий уровень; 6 – 10 баллов – средний уровень; 11 баллов и выше – высокий уровень), редукцию профессиональных достижений (37 баллов и выше – низкий

уровень; 31 – 36 баллов – средний уровень; 30 баллов и меньше – высокий уровень). Проведена половозрастная характеристика, проанализированы результаты анкетирования и распределены по стажу и специализации. Анкетирование прошло 54 человека (мужчин-59%, женщин-41%).

Составлялись сравнительные диаграммы, из которых было выявлено, что врачи-стоматологи: мужского пола(23,16 балла); имеющие стаж от 5 до 10 лет работы(23,7 балла); терапевты(23,6 балла); возрастная группа от 30 до 40 лет(24,6 балла) - более подвержены эмоциональному истощению.

Деперсонализации подвержены: врачи- стоматологи мужского пола (5,7 балла); имеющие стаж от 10 до 20 лет(6 баллов); терапевты(6,6 баллов); возрастная группа от 30 до 40 лет(7,2 балла).

Редукции профессиональных достижений подвержены: врачи-стоматологи мужского пола(32,84 балла); стажем более 20 лет(31 балл); челюстно-лицевые хирурги(29,3 балла); возрастная группа больше 50 лет(30,5 балла).

Выводы: В большинстве случаев профессиональное выгорание представляется как деструктивный процесс потери профессиональной эффективности, снижения коммуникативных качеств и развития нервно-психической дезадаптации вплоть до необратимых изменений личности. В зависимости от пола, стажа, возраста и специализации, врачи-стоматологи находятся на разных уровнях эмоционального выгорания. Причиной являются индивидуальные особенности личности работника. Специалисты помогающих профессий в целом подвержены большему риску, чем другие специалисты. Для врачей этот риск усугубляется постоянным взаимодействием с большим количеством людей, которые сами находятся в стрессовой ситуации.

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ РАБОТНИКОВ ДЕТСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИК

Шмидт Ю.А.

Научный руководитель- к.м.н., доцент Подзорова Е.А.

Актуальность. В настоящее время синдром эмоционального выгорания медицинских работников является все более актуальной проблемой в современной системе здравоохранения. Профессиональная деятельность медицинских работников, независимо от разновидности выполняемой работы, относится к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье людей, групп населения и общества в целом. Врачи-стоматологи детские часто находятся в атмосфере отрицательных эмоций не только маленьких пациентов, но и их законных представителей. В связи с этим необходимо вовремя определять степень эмоционального выгорания, проводить профилактику и коррекцию синдрома эмоционального выгорания.

Цель исследования: выявить наличие и определить уровень эмоционального напряжения среди врачей-стоматологов детских стоматологических поликлиник г. Барнаула в зависимости от стажа работы.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 53 сотрудника детских стоматологических поликлиник г. Барнаула со стажем работы на детском приеме от 1 года до 36 лет. Анкетирование по выявлению степени эмоционального выгорания проводилось по двум методикам: 1. Диагностика уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко (в модификации Е.Ильина), позволяющая анализировать симптомы неудовлетворенности собой, «загнанности в клетку», редукации профессиональных обязанностей, эмоциональной отстраненности и личностной отстраненности; 2. «Экспресс-оценка выгорания» (В. Каппони, Т. Новак), выявляющая первые симптомы эмоционального выгорания.

Все врачи детских стоматологических поликлиник были распределены по группам в зависимости от стажа работы: I группу составила 17 человек со стажем работы от 1 года до 9 лет, II группа 12 врачей - стаж 10-19 лет, III группа 11 врачей со стажем 20-29 лет, IV группа 10 врачей - стаж 30-40 лет; разделения по полу не учитывалось в связи с малым количеством мужчин в группах.

Результаты и их обсуждение. После анализа полученных данных отмечено, что для работников детского стоматологического приема не характерно наличие

синдрома эмоционального выгорания. Это подтверждается низкими значениями баллов по каждому симптому (по Бойко) в каждой группе по стажу работы: в I группе средняя сумма баллов 22,3; во II группе 25,0; в III 25,4; в IV 31-40 лет 37,3 балла меньше 45 баллов, что свидетельствует об отсутствии выгорания. Сумма баллов по опроснику Каппони, Новакв большинстве случаев не превышала 4 баллов, что соответствует средним показателям. Не было замечено увеличения показателей в группах по стажу работы, что говорит о продолжительном сохранении эмоциональной устойчивости и вовлеченности в профессию. В IV группе (стаж 31-40 лет) выявилось расхождение между результатами методик. По Бойко начинающееся и имеющееся выгорание было выявлено у 30%, а по Каппони, Новак у 80%. Это можно объяснить тем, что при экспресс оценке по Каппони, Новак результат указывает на начинающееся выгорание, связанное с усталостью, можно предположить, что после отпуска или выходных показатели будут ниже.

Заключение. 1. Не выявлены негативные показатели эмоционального выгорания среди врачей-стоматологов детских стоматологических поликлиник г. Барнаула в зависимости от стажа работы.

2. Методики не могут быть взаимозаменяемы, так как дают возможность оценить различные аспекты эмоционального выгорания.

3. Полную картину оценки эмоционального состояния врача можно получить с помощью комбинации методов оценки состояния.

СТРУКТУРА ИНДЕКСА ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСА У ДЕТЕЙ 6 ЛЕТ Г. ИЖЕВСКА

Глушкова П.И., Николаева О.В.

Научный руководитель – д.м.н., доцент Мосеева М.В.

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

Актуальность. В различных регионах Российской Федерации распространенность кариеса составляет 60-80% среди детей [1] и является актуальной проблемой для современной стоматологии.

Цель работы: определить структуру индекса интенсивности кариеса зубов среди детей 6 лет города Ижевска.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование школьников, учащихся муниципальных учреждений образования г. Ижевска. Работа проводилась на основании добровольного информированного согласия.

Были обследованы дети 6 лет как одной из ключевых возрастных групп по ВОЗ. Группу 6-летних детей составили 476 пациентов (238 мальчиков и 238 девочек).

У всех пациентов была определена интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ+кп(у), где К-кариозные постоянные зубы, П – запломбированные постоянные зубы по поводу кариеса или его осложнений, У – удаленные постоянные зубы по поводу кариеса или его осложнений. Для составляющей индекса кп(у) компонент «к» учитывал временные кариозные зубы, «п» - запломбированные временные зубы, «у» - временные зубы, удаленные по поводу осложненного кариеса до начала резорбции корней временных зубов.

Результаты и их обсуждение. Из 476 обследованных детей 6-ти лет у 18 были отмечены интактные зубы, это составило 3,78%.

Ранее санировано 59 детей 6 лет, это составило 12,39% от всех обследованных

Уровень стоматологической помощи составил у 6 –летних детей 54,33%.

Цифровые показатели этого индекса соответствуют удовлетворительному уровню стоматологической помощи.

Число временных зубов, пораженных и леченых по поводу кариеса и его осложнений составляет 5,03 зуба, что по классификации Т.Ф. Виноградовой соответствует субкомпенсированному течению кариеса.

Число временных кариозных зубов составило 2,46, запломбированных - 2,39, удаленных временных зубов - 0,18. Число постоянных зубов, пораженных кариесом равно 0,52, компонент «П» равен 0,39. То есть, у каждого девятого обследованного ребенка имеется поражение первого постоянного моляра.

Уровень интенсивности кариеса (УИК) у детей 6 лет равен 0,97 (высокий).

В течение года обратились к стоматологу 8,58% детей.

Проведенная работа показала недостаточную медицинскую активность родителей в отношении стоматологического здоровья детей. Так, число запломбированных временных зубов у детей 6 лет достоверно отличается от числа кариозных временных зубов, также имеются поражения и первых постоянных моляров.

Выводы. Анализ структуры индекса интенсивности кариеса у детей 6 лет города Ижевска показал высокую распространенность и интенсивность поражений твердых тканей зубов среди детей этого возраста.

Это связано с рядом факторов, уменьшение влияния которых может быть осуществлено за счет повышения стоматологической грамотности родителей за счет проведения мероприятий санитарно-просветительного характера.

Такую работу необходимо направить на выработку мотивации у родителей к регулярному посещению врача – стоматолога и на поддержание гигиены полости рта.

Наиболее целесообразным вариантом проведения такой работы является комплекс лекций и бесед с родителями в условиях детских дошкольных учреждений.

Список литературы:

1. Хамадеева А.М., Мышенцева А.П., Ливанова О.Л., Филатова Н.В. Использование европейских индикаторов стоматологического здоровья у детей Самары // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 11. – С. 159-163.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА В ПОЛОСТИ РТА НА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

Сабирязнова Р.Д., Гануми С-М.В.

Научный руководитель-к.м.н., доцент Андреева Е.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Актуальность. Начиная с декабря 2019 года и по сей день, человечество живет в эпоху пандемии коронавируса, поэтому тема постковидного времени как никогда актуальна.

Поскольку входными воротами вируса является и полость рта, изменения в этой области значительные, что требует особого внимания. Отсутствие гигиены полости рта, сопутствующие инфекции, стресс, иммуносупрессия, васкулит и гипервоспалительная реакция, вторичные по отношению к COVID-19, являются наиболее важными предрасполагающими факторами для возникновения поражений полости рта у пациентов с COVID-19. Изменения в полости рта (кандидоз, язвы) могут быть причиной и следствием одновременного и непрерывного применения многих лекарственных препаратов и их побочных эффектов. Существует гипотеза, что вирус, который проникает через АПФ2 рецепторы в эпителиальные клетки слюнных желез, реплицируются и вызывают их лизис и воспаление, это проявляется острым и хроническим сиалоаденитом, появляющимся у большинства переболевших COVID-19.

Цель. Выявление постковидных проявлений в полости рта путем осмотра и анкетирования пациентов.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование и стоматологический осмотр 58 пациентов, переболевших коронавирусной инфекцией, из которых 50-граждане РФ, 8-из Ливана (опрошены с помощью Google-формы). Создана анкета, основанная на изучении существующих на данный момент материалах клинической практики, данных отечественной и зарубежной литературы, включающая в себя вопросы о тяжести заболевания, нехарактерных изменениях во рту после болезни.

Результаты. 22% пациентов из РФ (37,5% из Ливана) болели коронавирусной инфекцией в легкой форме, 62% (25%)- средняя форма, 16% (37,5%)-тяжелая форма. Также 2/50(РФ) и 1/8(Ливан) болеют сахарным диабетом. Изменения появились у 68% в РФ в течение первого месяца, а у граждан Ливана 62,5%; 18%- в течение двух-трех месяцев и 14% (37,5%)- позже трех месяцев. В ходе анкетирования и стоматологического осмотра были выявлены новые изменения в полости рта, на которые ранее пациенты не предъявляли жалоб, такие как: герпес (16%); гингивит (42%-РФ и 25%-Ливан); пародонтоз (12%); обильное слюнотечение (4% и 12,5%); сухость во рту (24% и 87,5%); аномальный зубной налет (зеленого, темно-желтого цвета; 36% и 68%),

а также кандидоз и мукормикоз (8%). Кроме появления новых изменений в полости рта, установлены обострения ранее существующих заболеваний у 73% опрошенных, таких как кариес, хронической катаральный гингивит, пародонтит и фиброзный пульпит. В первую очередь, переболевшие отмечали неприятный запах изо рта, вероятно, обусловленный нарушениями вкусовой и обонятельной чувствительности. Стоит отметить, что все эти пациенты лечились противовирусными препаратами, антибиотиками, глюкокортикоидами, тоцилизумабом, а также применялись витамины.



Рисунок 1(а,б)- аномальный зубной налет темно-желтого и зеленого цвета.

Рисунок 2- пародонтоз, кровоточивость десен.

Выводы. Исследование показало значительное распространение изменений во рту у лиц, перенесших COVID-19. Стоит учесть, что в ходе обследования возникли некоторые несоответствия. Например, большое количество зубного камня, который появляется из-за обильного слюнотечения, и сухость во рту у одних и тех же лиц. Вероятно, это связано с тем, что вирус мутирует и появляются новые штаммы. Наши собственные исследования соответствуют анализу литературы.

Список литературы.

Модина Т.Н., Цинеккер Д.Т., Харитоновна М.А., Махди Мохаймен Мхмуд Махди, Мамаева Е.В., Усманова И.Н. SARS-CoV-2 в полости рта и обострение хронической пародонтальной патологии у пациентов с новой

коронавирусной инфекцией (COVID-19)// журнал проблемы в стоматологии. – 2021. - № 1. – С. 70-75.

Yasuo Okadaa, Ken Yoshimura, Shuji Toya, Makoto Tsuchimochi. (2021). Pathogenesis of taste impairment and salivary dysfunction in COVID-19 patients. Japanese Dental Science Review 57 (2021) 111–122.

Сулаймонова Г.Т., Шомуратова Р.К., Ахмедова Ф.Н., Сафаров Б.Н. Характеристика изменений слизистой оболочки и микрофлоры полости рта при коронавирусной инфекции// сборник статей IX Международной научно-практической конференции.-2021. С. 154-158.

ИНОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКА

Бушеев Д.О., Шамиева К.В.

Научный руководитель- асс.каф. Орт.стом. Салеева Л.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Благодаря использованию информационных технологий в медицине и, в частности, в стоматологии можно добиться высокого качества выполняемых работ, а также универсальности решаемых задач. Появились термины «стоматологическая информатика» и «компьютерная стоматология».

В настоящее время в ортопедической стоматологии существует несколько сложностей: оттискные материалы ограничивают врача ортопеда и зубного техника во времени, при использовании оттискных материалов могут оставаться дефекты, которые снижают точность при изготовлении конструкции. При планировании протезирования необходимо наглядно показать пациенту результат, который будет получен в результате протезирования.

В настоящее время, стоматологи все чаще используют 3д технологии для решения данных задач. К примеру, CAD/CAM система.

Из-за разнообразия технологий и материалов, используемых при создании стоматологических CAD/CAM систем, основным принципом работы всех

современных стоматологических CAD /CAM систем является сбор данных о рельефе, построение виртуальной модели, и, непосредственное производство.

При помощи программного пакета можно решать целый спектр задач как на лабораторной стадии, так и на клинической.

Современная система CAD/CAM способствовала продвижению ортопедической стоматологии в реализации профессиональных практических решений на новый качественный уровень. Высокие достижения в этой области позволяют создавать высокоточные цифровые модели зубов, а также получать высокоточную объективную информацию с ее последующим анализом, что значительно повышает качество ортопедического лечения. Благодаря аппаратно-программным комплексам возможно электронное моделирование зубов с высокой степенью точности, что открывает путь к решению целого ряда разнопрофильных клинических задач.

Целевое комплексное включение в работу стоматологической службы цифровых технологий позволяет вывести ее на абсолютно новый уровень как в вопросах качества и доступности медицинской помощи, так и с позиций управления, статистического и экономического анализа деятельности медицинских организаций и учета работы врачей, получения ими профессиональных компетенций.

Список литературы:

- 1) Лебедеико, И. Ю. Ортопедическая стоматология / под ред. И. Ю. Лебедеико, С. Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019.
- 2) Лебедеико, И.Ю. Внедрение в стоматологическое образование компьютерного моделирования лечебных технологий / И.Ю. Лебедеико, М.В. Ретинская, И.В. Мастерова, В.И. Хван, К.Э. Горяинова 2015
- 3) Горелова В.А., Орехов С.Н., Матвеев С.В. 2016. CAD/CAM - технология в ортопедической стоматологии. Международный студенческий научный вестник. 4-3: 246-248.

4) Карапетян Т.А., Перунов А.Ю. 2018. Технология CAD/CAM - ортопедическая стоматология будущего. Бюллетень медицинских интернет-конференций. 8 (2): 63-64.

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КСЕРОСТОМИИ

Гильманова Диана Альбертовна

Научный руководитель - к.м.н., доцент Торгашова О.Е.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Жалобы на сухость слизистой оболочки полости рта, как следствие влияния различных системных заболеваний, состояний и других причин на слюнные железы носит частый характер. Секреция слюны понижается при эндокринных заболеваниях: гипотиреозе, сахарном диабете, а также физиологическом климаксе, авитаминозе, анемии, заболевании нервной системы. Как временное явление олигосалива можно наблюдать при острых инфекционных заболеваниях: дизентерия, эпидемический гепатит, а так же при хроническом гастрите, гепатохолецистите. Вопрос поиска доступных методов коррекции ксеростомии актуален, информированность врачей-стоматологов и пациентов по данному вопросу недостаточна.

Цель исследования: Изучить возможность применения различных препаратов для заместительной коррекции ксеростомии в Республике Татарстан.

Задачи: На основании справочных данных и данных литературы провести анализ имеющихся на рынке средств искусственной слюны и их доступности.

Материалы и методы: проведен анализ отечественной и зарубежной научной литературы о достижениях в области симптоматического лечения ксеростомии путём использования искусственных заменителей слюны.

Результаты и их обсуждение. По данным литературы установлено, что врачи стоматологи давали рекомендации пациентам, страдающим ксеростомией, к применению специальных, увлажняющие полость рта средства, только в 29% случаев [1]. В настоящее время существуют 2 группы препаратов для заместительной терапии: 1) на основе муцина; 2) на основе лактопероксидазы, глюкоксидазы, ксилитола (биотин). Увлажняющие средства представлены в виде спреев, гелей,

зубных пасты, ополаскивателей. Чаще всего рекомендуется применять увлажняющие спреи для полости рта, в состав которых входят минеральные соли и компоненты, аналогичные тем, которые содержатся в ротовой жидкости [2]. «Бенсиллол» – первый отечественный препарат искусственной слюны на основе метилцеллюлозы. Однако, он не получил широкого практического применения в России [3]. Препараты «Saliva Orthana» (Nycomed), «Biotene» и «Oral Balance» (Laclede), «Bioextra» (Bio-X Healthcare), «Saliva Natura» (Medac), «Xerostom» (Curaprox), «Dry Mouth Gel» (GS), к сожалению, практически не представлены на российском рынке. Нам удалось установить доступность к назначению и использованию только одного препарата для коррекции симптомов ксеростомии – это спрей «Гипосаликс».

Заключение: по результатам проведенного исследования, установлено, что врачи стоматологи имеют недостаточно информации о средствах заместительной терапии при ксеростомии, а фармакологический рынок предлагает ограниченный выбор препаратов для коррекции недостаточной работы слюнных желез.

1. Аракелян М.Г. Сравнительная характеристика средств, облегчающих проявления ксеростомии: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14 / Аракелян Марианна Георгиевна. – Москва, 2017. –134с.

2. Васильев Г.А., Ромачева И.Ф., Кац А.Г., Фролова А.Т. Лечение ксеростомии галантамином//Стоматология, 1972, т. 51, No2,с.42-45.

3. Леонтьев В.К. Слюна / В.К. Леонтьев. – М.: 2000. – 230 с.

ТЕЛЕМОНИТОРИНГ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 В ПЕРИОД ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Набиева З.И., Емельянова Д.А.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Андреичева Е.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: в настоящее время наиболее остро стоит вопрос оценки стоматологического статуса пациентов с COVID-19 ввиду малой изученности

болезни и её осложнений в качестве обострения стоматологических заболеваний. Одним из вариантов контроля стоматологического статуса пациентов в период острого течения болезни является телемониторинг. Телемониторинг позволяет наблюдать за динамикой проявления COVID-19 в полости рта без контакта с больными.

Цель исследования: провести телемониторинг стоматологического статуса пациентов с COVID-19 в период острого течения болезни, с целью акцентирования внимания врачей на обострение заболеваний полости рта.

Задачи: провести дистанционный мониторинг пациентов с COVID-19, выявить основные проявления заболевания и описать их локализацию в полости рта. Оценить стоматологический статус пациентов с SARS-CoV-2.

Методы исследования: удалённый мониторинг здоровья пациентов с использованием мессенджеров. Анкетирование. Были применены базы данных PubMed, eLIBRARY.RU; с использованием поисковых терминов COVID-19, SARS-CoV-2, стоматологический статус.

Результаты проведенного исследования: было исследовано 27 пациентов в период острого течения COVID-19 (13 женщин и 14 мужчин в возрасте 35-56 лет), проживающих на территории Казани. Благодаря изученной тематической литературе удалось выявить наиболее широко распространенный ряд SARS-CoV-2- ассоциированных осложнений в ротовой полости и составить опросник, включающий в себя основные жалобы. Данный опросник в дальнейшем был использован пациентами с целью самостоятельной оценки стоматологического статуса. По данным исследования, 100% пациентов, страдающих от COVID-19, предъявляли жалобы на стоматологические осложнения. Наиболее распространенными были жалобы: высыпания на слизистой ротовой полости, ксеростомия, появление афт во рту, трещины, обложение слизистых оболочек налетом, галитоз, появление бляшек, дисгевзия, жжение, пародонтологические осложнения. В добавление к этому, заболевания пародонта были выявлены у 100% лиц. Исходя из возраста и степени тяжести COVID-19 наблюдались проявления гингивита или же пародонтита. У 97% участников исследования были жалобы на неприятный запах изо рта, что может быть связано с

появлением грамотрицательных бактерий, которыми отягощается течение новой коронавирусной инфекции. Галитоз был больше распространен среди женщин, нежели мужчин. Также у 61% пациентов различного возраста были выявлены симптомы обсеменение ротовой полости грибами рода *Candida*, что вызывало: жжение, дисгевзию, болезненность. В заключение следует отметить, появление язв на слизистой щек у 48% пациентов с жалобами, характерными для рецидива хронического афтозного стоматита.

Ко всему прочему, на фоне исследования возник вопрос: «Являются ли патологические элементы в ротовой полости первичным симптомом течения COVID-19 или же его осложнением при медикаментозном лечении?».

Вывод: стоит отметить, что инфицирование новой коронавирусной инфекцией в подавляющем большинстве случаев ведет к изменению стоматологического статуса пациентов в худшую сторону. В настоящее время медицинскому сообществу необходимы более расширенные исследования в области мониторинга стоматологических заболеваний, их этиопатогенеза и клинического течения у лиц с SARS-CoV-2.

ВЫБОР ПЛАСТМАССЫ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ БАЗИСОВ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ.

Тарасова Т.В., Самарханова Э.Н.

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии

Шамсутдинов М.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Большинство пациентов, обращающихся в клинику ортопедической стоматологии, нуждаются в изготовлении частичных и полных съемных пластиночных протезов. Данные конструкции изготавливаются из различных видов пластмассы.

В середине прошлого века была предложена технология изготовления базиса из акриловых пластмасс, которые нашли широкое применение в мировой стоматологической практике. Протезы из полиметилметакрилата пользуются

большим спросом и в современной стоматологии. Благодаря своим физико-механическим свойствам конструкции из акрилата имеют ряд преимуществ:

- равномерное распределение нагрузки на слизистую оболочку;
- возможность ремонта конструкции при повреждении;
- легкий вес;
- простота в использовании и гигиене;
- простота изготовления;
- доступность.

Однако, несмотря на широкое применение акриловых пластмасс для изготовления базисов пластиночных протезов, выявляются и отрицательные их качества:

- долгая адаптация к протезу;
- наличие микропористости;
- наличие остаточного мономера;
- малая прочность к переменным нагрузкам при жевании;
- недолговечность (срок службы 3-5 лет);
- возможность повреждения слизистой оболочки;
- снижение вкусовых, тактильных, температурных ощущений;
- ухудшение дикции.

В последнее время в клинику ортопедической стоматологии все чаще обращаются пациенты с отягощенным аллергоанамнезом, поэтому наличие остаточного мономера в базисе съемного пластиночного протеза, который оказывает токсическое действие на слизистую оболочку, ограничивает применение акриловых пластмасс. В связи с этим появляется необходимость использования новых материалов, более безопасных для пациентов.

Альтернативой акрилату являются протезы из нейлона и ацетала. Нейлон – синтетический материал, состоящий из полиамидов.

Преимущества нейлоновых протезов:

- повышенная гибкость

- повышенная прочность, позволяющая выдерживать существенные нагрузки
- точная посадка и надежная фиксация
- легкий вес
- отсутствие остаточного мономера => минимальный риск развития аллергических реакций
- отсутствие металлических элементов в составе протеза, что снижает риск индивидуальной непереносимости
- быстрое привыкание
- длительный срок использования протеза

Недостатки нейлоновых протезов:

- неравномерное неестественное распределение жевательной нагрузки (в виду своей гибкости)
- сложность изготовления и полировки
- сложность или невозможность проведения починки и/или перебазировки
- дороговизна
- невозможность использования классических средств для чистки протезов

Ацетал имеет биохимическое происхождение и относится к синтетическим смолам.

Преимущества ацеталовых протезов:

- высокая прочность, устойчивость к истиранию (по прочности сравнимы с металлическими протезами)
- эстетичность (выше по сравнению с акриловыми и нейлоновыми протезами)
- легкий вес
- эластичность
- быстрая адаптация к протезу
- меньшее изменение вкусовых, тактильных и температурных ощущений
- отсутствие остаточного мономера
- долговечность конструкции (5-7 лет)

- не травмирует слизистую оболочку полости рта
- доступная цена
- простота ухода

Недостатки ацеталовых протезов:

- ненадежная фиксация (эластичность протеза не способствует стабильному положению протеза при жевании)
- пористая структура материала
- неравномерное неестественное распределение жевательной нагрузки (в виду своей гибкости)

Таким образом, приходим к выводу, что современные материалы, применяемые для изготовления базисов съемных пластиночных протезов, являются альтернативой акриловым пластмассам и решают многие проблемы, возникающие у пациентов при применении традиционных пластмасс.

Список литературы:

1. Ричард ванн Нурт Основы стоматологического материаловедения. - 2-ое изд. - г. Шеффилд, Англия: 2002. - 297 с.
2. Линченко, И.В. Влияние выбора материала на адаптацию пациентов к съемным пластиночным протезам при повторном протезировании / И.В. Линченко. – Волгоград : , 2015. – <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-vybora-materiala-na-adaptatsiyu-patsientov-k-semnym-plastinochnym-protezam-pri-povtornom-protezirovanii/viewer>
3. Особенности использования нейлона для временного и постоянного протезирования в клинике ортопедической стоматологии // DentalMagazine URL: <https://dentalmagazine.ru/posts/osobennosti-ispolzovaniya-nejlona-dlya-vremennogo-i-postoyannogo-protezirovaniya-v-klinike-ortopedicheskoy-stomatologii.html>
4. Лебедеенко И.Ю., Серебров Д.В., Коваленко О.И. Использование термопластов в клинике ортопедической стоматологии // Российский стоматологический журнал. - 2008. - № 3. - С. 58-60.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ «ОККЛЮЗИОННОГО КЛЮЧА» В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Хайруллин А.Е.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Халиуллина Г.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальным становится поиск подходов, позволяющих снизить затрачиваемое время и запрос на мануальные навыки специалистов в повседневной работе при одновременном повышении функциональных и эстетических характеристик выполняемых ими реставрационных работ. Запрос на эстетическую компоненту в стоматологической практике неуклонно растет с каждым годом. В последнее время появляется много новых подходов и техник позволяющих быстро решать поставленные задачи без ущерба качеству.

Цель: Оценка целесообразности использования методики «окклюзионного ключа» в терапевтической стоматологии.

Обсуждение: Относительно простым, недорогим и доступным способом проведения стоматологической реставрации является методика «окклюзионного композитного ключа» (штамптехника), которая позволяет ускорить реставрацию жевательных поверхностей моляров и премоляров с хорошими эстетическими результатами. Эта техника позволяет воспроизвести исходную анатомию зуба при препарировании фиссурного кариеса, заканчивающегося объемным иссечением некротизированного дентина и здоровой эмали. К сожалению, при таком иссечении здоровых тканей уничтожается природная анатомия зуба. Безусловно, в данном случае речь идет не об ошибочном препарировании, скорее - о необходимости иссечения тканей, формирующих нависающие края. Но с другой стороны, данные ткани определяют архитектонику окклюзионной поверхности - самой сложной для создания при реставрации, которая должна восстанавливать не только анатомию зуба, но и его функциональную активность. Даже небольшое завышение приводит к возникновению травматического пункта, провоцирующего очаговый воспалительный процесс даже в интактном пародонте. Неверно восстановленный межбугорковый контакт или

завышение/занижение окклюзии, могут спровоцировать дисфункцию височно-нижнечелюстного сустава, или вызвать осложнение в виде синдрома Костена, лечение которого весьма затруднительно. Поэтому, среди задач любой реставрации, следует ставить на первое место восстановление протетической полноценности зуба.

Заключение: Предложенный метод максимально прост, однако позволяет стоматологу не только экономить время необходимое для моделирования реставрации, но также снижает окклюзионно-артикуляционную припасовку, поскольку полученный ранее слепок точно повторяет жевательную поверхность зуба до препарирования. Возможности этой техники весьма многообещающи, однако необходимо на практике оценивать ее эффективность и эргономичность для дальнейшего внедрения в клиническую практику.

ПРИЧИНЫ РАННИХ ЛУНОЧКОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Хасанов К.Б., Гиззатуллин А.Ф.

Научный руководитель – ассистент кафедры, к.м.н. Нестерова Е. Е.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Ранние луночковые кровотечения остаются актуальной проблемой на стоматологическом, хирургическом амбулаторном приеме врачей стоматологов-хирургов. Анализ литературы и первичной медицинской документации показывает, что оценку степени тяжести и эффективности лечения стоматологи-хирурги осуществляют на основании жалоб больного и клинической картины заболевания. Постэкстракционное кровотечение (ПЭК) - это продолжение кровотечения без образования сгустка в течение 8-12 часов.

Цель исследования: Изучить классификацию луночковых кровотечений, которые могут возникнуть во время и после операции удаления зуба.

Задачи исследования: На основании данных литературы систематизировать сведения о причинах луночковых кровотечений.

Луночковое кровотечение является местным осложнением после удаления зуба. Пациентов с этим осложнением составляет от 0,25 до 5% [2]. Вытекшая кровь в последующем формирует кровяной сгусток и способствует заживлению

открытой раны. После удаления зуба в благоприятных условиях кровотечение останавливается через 5-10 минут за счет сгустка, который защищен марлевым тампоном.

Классификация луночковых кровотечений по срокам развития:

первичное – образуется сразу после удаления зуба;

вторичное – образуется спустя какое-то время после удаления зуба (от нескольких часов до нескольких суток).

Причины образования луночковых кровотечений можно разделить на местные и общие:

Местными причинами луночковых кровотечений могут являться: повреждение сосудов мягких тканей, кости и связочного аппарата при травматичном проведении операции. К местным причинам относится прекращение действия вазоконстрикторов, применяемых с анестетиком.

К общим причинам кровотечений относятся заболевания, нарушающие свертывание крови (гемофилия, ангиогемофилия); пациенты, находящиеся на антикоагулянтной терапии; больные отягощенные сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В процессе длительной кровопотери состояние пациента осложняется ухудшением самочувствия, бледности кожных покровов, увеличения частоты сердечных сокращений, акрациоза. Перечисленная симптоматика несёт угрозу для жизни пациента.

В условиях стоматологической клиники остановку кровотечения проводят введением в лунку турунды с йодоформом, гемостатической губки, при разрыве слизистой десны следует на рану наложить швы, при повреждении сосуда - выполняют его лигирование.

Если причиной кровотечения являются заболевания, связанные с сопутствующей патологией, то пациенту обязательно прием препаратов, направленных на стабилизацию соматической составляющей.

Вывод: Перед удалением зуба обязательно собрать анамнез с целью выявления у пациента сопутствующей патологии. При появлении сомнений

назначить общий развернутый анализ крови. При отклонении от нормы рекомендована консультация специалистов.

Список литературы:

1. Кулаков А.А. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия, 2018
2. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия: учеб. / А.А. Тимофеев. Киев: Медицина, 2010 – 138с.

ИНОВАЦИОННЫЙ МЕТОД ПОЛУЧЕНИЯ ОТТИСКА

Бушеев Д.О., Шамиева К.В.

Научный руководитель- асс.каф. Орт.стом. Салеева Л.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Благодаря использованию информационных технологий в медицине и, в частности, в стоматологии можно добиться высокого качества выполняемых работ, а также универсальности решаемых задач. Появились термины «стоматологическая информатика» и «компьютерная стоматология».

В настоящее время в ортопедической стоматологии существует несколько сложностей: оттискные материалы ограничивают врача ортопеда и зубного техника во времени, при использовании оттискных материалов могут оставаться дефекты, которые снижают точность при изготовлении конструкции. При планировании протезирования необходимо наглядно показать пациенту результат, который будет получен в результате протезирования.

В настоящее время, стоматологи все чаще используют 3д технологии для решения данных задач. К примеру, CAD/CAM система.

Из-за разнообразия технологий и материалов, используемых при создании стоматологических CAD/CAM систем, основным принципом работы всех современных стоматологических CAD /CAM систем является сбор данных о рельефе, построение виртуальной модели, и, непосредственное производство.

При помощи программного пакета можно решать целый спектр задач как на лабораторной стадии, так и на клинической.

Современная система CAD/CAM способствовала продвижению ортопедической стоматологии в реализации профессиональных практических решений на новый качественный уровень. Высокие достижения в этой области позволяют создавать высокоточные цифровые модели зубов, а также получать высокоточную объективную информацию с ее последующим анализом, что значительно повышает качество ортопедического лечения. Благодаря аппаратно-программным комплексам возможно электронное моделирование зубов с высокой степенью точности, что открывает путь к решению целого ряда разнопрофильных клинических задач.

Целевое комплексное включение в работу стоматологической службы цифровых технологий позволяет вывести ее на абсолютно новый уровень как в вопросах качества и доступности медицинской помощи, так и с позиций управления, статистического и экономического анализа деятельности медицинских организаций и учета работы врачей, получения ими профессиональных компетенций.

Список литературы:

- 1) Лебедеико, И. Ю. Ортопедическая стоматология / под ред. И. Ю. Лебедеико, С. Д. Арутюнова, А. Н. Ряховского - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019.
- 2) Лебедеико, И.Ю. Внедрение в стоматологическое образование компьютерного моделирования лечебных технологий / И.Ю. Лебедеико, М.В. Ретинская, И.В. Мастерова, В.И. Хван, К.Э. Горяинова 2015
- 3) Горелова В.А., Орехов С.Н., Матвеев С.В. 2016. CAD/CAM - технология в ортопедической стоматологии. Международный студенческий научный вестник. 4-3: 246-248.
- 4) Карапетян Т.А., Перунов А.Ю. 2018. Технология CAD/CAM - ортопедическая стоматология будущего. Бюллетень медицинских интернет-конференций. 8 (2): 63-64.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

ИЗУЧЕНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Гарипова Д.Ф.

Научный руководитель: доцент, к. фарм. н. Грибова Я.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Каждый день человек контактирует с огромным количеством бактерий и вирусов и, казалось бы, наш организм обладает высокой степенью защиты, благодаря которой происходит своевременное распознавание, переработка и уничтожение чужеродных веществ. Стоит отметить, что у 90% россиян имеются признаки снижения иммунитета, которые возникают под воздействием отрицательных социальных и экологических условий. Проблема профилактики и лечения острых инфекций продолжает оставаться актуальной. Помимо уже известных традиционных средств укрепления здоровья, в практике используют иммунологические методы терапии. Иммуномодуляторы - это природные или синтетические вещества, способные оказывать регулирующее действие на иммунную систему.

Цель исследования: изучить ассортимент иммуномодулирующих лекарственных препаратов на уровне Российской Федерации и Республики Татарстан.

Материалы исследования: Государственный реестр лекарственных средств, прайс-листы оптовых поставщиков Республики Татарстан.

Методом исследования является контент-анализ Государственного реестра лекарственных средств и прайс-листов оптовых поставщиков Республики Татарстан.

Проанализирован ассортимент изучаемой группы лекарственных препаратов в Государственном реестре лекарственных средств Российской Федерации, выявлены удельный вес жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов, вид лекарственной формы. По результатам анализа сводных прайс-листов организации оптовых поставщиков Республики Татарстан

выявлен ассортимент жизненно-необходимых и важнейших лекарственных средств, удельный вес, определены группы лекарственных средств по ценовой доступности, производители и вид лекарственной формы. Также установлен процент присутствия изучаемой группы из Государственного реестра на оптовом фармацевтическом рынке Республики Татарстан.

Таким образом, проанализировав ассортимент иммуномодулирующих лекарственных препаратов на уровне Российской Федерации и Республики Татарстан, можно сделать вывод, что ассортимент является достаточно полным и входит в группу средней ценовой доступности.

СУТОЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОГЛОЩЕНИЯ РАСТЕНИЯМИ СОЛНЕЧНОГО СВЕТА В РАМКАХ ИССЛЕДОВАНИЯ КРИПТОХРОМ- ОПОСРЕДОВАННОЙ МАГНИТОРЕЦЕПЦИИ

Капрович Е.В.

Научный руководитель – к.с.-х.н., доцент Института фармации Ситникова Н.В.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет

Эволюция флоры происходила уже в присутствии геомагнитного поля, можно предположить, что растения обладают рядом специализированных механизмов, отвечающих за восприятие и приспособление к влиянию магнитных полей (МП). В пользу этого предположения говорит обнаружение у перелетных птиц магниточувствительных белков криптохромов, участвующие в восприятии силовых линий геомагнитного поля для ориентации в пространстве при сезонной миграции. К тому же, было доказано, что криптохромы также присутствуют у растений (в частности, у *Arabidopsis thaliana*) и участвуют в фототропических реакциях.

После подбора оптимальных параметров разработанную методику стимуляции развития растений МП можно будет использовать в различных сферах, начиная от ускорения роста лабораторных образцов, клеточных культур, предназначенных для использования в процессе обучения или для других

экспериментов, и заканчивая выращиванием растений на космических станциях в условиях недостаточной гравитации.

Целью работы является выяснение механизмов и результатов взаимодействия растений с переменным и постоянным МП. Для этого был проведен анализ аналогичных исследований и поставлен эксперимент, демонстрирующий разницу во влиянии переменного и постоянного искусственных МП на растения. Установлено, что при энергии МП $2,50 \cdot 10^{-3}$ Дж и ее плотности $1,1 \cdot 10^{-6}$ Дж/см³ постоянное МП увеличивает всхожесть семян на 58,00% ускоряет прорастание на 6 сутки на 75,00% по сравнению с контрольной группой, а переменное МП увеличивает всхожесть на 34,67% и ускоряет прорастание на 16,67% по сравнению с контрольной группой. Также установлена высокая корреляция между исследуемыми параметрами (длиной стебля, количеством настоящих листьев) и воздействующими факторами (температурой, энергией МП), причем в некоторой степени МП (по сравнению с температурой) в большей степени влияет на закладку и развитие листьев, чем на длину стебля.

Дальнейшие эксперименты должны подтвердить или опровергнуть участие криптохромов в восприятии магнитного поля. Для этого необходимо выявить комплексное влияние магнитных полей и синего света в диапазоне, соответствующем поглощению криптохромов. Непрерывное воздействие ультрафиолетом на растения не представляется возможным, поэтому был проведен предварительный эксперимент по исследованию суточных колебаний поглощения ультрафиолета растениями. Измерения производились косвенно при помощи кремниевых и германиевых фотодиодов. Установлено, что в нашей широте поглощение ультрафиолета наиболее интенсивно в предполуденные часы, следовательно, оптимальным является освещение растений ультрафиолетом с 10 до 12 часов.

ПРОИЗВОДСТВО МЯГКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ НА АО ТАТХИМФАРМПРЕПАРАТЫ

Каримова А. Ф.

Научные руководители - Камаева С.С. д.фармац.н. доцент Института фармации,
Меркурьева Г.Ю. к.фармац.н. доцент Института фармации,
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Летняя практика на 4 курсе в 2021 году проходила на АО «Татхимфармпрепараты». Предприятие располагает высоким научно-техническим потенциалом и обладает достаточными производственными мощностями, которые позволяют за год выпускать более 130 наименований готовых лекарственных средств. Производство оснащено самым современным технологическим оборудованием. АО «Татхимфармпрепараты» в год производит около 20 млн упаковок стерильных и нестерильных мазей. Продукция поступает на внутренний рынок, а также на экспорт.

На практике ознакомились с цехами, в которых изготавливались различные лекарственные формы. Производство мягких лекарственных форм хоть и уступает в количестве твердым лекарственным препаратам, но все равно занимает особое место в частоте использования. Так как мягкие лекарственные формы в основном применяют местно, то чаще всего их используют при лечении дерматологических, аллергических, кожных заболеваний, что говорит об их актуальности.

Цель работы заключается в изучении ассортимента мягких лекарственных форм и технологии их производства на АО «Татхимфармпрепараты».

Для реализации поставленной цели сформулированы следующие задачи:

1. Изучить оснащение и оборудование, используемое в производстве мазей на АО «Татхимфармпрепараты»;
2. Рассмотреть технологию мазей;
3. Изучить технологический процесс производства мазей на АО «Татхимфармпрепараты».
4. Рассмотреть ассортимент мягких лекарственных форм, выпускаемых на АО «Татхимфармпрепараты».

Мази — это мягкие лекарственные средства для местного применения, дисперсионная среда которых при установленной температуре хранения имеет неньютоновский тип течения и высокие значения реологических параметров.

На предприятиях технология производства мазей состоит из несколько основных стадий:

1. Санитарная подготовка производства, обработка помещений, оборудования, санитарная подготовка персонала;
2. Подготовка сырья и материалов (лекарственных веществ, основы, упаковки, тары, и др.);
3. Введение лекарственных веществ в основу;
4. Гомогенизация мазей;
5. Стандартизация готового продукта;
6. Фасовка, маркировка и упаковка готовой продукции.

На АО «Татхимфармпрепараты» изготавливается около 20 наименований мягких лекарственных препаратов, относящихся к различным фармакологическим группам. Например, противовоспалительные, анальгезирующие средства - Диклофенак гель 1%, Спазгель 2,5%; противовирусные средства - Ацикловир мазь 5%; противоаллергическое средство Гидрокортизон мазь глазная 0,5%; противомикробные средства - Офтоципро мазь глазная 0,3%, Тетрациклин мазь глазная 1%, Эритромицин мазь 10 000 ЕД в 1 г; средства, регулирующие метаболические процессы - Декспантенол мазь 5%, Метилурацил мазь 10%.

В заключение хочется сказать, что АО «Татхимфармпрепараты» совместно с ведущими научными и учебными заведениями ведет разработку новых, эффективных и безопасных лекарственных препаратов.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО СПРОСА НА ВИТАМИНОСОДЕРЖАЩИЕ БАД В АПТЕКЕ

Коновалова С.В.

Научный руководитель – ассистент Воронина Е.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В настоящее время наблюдается дефицит витаминов и микроэлементов в питании населения, поэтому пользуются спросом витаминсодержащие биологически активные добавки (БАД), реализация которых осуществляется в том числе в аптеках.

Целью исследования явилось изучение ассортимента витаминсодержащих БАД в аптеке сети «Фармленд» и спроса на них.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явился ассортимент БАД. В работе использованы методы анкетирования (2 Google-формы анкет), ассортиментного, логического и АВС-анализа.

Результаты и обсуждение. Разработаны две авторские анкеты, предназначенные для оценки потребительских предпочтений как посетителей аптеки, так и фармацевтических работников.

Установлено, что у посетителей аптеки БАДы, содержащие витамины, пользуются популярностью наравне с витаминсодержащими лекарственными препаратами (по 40% ответов). Из представленного в аптеке ассортимента наибольшей популярностью пользуются БАДы, произведенные в США (41,2%), России и Германии (по 29,4% ответов). Посетители аптеки приобретают БАДы преимущественно без рекомендации врача (69,2%).

Результаты анкетирования фармацевтических работников аптеки показали, что в отношении производителя БАД предпочтение отдается зарубежным - Германия и США (по 50% ответов). В 50% случаев сотрудники аптеки приобретали БАД после консультации с врачом.

Установлены значения показателей ассортимента витаминсодержащих БАД: коэффициент широты - 55%, коэффициент глубины - 54%, коэффициент полноты - 42% и коэффициент устойчивости ассортимента - 66%. Данные результаты в целом являются удовлетворительными, однако имеется возможность расширения ассортимента витаминсодержащих БАД.

Проведенный АВС-анализ ассортимента позволил определить витаминсодержащие БАД, пользующиеся наибольшим спросом (группа А), средним (группа В) и наименьшим спросом (группа С). Из 179 наименований, представленных в аптеке, 43 позиции (24% от общего ассортимента) были

отнесены к группе А («Магний В6», «Супрадин Кидс»); удельный вес в общей выручке за 2021 год от продаж витаминсодержащих БАД - 78%. 50 позиций (27,9% от общего ассортимента) были отнесены к группе В, пользующихся средним спросом, 15,3% выручки от продаж. Наибольшее количество позиций было отнесено к группе С, в которую вошло 86 наименований (48% от общего ассортимента), выручка от их продаж составила 6,7%.

Заключение. Витаминсодержащие БАД пользуются активным спросом у посетителей аптек и фармацевтических работников, преимущественно выбор совершается в пользу зарубежных производителей. Выбор БАД потребителями осуществляется чаще без назначения врача. Наибольшую выручку от реализации витаминсодержащих БАД приносят 2 торговых наименования. Показатели ассортимента витаминсодержащих БАД в аптеке являются удовлетворительными, однако возможно расширение номенклатуры.

ПРОИЗВОДСТВО БЕФУНГИНА НА АО "ТАТХИМФАРМПРЕПАРАТЫ"

Мотыгуллина Л.И.

Научные руководители – Меркурьева Г.Ю. к.фармац.н., доцент Института Фармации, Камаева С.С. д.фармац.н., доцент Института Фармации
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

На АО «Татхимфармпрепараты» производится препарат «Бефунгин», который является экстракционным препаратом на основе гриба чаги.

Чага (*Inonotus obliquus*) – это гриб, чаще всего произрастающий на березах. Его полезные свойства были известны ещё в древности, начиная с 12 века. И сейчас популярность данного гриба снова растёт, особенно в восточных странах. Чага обладает рядом свойств: иммуномодулирующим, антиоксидантным, противовоспалительным. Препараты чаги эффективны для профилактики и лечения рака, для лечения вируса герпеса и гепатита, снижают уровень сахара в крови, применяются при лечении псориаза. Поэтому препарат, изготовленный на основе чаги, пользуется спросом у населения.

Нами была поставлена цель – изучить технологию производства препарата «Бефунгин» на фармацевтическом заводе АО «Татхимфармпрепараты».

Для этого были определены следующие задачи:

1. Изучить химический состав Чаги (*Inonotus obliquus*) и его эффективность при лечении и профилактике заболеваний различной природы.
2. Рассмотреть состав препарата «Бефунгин».
3. Проанализировать технологию изготовления препарата «Бефунгин».

В процессе прохождения практики по общей фармацевтической технологии нами изучена технология производства препарата «Бефунгин».

В чаге обнаружены активные вещества – водорастворимые пигменты (20%), которые образуют хромогенный полифенолкарбоновый комплекс, полисахариды (6–8%); агарициновая и гуминоподобная чаговые кислоты (до 60%); органические кислоты (0,5–1,3%), основной из которых является щавелевая кислота. Обнаружено содержание марганца, меди, кобальта, клетчатки, лигнина, фенолов. Благодаря богатому химическому составу препарат из чаги относится к клинико-фармакологической группе – фитопрепарат с общеукрепляющим и иммуностимулирующим действием. Тонизирующе влияет на ЦНС, обладает гастропротекторным и противоопухолевым свойствами. «Бефунгин» является экстрактом чаги с добавлением солей кобальта, выпускается во флаконах по 50 и 100 мл.

Производство бефунгина включает в себя следующие процессы:

1. Березовый гриб чага измельчается и экстрагируется с помощью воды очищенной при обогреве на 3-х реакторах. Полученный шрот периодически заливают водой и продолжают экстракцию.
2. Далее к вытяжке добавляют кобальта сульфат гептагидрат и упаривают экстракт под вакуумом.
3. В полученный жидкий экстракт добавляют этиловый спирт, воду очищенную и получают концентрат чаги.

Таким образом, на примере препарата «Бефунгин» изучена технология получения экстракционного препарата методом противоточного экстрагирования в батарее из трёх экстракторов.

STUDY OF MEDICINAL PLANTS IN RUSSIA (REPUBLIC OF TATARSTAN) AND EGYPT IN THE FRAMEWORK OF PHARMACOGNOSY PRACTICE

Lalaih Salma Abdalla

Scientific leader - c.pharm.sc., ass.prof. Timergalieva V.R.

Kazan State Medical University Ministry of Health of Russian Federation

Institute of pharmacy

Plants appeared on our earth millions of years before the appearance of humans. People knew the medicinal plants by the experiment and they used them to treat their diseases, so herbal treatment is considered to be the first way of treatment in the history. The archaeological excavations indicated that Sumerians, Babylonians, Assyrians were the first to know medicinal plants and Pharaohs were the first to write medical prescriptions. The diversity of the medicinal plants is too much, it differs from one country to another depending on the type of soil and the climate that is why each country or group of countries have their own pharmacopeia to determine how one kind of plant can be use, how to extract from it the biologic active substances and carry out qualitative and quantitative determination. Herbal treatment is competing the chemical one even cancer patients are having 50% of herbal treatment besides that, we extract many chemical substances from the plants. From that we can conclude the importance of medicinal plants, that is why we are having a very important and interesting subject which is called pharmacognosy.

Last summer, as part of our pharmacognosy practice, we visited the Botanical garden of Kazan State Medical University. There, we were introduced to many plants, their Latin names, the main components of the chemical composition and the pharmacological effect. In addition, I completed my summer homework for practice: collecting, drying the raw materials of columns with corn stigmas, as well as creating a collection of photographs of Egyptian medicinal plants, which I was kindly allowed to do it at the Faculty of Agriculture of the Mansour University, as well as in a garden that produces medicinal plants for export in the lands of Upper Egypt.

And also, here in Russia since I started learning pharmacognosy I look on the street for the plants to memorize the names, which chemical compound they have. That practice was from the most interesting practices I have ever done.

ПРАВИЛА ДОЗИРОВАНИЯ ЖИДКОСТЕЙ В АПТЕЧНОЙ ПРАКТИКЕ

Рамаева Г. Р.

Научные руководители – д.фармац.н., доцент Камаева С.С., к.фармац.н., доцент

Меркурьева Г.Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В экстенпоральном изготовлении лекарственных форм существует необходимость дозирования жидкостей, от точности измерения объема и массы которых зависит качество препарата, поэтому важно четко соблюдать соответствующие правила.

Целью работы является изучение правил дозирования жидкостей в аптечной практике.

Достижение поставленной цели требует решения следующих задач:

- изучить номенклатуру жидкостей, применяемых в экстенпоральном изготовлении лекарственных препаратов;
- изучить способы дозирования жидкостей в аптеке;
- изучить оборудование и посуду для дозирования;
- ознакомиться с нормативными документами, регламентирующими правила дозирования жидкостей.

В аптечной практике используют такие методы дозирования жидкостей как дозирование по объему, по массе и каплями. Дозирование по объему производится для растворов спирта этилового, стандартных фармакопейных растворов (кроме пергидроля), воды очищенной, водных растворов лекарственных средств, галеновых и новогаленовых лекарственных средств. На дозирование по объёму влияет множество факторов, которые снижают точность дозирования. Одним из них является температурный фактор.

Отмеривание количества жидкости может производиться не только по объёму, но и по массе. На дозирование по массе не оказывает влияние температура окружающей среды, поэтому метод является предпочтительным. Выбор способа дозирования определяется степенью вязкости жидкости, а также нормативной документацией. По массе дозируются, например, жирные и минеральные масла, глицерин и другие вязкие жидкости, а также пергидроль.

Также существует метод отмеривания жидкостей посредством отсчета определенного числа капель. Этот способ дозирования появился вследствие неудобства взвешивания малых количеств жидких веществ на ручных весах и низкой точностью взвешивания на тарирных весах. Дозирование каплями применяется при выписывании в рецепте жидкостей в объёме до 1 мл.

Для дозирования жидких веществ применяют различное оборудование и посуду. Для дозирования по массе используют весы тарирные технические на колонке и весы рецептурные. Жидкость, предназначенную для отпуска в чистом виде, дозируют непосредственно в отпускной флакон. Тару при этом предварительно взвешивают и тарируют. Дозирование вязкой жидкости может осуществляться во вспомогательную посуду (подставку) или в выпарительную фарфоровую чашку.

Дозирование каплями производят при помощи каплемера.

Всю посуду, используемую в дозировании по объёму, подразделяют на два вида: посуда на «налив» и на «вылив». К мерной посуде на «налив» относятся мерные колбы. Посуда на «вылив» включает пипетки, бюретки, цилиндры, мензурки и др.

Итак, в условиях аптечного производства экстемпоральных лекарственных средств применяют различные способы дозирования жидкостей. Соблюдение правил дозирования играет важную роль в изготовлении лекарств, так как от этого напрямую зависит качество изготовленного препарата, его эффективность и безопасность.

ПРОИЗВОДСТВО НАСТОЙКИ ПРОПОЛИСА В УСЛОВИЯХ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Рязанова Е.С.

Научные руководители – к.фармац.н., доцент Меркурьева Г.Ю.,
д.фармац.н., доцент Камаева С.С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Тема создания официальных лекарственных препаратов на основе прополиса не теряет своей актуальности до настоящего времени за счет постоянного изучения свойств и состава прополиса. Научные статьи по результатам исследований публикуются во многих научных журналах. Прополис применяется в медицине со времен Диоскорида, Гиппократ и Авиценны глубокой древности как ранозаживляющее, противовоспалительное, репаративное средство. В современной медицине прополис является очень популярным лечебным средством, применяемым в различных лекарственных формах — в виде мазей, настоек, аэрозолей и т.д.

Цель. Изучение промышленного производства настойки прополиса в условиях фармацевтического предприятия.

Для реализации поставленной цели предстояло решить следующие задачи:

- 1) Изучить физико-химические свойства прополиса;
- 2) Ознакомиться с процессами производства настойки прополиса;
- 3) Изучить применение настойки прополиса в медицине.

Прополис- смолистое вещество или пчелиный клей, собираемый пчелами с почек деревьев и перерабатываемый в улье. В составе обнаруживается более 180 химических соединений. Прополис содержит органические кислоты, флавоноиды, терпеновые соединения, фенолы, дубильные вещества, эфирные масла, аминокислоты, небольшое количество витаминов группы В, а также более 50 органических компонентов и минеральных элементов (К, Са, Р, Na, Mg, S, Cl, Al, Va, Fe, Mn, Zn, Cu, Si, Sn, Se, Ag, F, Co и др.).

Прополис представляет собой массу темно-серого цвета с зеленоватым или коричневатым оттенком, обладающая смолистым запахом и горьковатым

вкусом. Прополис частично растворим в спирте, ацетоне, эфире, хлороформе, пропиленгликоле, бензоле.

В связи с наличием в составе прополиса большого количества воска и смолистых веществ, на первом этапе производства настойки прополиса проводят освобождение прополиса от воска. Технология данной обработки включает следующие операции: охлаждение сырья; измельчение; обработка горячей водой; охлаждение; удаление воска.

Получают настойку прополиса из подготовленного сырья методом мацерации, используя в качестве экстрагента 80% спирт. После настаивания вытяжку сливают, остаток отжимают и промывают экстрагентом, повторно отжимают и получают объединенную вытяжку, которую доводят экстрагентом до требуемого объема. Готовую настойку стандартизуют, процеживают во флаконы из темного стекла. Препарат представляет собой прозрачную жидкость желтого или темно-коричневого цвета с очень приятным своеобразным запахом.

Срок годности препарата составляет 3 года, хранение в сухом и темном месте при температуре не выше 25 °С и относительной влажности не менее 65 %. Применяемая в медицине настойка прополиса оказывает ранозаживляющее и противовоспалительное при микротравмах и поверхностных повреждениях кожных покровов и слизистых оболочек, отите, фарингите, тонзиллите.

ПОРЯДОК ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Сеидова Г.А.

Научный руководитель - доцент Института фармации, к.фарм.н.

Гарифуллина Г.Х.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. По состоянию на 1 марта 2022 года зарегистрировано свыше 437 млн. случаев заболевания по всему миру, подтверждено более 5,9 млн. летальных исходов заболевания, что делает пандемию COVID-19 одной из самых смертоносных в истории. Аптечные организации наряду с поликлиниками

и госпиталями оказались на передовой пандемии. Интенсивность работы аптечных специалистов увеличилась не только за счет увеличения числа потока пациентов, времени консультирования при отпуске лекарственных препаратов (ЛП), количества телефонных звонков, товарооборота аптечных товаров, но и за счет введения государством мер поддержки населения в виде льготного лекарственного обеспечения пациентов с COVID-19 на амбулаторном этапе.

Целью исследования является анализ льготного лекарственного обеспечения амбулаторных больных с COVID-19.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования явились нормативно-правовые документы, временные методические рекомендации Минздрава «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции», первичные документы хозяйственного учета аптечного пункта №295 ГУП «Таттехмедфарма». В ходе исследования использовались методы статистического и аналитического анализа.

Результаты. Льготное лекарственное обеспечение для лечения COVID-19 стало доступно амбулаторным пациентам с ноября 2020 года. Перечень ЛП утвержден во временных методических рекомендациях Минздрава. Необходимо отметить, что за время пандемии данный перечень претерпевал изменения. Связано это, прежде всего с изменениями в подходах к лечению COVID-19. На сегодняшний день перечень ЛП отпускаемых в рамках льготного лекарственного обеспечения пациентов с COVID-19 включает: Умифеновир 100 мг капс., Будесонид 0.2 мг/доза 100 доз пор. для ингаляций, Фавипиравир 200 мг таб., Аписабан 5 мг таб., Интерферон альфа-2b 10тыс. МЕ/мл 10мл.

Пациенты, прикрепленные к ГАУЗ «Городской поликлиники №18», получают по рецептам бесплатные ЛП в аптечном пункте 295 ГУП «Таттехмедфарм». Сотрудники поликлиники приносят в аптеку рецепты и описи на льготные ЛП для пациентов с COVID-19. Затем фармацевтический работник оформляет рецепты, описи, формирует комплект ЛП, собирает их в пакет с логотипом ГУП «Таттехмедфарм» и отпускает волонтеру или сотруднику поликлиники. К концу рабочего дня оформленные рецепты и описи подшиваются с указанием даты, количества, суммы, ставится подпись

ответственного лица. Каждый день аптека передает информацию об остатках ЛП в поликлинику в электронном виде. Инвентаризация товарных остатков ЛП для льготного обслуживания пациентов с COVID-19, в целях бухгалтерского учета, проводится 2 раза в месяц. После проведения инвентаризации в программе «Льгота» выгружаются товарные остатки и реестр рецептов. При формировании отчета на конец месяца формируется сводный отчет и персонифицированный счет-реестр по каждому пациенту, получившему ЛП за месяц. В начале месяца бухгалтерия делает отчетность и издает приказ на списание пакетов по выгруженным реестрам на конец месяца. В программе АРМ-склад создается акт «Списание пакетов - Ковид». Данный акт распечатывается в 2-х экземплярах: Акт АП-57 + расходная накладная + товарная накладная. На каждом документе ставится печать, подпись председателя комиссии, членов комиссии. Пакет документов прилагается к товарному отчету. За период с ноября 2020 года по февраль 2022 года количество обслуженных рецептов на льготные ЛП для пациентов с COVID-19 составило 17347 на общую сумму 35 817 293,81.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕКЛАМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Филиппова М.В.

Научный руководитель – к.фарм.н., доцент Грибова Я.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Реклама лекарственных средств имеет свои особенности и строго регламентируется таким нормативным документом, как ФЗ «О рекламе» от 13.03.2006 № 38-ФЗ, так как рекламируемый товар является очень специфичным из-за своего влияния на состояние здоровья человека, процесс выздоровления в случае болезни, а также профилактику заболеваний. В связи с увеличением количества дженериков на фармацевтическом рынке увеличивается и количество их рекламы, а вместе с ней и количество нарушений, связанных с продвижением

недобросовестной и недостоверной рекламы. Именно поэтому очень важной целью является изучить особенности рекламы лекарственных средств.

В работе использовались следующие методы исследования: структурный, графический, логический, анкетирование потребителей лекарственных средств и фармацевтических работников. В нем приняли участие 115 потребителей лекарственных средств и 78 фармацевтических работников.

По мнению респондентов, наиболее рекламируемыми группами лекарственных средств являются: средства от простуды (от насморка, кашля, боли в горле), болеутоляющие, средства для лечения заболеваний ЖКТ, успокоительные.

68 потребителей лекарственных средств (59%) ответили, что не обращают внимание на рекламу, 30 (26%) обращают внимание на телевизионную рекламу, 13 (11%) обращают внимание на рекламу в Интернете, 3 (3%) – на транзитную рекламу (в транспорте), 1 (1%) – на печатную рекламу.

Но в то же время, большинство фармацевтических работников (59%) отвечают, что посетители часто покупают рекламируемые препараты, 24 (30,8%) – что иногда, 4 (5,1%) – всегда, 2 (2,6%) – редко.

Единого мнения у потребителей лекарственных средств о необходимости рекламы нет, т.к. оно разделилось: 52 (46%) считает, что не следует широко рекламировать лекарственные средства, 20 (18%) считает, что размещение рекламной информации необходимо, т.к. это позволяет узнать о новых лекарственных средствах и новых формах выпуска, 32 (29%) считают, что рекламу лекарственных средств следует размещать в специальных изданиях.

71 покупатель (64%) также думает, что следует отменить рекламу лекарственных средств. Причинами были указаны следующие: 24 (22%) – лекарственные средства должен назначать врач; 17 (15%) – из-за возможности вреда здоровью (из-за самолечения); 11 (10%) – реклама вводит людей в заблуждение; 9 (8%) – зачастую рекламируют некачественные препараты; 6 (5%) – реклама повышает стоимость препаратов; 4 (4%) – реклама является надоедливой. Однако 41 респондент (36%) считают, что отменять рекламу

лекарственных средств не стоит, так как это позволяет получить информацию о ЛС, новых формах выпуска, дозировках и т.д.

Таким образом, из результатов анкетирования потребителей лекарственных средств и фармацевтических работников можно заключить, что реклама является одним из основных существующих способов продвижения товаров и услуг на рынке, основной функцией которого является передача информации о товаре и знакомство с ним потенциальных покупателей.

ВИДОВОЕ РАЗНООБРАЗИЕ ДЕРЕВЬЕВ И КУСТАРНИКОВ ЛЯДСКОГО САДА Г.КАЗАНИ

Шайдуллина Ю.Ф.

Научный руководитель - к.с.-х.н., доцент Института фармации Ситникова
Н.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: В исторической части города Казани в Вахитовском районе расположен красивый и уютный Лядской сад. История этого красивого парка началась в XVIII веке. Жители города Казани, часто даже и не подозревают, о том многообразии видового состава деревьев и кустарников, которые располагает в себе данный парк.

Объект исследования: Лядской сад г.Казани.

Предмет исследования: деревья и кустарники Лядского сада.

Цель: Исследовать историю возникновения парка, многообразие и видовой состав произрастающих растений.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить историю возникновения Лядского сада.

2. Посетить сад с целью определения видового разнообразия растений и провести для студентов 2 курса образовательный экскурсионный маршрут.

3. Провести анализ о произрастающих растениях.

4. Обобщить полученные результаты и сделать выводы.

Методы исследования:

- Непосредственное посещения парка и изучение материалов по истории Лядского сада;
- Работа по определению и изучению растений разных жизненных форм;
- Морфологическое и систематическое описание и фармацевтическая значимость.

Результаты исследования.

История Лядского сада началась в XVIII веке. В центре Казани находилась одноэтажная усадьба генерала-майора Лецкого А.П. (1725—1800 гг.), в которой в 1798 году останавливался император Павел I и в благодарность за гостеприимство генерала приказал назвать в его честь находящуюся рядом улицу (ныне – ул.Горького). Генерал Лецкой А.П. рядом со своей усадьбой организовал сад.

В саду были посажены деревья и установлен фонтанчик в виде бронзовой скульптуры девушки с кувшином в руках. Сад, названный Лецким, постепенно в народе приобрел название Лядской сад.

В советские времена усадьба Лецкого А.П. была снесена, а на её место в 1950 году установили памятник Горькому. В 1970-е годы была снесена скульптура девушки, а на её месте был открыт новый фонтан шарообразной формы.

Парк не раз был реконструирован. Последняя реставрация Лядского сада была в 2015 году, когда были проведены работы по благоустройству, расчищению посадок и восстановлению фонтана «девушка с кувшином в руках».

Проведя исследование деревьев и кустарников Лядского сада г.Казани и собрав информацию из разных источников, я сделала выводы о том, что на данной территории произрастает более 30 видов древесных растений, которые относятся к 11 семействам: Ulmaceae, Sapindaceae, Salicaceae, Malvaceae,

Cupressaceae, Betulaceae, Pinaceae, Rosaceae, Oleaceae, Fagaceae, Fabaceae. К ним относятся такие виды: *Ulmus americana*, *Acer platanoides*, *Populus balsamifera* и др.

Анализ полученных результатов показал, что преимущественно в Лядском саду произрастают виды, характерные для нашего Поволжского края. Лишь немногие виды растений, искусственно акклиматизированные под наш суровый климат, мы можем встретить в этом парке: это *Thuja occidentalis*, *Populus balsamifera*, *Larix laricina* т.п.

В данном парке видом средообразователем является *Tilia cordata*. Другие виды деревьев и кустарников преимущественно посажены руками работников парка и жителями города: *Pinus sylvestris*, *Sorbus aucuparia*, *Betula pendula* и др.

Заключение.

В Лядском саду произрастают растения, относящиеся к 11 семействам, с преобладанием жизненной формы: дерево и кустарники, насчитывающие более 30 видов.

Список литературы.

1. *Новикова М. П.* Сады и парки Казани / М. П. Новикова, Г. А. Юпина. – Казань: Фолиант, 2012. – 128 с.

ВЕСОИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ ПРИБОРЫ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ В АПТЕЧНОЙ ПРАКТИКЕ

Широбоков М.М.

Научные руководители – к.фармац.н., доцент Меркурьева Г.Ю; д.фармац.н.,
доцент Камаева С.С .

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В современных аптеках широко используется весоизмерительное оборудование для дозирования различных лекарственных веществ. Для того, чтобы качественно отвесить вещества, необходимо подобрать

весоизмерительные приборы с учётом условий эксплуатации и вида взвешиваемых субстанций.

Цель работы заключалась в изучении весоизмерительных приборов, применяемых в производственных аптеках.

Задачи, которые мы поставили для решения цели:

- 1) Изучить историю весоизмерительного оборудования
- 2) Определить характеристики весоизмерительных приборов
- 3) Рассмотреть виды и марки аптечных весов

Прототипы аптечных весов появились несколько тысяч лет назад. Первые весы были изобретены в Древнем Вавилоне и в Египте. В дальнейшем в конструкции весов вносили существенные изменения римляне, а в период средних веков определенные усовершенствования в конструкцию весов внесли арабы. В Европе интерес к теории весов возобновился только в эпоху Возрождения, оригинальные технические решения были предложены Леонардо да Винчи. В 1669 г. Жюль Роберваль изобрел настольные весы, отличавшиеся тем, что их показания не зависели от того, на какое место чаши был положен груз. Очередным шагом было создание аналитических весов, которые стали неотъемлемым атрибутом лабораторий различного профиля, в том числе медицинского.

С веками менялись не только конструкция весов, но и меры веса. В основе самой первой в истории системы весовых единиц лежала масса 1 хлебного зерна — грана. В Греции с этой целью использовали семена рожкового дерева — караты. Значительно позже появились гири. Форма и материал этих весовых эталонов были различными в разных странах. В настоящее время гири с массой от 1 г и более изготавливают из слабомагнитной нержавеющей стали в виде цилиндра с головкой.

Весы, применяемые в фармации, характеризуются следующими параметрами: наибольший предел взвешивания, наименьший предел взвешивания, шкала весов, цена деления шкалы весов. По ГОСТ 24104-2001, лабораторные весы подразделяются на 4 группы по классу точности: 1, 2, 3, 4.

Средства измерения характеризуются метрологическими показателями: деление шкалы прибора, диапазон измерений, допустимая погрешность средств измерения, их стабильность, точность и чувствительность.

Для обеспечения точного дозирования, независимо от конструкции, весы должны соответствовать четырем основным метрологическим характеристикам: устойчивость, верность, чувствительность, постоянство показаний.

Существуют следующие виды весов: механические весы (аптечные ручные и тарирные для взвешивания), весы тарирные технические на колонке (ВКТ), весы рецептурные (весы Мора), электромеханические весы. В настоящее время многие аптеки оснащены электронными лабораторными весами.

Таким образом, для обеспечения точности дозирования требуется правильный выбор весов в зависимости от свойств взвешиваемого вещества и обеспечение их надлежащих метрологических характеристик.

Список литературы

- 1) И. А. Мурашкина. Дозирование в технологии лекарственных форм/ В. В. Гордеева, И. Б. Васильев; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России. – Иркутск.- РПФ Весь Иркутск.- 2013. – 40 с. URL: https://www.ismu.baikal.ru/src/downloads/983b359f_mp_dozirovanie_inostr.pdf 2) Руслан Примаков. Аптечные весы: длинный путь к совершенству (2017): [Электронный ресурс] URL: <https://fp.com.ua/articles/aptechnyie-vesyi-dlinnyiy-put-k-sovershenstvu/>

ПРАВИЛА ДОЗИРОВАНИЯ ПО МАССЕ ВЕЩЕСТВ РАЗЛИЧНОЙ КОНСИСТЕНЦИИ В УСЛОВИЯХ АПТЕКИ

Яковлева Е.Л.

Научные руководители – к.фармац.н., доцент Меркурьева Г.Ю; д.фармац.н.,
доцент Камаева С.С .

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Операции дозирования имеют особое значение в производстве лекарственных средств, поэтому знание правил дозирования в аптечной

практике необходимо для обеспечения качества экстермпоральных лекарственных препаратов.

В том случае, если возникает необходимость в отвешивании порошков, растворов твердых и жидких лекарственных веществ в вязких растворителях, суспензий, эмульсий, жирных и минеральных масел и пр. применяются правила дозирования по массе.

Цель настоящей работы заключалась в изучении правил дозирования по массе веществ различной консистенции в условиях аптеки.

Для достижения заданной цели были сформулированы следующие задачи:

- изучить исторические аспекты дозирования лекарственных веществ;
- ознакомиться с оборудованием, необходимым для дозирования по массе;
- изучить правила дозирования по массе.

В ходе фармацевтической пропедевтической практики было установлено, что на базе производственной аптеки дозирование по массе проводят с помощью ручных и тарирных весов. На ручных весах дозируют твердые сыпучие и густые вещества массой от 0,02 до 100,0 г путем помещения материала непосредственно на чашку весов. Тарирные весы предназначены для отвешивания твердых, жидких и густых веществ массой от 50,0 г (иногда 100,0 г) до 1000,0 г. в предварительно уравновешенную тару. Для дозирования по массе могут применяться и электронные весы. Дозирование на весах различных типов имеет свои специфические особенности.

Для правильного дозирования лекарственных веществ также необходим разновес – набор мелких гирь, являющийся мерой массы. Интересным является тот факт, что в древние времена разновесом служили различные предметы и материалы.

Правила дозирования веществ по массе обладают четкой последовательностью действий с соблюдением санитарно-гигиенических требований. При взвешивании недопустима спешка и необходимо соблюдение температурного режима, чистоты весов, рабочего места и помещения, аккуратность и внимательность в работе.

Таким образом, от точности выполнения операции дозирования зависит качество изготавливаемых лекарственных препаратов, а значит, фармакологическая активность действующих веществ и их лечебное действие на организм.

ПРАКТИКА ПО ФАРМАКОГНОЗИИ: ПОЛУЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ

Воробьева С.И.

Научный руководитель – кандидат биологических наук, доцент Шарова Е.А.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Введение. Для подготовки высококвалифицированных и компетентных специалистов, обладающих всеми профессиональными компетенциями, формирование которых происходит в высшем учебном заведении, а также трудовыми компетенциями, которые утверждены в профессиональном стандарте «Специалист в области управления фармацевтической деятельности специалист», студенты фармацевтического факультета после окончания летней экзаменационной сессии в шестом семестре проходят учебную практику по дисциплине «Фармакогнозия» в Ботаническом саду Уральского отделения РАН.

Цель учебной практики – закрепление и углубление теоретической подготовки студентов 3 курса, приобретение ими практических навыков и компетенций.

Для реализации поставленной цели необходимо решить следующие задачи: ознакомиться с правилами заготовок лекарственного растительного сырья; закрепить умение давать определение и морфологическое описание дикорастущих и культивируемых лекарственных растений и отличать их от видов-примесей; освоить навыки гербаризации лекарственных растений; освоить методы проведения приемочного контроля и способов обеспечения надлежащего хранения лекарственного растительного.

Материала и методы. Экскурсионные и маршрутные исследования коллекции лекарственных и пряно-ароматических растений кафедры управления и экономики фармации, фармакогнозии, а также коллекционных участков Ботанического сада УрО РАН. Контент – анализ фармакопейных статей, стандартизирующих лекарственное растительное сырье, макроскопический анализ и микроскопический анализ.

Результаты и их обсуждение. Учебная практика, рассчитанная на 20 дней – 180 часов, состояла из 7 разделов, в ходе освоения которых студенты познакомились с дикорастущими лекарственными растениями в различных растительных сообществах и местообитаниях, с коллекциями Ботанического сада УрО РАН. Практиканты овладели такими приемами возделывания и ухода за лекарственными растениями, как посев, посадка, прополка, подкормка, уборка. Основываясь на теоретические знания по фармакогнозии, полученные во время лабораторных занятий и изучения лекционного курса студенты успешно продемонстрировали умение определения, морфологического описания лекарственных растений и их гербаризации, а также заготовки, первичной обработки и сушки лекарственного растительного сырья. Каждый студент в начале практики получил индивидуальное задание - оформление гербарных образцов шести видов лекарственных растений и сбор лекарственного растительного сырья двух наименований, приведенного в стандартное состояние согласно требованиям НД. Стоит отметить, высокий уровень заинтересованности и выполнения данных заданий.

Заключение. Учебная практика по фармакогнозии закладывает базу дальнейшего успешного восприятия и изучения студентами других разделов фармакогнозии и дисциплин базовой части учебного плана, необходимых для самостоятельной профессиональной деятельности в соответствии с профессиональным стандартом «Провизор».

Список литературы

1. Дикорастущие лекарственные растения Урала: учеб. пособие / Е.С. Васфилова., А.С. Третьякова, Е.Н. Подгаевская, Н.В. Золотарева и др. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2014. – 204 с.

2. Маланкина Е.Л. Лекарственные и эфирномасличные культуры: учебник / Е.Л. Маланкина, А.Н. Цицилин. – Москва: НИЦ ИНФРА-М, 2016. – 368 с.

3. Самылина И.А. Фармакогнозия: учебник / И. А Самылина., Г. П. Яковлев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 976 с.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИСПЫТАНИЕ АНТИСЕПТИКОВ ДЛЯ РУК НА ОСНОВЕ ГИДРОЛАТОВ ДУШИЦЫ ОБЫКНОВЕННОЙ И ШАЛФЕЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО

Гринева Д.И., Гафарова Д.Д.

Научный руководитель – к.б.н., доцент Киселева О.А.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение. Для предотвращения распространения инфекций часто используются антисептики. Антисептики с растительными компонентами обладают наименьшим раздражающим действием. В качестве увлажняющих компонентов можно использовать гидролаты [1, 4].

Origanum vulgare L. (Душица обыкновенная) и *Salvia officinalis* L. (Шалфей лекарственный.) – ароматические растения семейства *Lamiaceae* с сильной антимикробной активностью.

Цель - оценка антимикробного действия антисептиков, созданных с участием гидролатов душицы и шалфея. Задачи: 1) разработка гидролатов, 2) испытание их антисептического действия.

Материал и методы исследования. Для получения гидролатов использовали траву душицы, шалфея и воспользовались стандартной методикой гидродистилляции [2]. Состав антисептиков: гидролат, 70% этиловый спирт, глицерин (18:50:32).

Микробиологическое испытание антисептиков проводили с использованием мясо-пептонного агара [3]. Отрицательный контроль (4 пробы) не открывали вообще. Положительный контроль (4 пробы) открывали на 1 минуту каждые 8 часов в течение 3 дней. У 16 проб открывали крышку и оставляли на 1 минуту без крышки, после чего над поверхностью питательной

среды брызгали антисептиком (8 - антисептик из душицы, еще 8 - из шалфея). Все пробы хранились в одинаковых условиях. Учет развития микроорганизмов был ежедневным в течение 30 дней.

Результаты и обсуждение. Микробиологические испытания показали, что антисептик на основе душицы имеет более высокую эффективность по сравнению с антисептиком на основе шалфея, но ни один из антисептиков не приводит к тотальному подавлению роста микроорганизмов (Табл. 1).

Таблица 1 –Результаты микробиологических испытаний антисептиков

Вид пробы	Сплошное заселение	Множественные колонии	Колонии до 5 мм	Нет колоний
Контроль отрицательный				4
Контроль положительный	1	3		
Антисептик с гидролатом душицы	1	3	4	
Антисептик с гидролатом шалфея	4		4	

Заключение. Разработанные антисептики с гидролатами не показали эффективное сдерживание роста микроорганизмов, требуется совершенствование рецептуры приготовления для повышения антимикробной активности антисептиков.

Список литературы:

1. Богданова С. А., Копанева М. С. Коллоидно-химические свойства косметических средств с гидролатами // Вестник Казанского технологического университета. – 2017. – Т. 20. – №. 10. – С. 14-16.

2. Государственная фармакопея Российской Федерации, XIV издание, том II. [Электронный ресурс] – URL: <https://femb.ru/record/pharmacopea14>

3. Приготовление питательных сред и культивирование микроорганизмов: метод. указания / составитель А.П. Асташкина – Томск: Изд-во Томского политехнического университета, 2015. – 19 с.

4. Суворин Д.А., Алимов А.В., Захарова Ю.А., Болгарова Е.В. Поиск новых растительных субстанций в качестве кандидатов для разработки кожных антисептиков // Медицинский алфавит. – 2020. – №. 18. – С. 13-16.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ИНФОРМИРОВАНИЯ ПРИ ОТПУСКЕ ЭНТЕРОСОРБЕНТОВ

Егоркина О.В.

Научный руководитель - доцент Института фармации, к.фарм.н.

Гарифуллина Г.Х.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Фармацевтическое консультирование и информирование является одной из трудовых функций, которую выполняет аптечный работник, занятый отпусканием лекарственных препаратов (ЛП) и других товаров аптечного ассортимента. Для надлежащего исполнения данной функции, аптечный работник должен обладать обширными знаниями в области клинической фармакологии и товароведения. Важно отметить, что в современных условиях грамотное фармацевтическое консультирование влияет на повышение конкурентоспособности аптечной организации.

Целью исследования является разработка алгоритма фармацевтического консультирования и информирования при отпускании энтеросорбентов.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования явились Государственный реестр лекарственных средств (ГРЛС), инструкции по медицинскому применению ЛП группы кишечных энтеросорбентов. В рамках прохождения производственной практики неоднократно проводила фармацевтическое консультирование и информирование пациентов с потребностью в энтеросорбентах.

В результате данной работы был разработан оптимальный алгоритм фармацевтического консультирования и информирования пациента с потребностью в энтеросорбентах, в зависимости от того выписан ли ЛП врачом, либо пациент непосредственно обратился к аптечному работнику с описанием своей проблемы (симптомов заболевания). В последнем случае аптечный работник в рамках своей компетенции и на основании полученных клинических знаний должен определить имеющиеся у пациента признаки заболевания, их степень опасности и, в случае необходимости, рекомендовать либо обращение к врачу, либо подобрать безрецептурный ЛП. При этом аптечный работник должен обязательно проинформировать пациента о наличии препаратов с таким международным непатентованным наименованием (МНН) и их цене, кратности и длительности приема, критериях эффективности лечения, основных побочных эффектах, условиях хранения и утилизации. А также нюансы противопоказаний, возрастных особенностей, равно как и лекарственных взаимодействий. В исследованиях было установлено, что на сегодняшний день в ГРЛС зарегистрировано 26 торговых наименований (ТН) энтеросорбентов, МНН - 8. Из них 8,3 % зарубежного производства, 91,7 % отечественного производства. Входят в перечень ЖНВЛП диосмектит, неосмектин, смекта (порошок), смектит диоктаэдрический (порошок). Условия отпуска из аптеки у всех энтеросорбентов без рецепта. Не все могут применяться с рождения, только полисорб мп, полифан, полифепан, простосорб, уголь активированный, фильтрум, фильтрум-сти, экстрасорб, энтероактин, энтеродезгель, энтеросгель, энтерумин, диосмектит, неосмектин, смектит диоктаэдрический (порошок). Беременным можно: карбопект, полисорб мп, простосорб, сорбекс, сорби-детокс, уголь активированный, экстрасорб, энтероактин, энтеродез, энтеродезгель, энтеросгель, диоктаб солюшн таблетс, диосмектит, неосмектин, смектит диоктаэдрический. Форма выпуска энтеросорбентов разнообразна (таблетки, гели, порошки, капсулы, гранулы, пасты, суспензии). Особенность фармацевтического консультирования при отпуске энтеросорбентов обусловлена тем, что данная группа ЛП может отпускаться из аптеки без рецепта врача.

ОЗНАКОМИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА «СКЛАД-АПТЕКА» В АКГУП «АПТЕКИ АЛТАЯ»

Шубина И.И., Сушкова М.С.

Научный руководитель – к.ф.н, доцент Воробьева В.М.

ФГБОУ ВО Алтайский ГМУ Минздрава России

Ознакомительная практика «Склад-аптека» в учебном плане института фармации ФГБОУ ВО Алтайского ГМУ относится к части, формируемой участниками образовательных отношений. Целью практики является общее знакомство с деятельностью фармацевтических организаций, расширение и закрепление знаний по их организационной структуре, составу помещений, оборудованию и оснащению рабочих мест, персоналу; формирование навыков по обеспечению хранения и транспортировки, оценке лекарственных средств по внешнему виду, упаковке, маркировке, проверке срока годности лекарственных средств и других товаров аптечного ассортимента.

Прохождение практики организовано на базе Алтайского краевого государственного унитарного предприятия «Аптеки Алтай» (АКГУП «Аптеки Алтай»), которое включает оптовый склад, аналитическую лабораторию, сеть аптек и аптечных пунктов в 30 муниципальных образованиях Алтайского края. Предприятие работает с 1926 года, прошло через ряд реорганизаций и преобразований, имеет многолетний опыт работы и устойчивую высокую репутацию на фармацевтическом рынке.

Наше знакомство с краевым дистрибьютором фармацевтической продукции началось с инструктажа по технике безопасности, изучения структуры склада, его кадрового состава. Следует отметить, что многие сотрудники являются выпускниками АГМУ, как и руководитель практики от профильной организации.

Оптовый склад включает несколько отделов, а именно: отдел приемки, в котором проводится приемка товара от поставщиков; отдел хранения, где лекарственные препараты хранятся в соответствии с принципом отдельного хранения; отдел экспедиции и логистики, осуществляющий упаковку товара, его

временное складирование перед отправкой в медицинские организации и аптеки, составление сопроводительной документации, учет отправляемых (получаемых) грузов. Помещения склада оборудованы специальными шкафами и стеллажами, имеются холодильные камеры, термоконтейнеры. В каждом помещении склада имеются системы для отслеживания уровня температуры и влажности. На предприятии применяется система электронной маркировки, которая позволяет избежать фальсификации продукции. Следует обратить внимание, что АКГУП «Аптеки Алтая» является единственным оптовым складом полностью обеспечивающим потребности края в наркотических и психотропных лекарственных препаратах.

В соответствии с темой индивидуального задания по практике «Склад-аптека» была изучена «холодовая цепь» как комплекс мероприятий, обеспечивающий безопасное хранение и транспортировку иммунобиологических лекарственных средств (ИЛС) до конечного потребителя, которая состоит из четырех уровней. На складе осуществляется второй уровень «холодовой цепи» - хранение ИЛС и их доставка в аптечные организации. Мы освоили на практике как обеспечивается процесс хранения в холодильных камерах, приняли участие в загрузке ИЛС в термоконтейнеры для дальнейшей транспортировки.

Вторая половина практики проходила в аптеке АКГУП «Аптеки Алтая» (г. Барнаул, ул. Ленина, 87), где мы освоили принципы проведения приемочного контроля товара со склада и размещения его в зоны хранения, отпуска лекарственных средств потребителям.

При прохождении ознакомительной практики «Склад-аптека» мы проследили путь лекарственного препарата от производителя до конечного потребителя, познакомились с организацией и технической оснащенностью оптового склада и аптеки. Закончив вуз и получив востребованную специальность, мы бы хотели связать свою профессиональную деятельность с предприятием, имеющим долгую историю, сплоченный коллектив и большой опыт работы на фармацевтическом рынке.

ВЫСШЕЕ СЕСТРИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. ОСОБЕННОСТИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

РОЛЬ СТУДЕНТА ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПРАКТИКИ В КАЧЕСТВЕ ПОМОЩНИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Хасанова Р.Р.

Научный руководитель- Морозова О.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Организация паллиативной помощи инкурабельным больным всегда была насущной темой в здравоохранении. После установления диагноза, тяжелобольные в большей мере остаются одни, с самими собой, они не могут получить ни специализированную медицинскую помощь, ни психологическую поддержку. Тяжелым синдромом пациента является хронический болевой синдром, который требует периодического обезболивания. Значительная психологическая поддержка специалистов, социальная поддержка, общение с родственниками - это основные факторы при оказании паллиативной помощи, без которого нельзя представить уменьшение мучений пациентов. Есть отличие между больными, которые могли бы получать и теми, что они получают в действительности. Все это значительно усугубляют обстановку в семьях пациентов.

Есть комплекс мер, направленных на улучшение качества паллиативной помощи - помощь в сестринском уходе. Медицинская сестра - это жизненно важный элемент в оказании всесторонней помощи больным. У них есть ответственность за распространение информации, за рекомендации и просвещение пациента и его семьи, чтобы дома больной продолжал получать ту же помощь, что он получал и в больнице.

Основными задачами сестринского персонала (помощников сестринского персонала) при оказании помощи тяжелобольному пациенту являются: общий должный уход, контроль за симптомами, профилактические мероприятия осложнений, психологической помощи пациента и его семьи, обучение методам и само- и взаимопомощи.

Цель исследования: Анализ изучения мнений студентов 3-го курса ВСО о роли сестринского персонала в оказании паллиативной помощи.

Материалы и методы: Были использованы социологический и аналитический методы исследования среди группы студентов. Факторы, которые влияют на возможность оказания паллиативной сестринской помощи, и готовность к реализации этой работы были изложены в результате анализа ответов респондентов на вопросы анкетирования. На вопрос « Каковы главные принципы в работе с инкурабельными пациентами при оказании паллиативной помощи?» студенты выбрали милосердие (72%), душевную поддержку (69%), профессионализм (70%) и терпение (67%).

Немаловажно было то, что по мнению студентов, позволяет инкурабельным больным и их членам семьи доверительно относиться к медицинским сестрам и их помощникам. Большинство опрошенных (82%) считают, что в основе доверительных отношений лежит искреннее желание помогать, каждый третий - принимает во внимание личностные особенности со стороны медицинской сестры. Также для создания доверительной атмосферы пациента, играет знание в сфере законодательства и разностороннее образование медицинских сестер.

Какие же потребности пациентов нужно решать в первую очередь? Больше половины студентов считают такие проблемы, как страх и отчаяние(65%) , наличие хронического болевого синдрома (60%), которые следует решать одновременно. Значимым вопросом остается «дефицит самоухода» и взаимоотношения с членами семьи (20% и 15%).

Заключение: Практический анализ позволил сделать следующие выводы: сестринскому персоналу студентами высшего сестринского образования отводится главная роль в работе бригады по оказанию паллиативной помощи; реализация паллиативной помощи не каждому по силам; для оказания качественной паллиативной поддержки требуется специальная подготовка; участники анкетирования в основном не готовы связывать свою профессиональную деятельность с оказанием паллиативной помощи, так как это приводит к эмоциональному выгоранию.

Список литературы:

1. Введенская Е.С. Наука и искусство облегчения страдания больного в последние дни жизни.
2. Введенская Е.С. «Паллиативная помощь: содержание, определяющее подходы к формированию службы и контингентов больных»
3. Гнездилов А.В., Иванюшкин А.Я., Миллионщикова В.В. Дом для жизни // Человек. 1994. №5. С.116-121.
4. Иванюшкин А.Я., Хетагугова А.К. История и этика сестринского дела. М.: ГОУ ВУНМЦ, 2003. 20с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Амурской А.В.

Научный руководитель – к.п.н., доц. Рябова Т.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

На 1 курсе обучения по направлению подготовки: 34.03.01 «Сестринское дело» предусмотрена Психологическая практика. Базой моей практики была ГАУЗ «Клиника медицинского университета» женская консультация. Женская консультация, является обособленным подразделением ГАУЗ «Клиника медицинского университета», оказывающей все виды амбулаторной акушерско-гинекологической помощи. Женская консультация обслуживает 47 270 женщин, в том числе женщин фертильного возраста - 30 650 человек. Мощность - 110 человек в смену. Количество акушер-гинекологов - 15 человек. В период заболевания COVID-19 количество обслуживания женщин женской консультацией не снизилось.

Цель практики - ознакомление с работой медицинского учреждения, приобретение практических навыков в применении методов и технологий практической психологической работы.

Важно отметить, что беременным женщинам присуще беспричинное беспокойство, повышенный уровень тревоги и неустойчивый эмоциональное состояние. На практике был проведен цветовой тест Люшера у 10 беременных

женщин для определения их психофизиологического состояния, стрессоустойчивости, наличия и причины психологического стресса. Тест Люшера чрезвычайно лёгок в прохождении, что удобно применять у беременных женщин, при этом указанный тест «глубинный» инструмент, созданный для психиатров, психологов и врачей.

В исследовании участвовали женщины в период I и II триместра, когда организм женщины переживает серьезные гормональные изменения.

Анализ прохождения теста показал, что из 10 протестированных пациентов, у 60% пациентов высокая тревожность, показатель тревожности более 12 балла. На результат также скорее повлиял период распространения заболевания COVID-19.

Совместно психологам, проведена беседа с пациентами. Указана, что позитивные материнские эмоции способствуют усилению роста плода, спокойствию матери и возрастанию уровня сенсорного восприятия плода. Стресс матери приведёт к низкому весу плода, увеличению процента смертности, респираторных инфекций, астмы, ослаблению когнитивного развития. Все беременные женщины с высокой тревожностью будут проходить консультацию у психолога.

ПРАКТИКА В ГАУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 21»

Валиева В. Р.

Научный руководитель – ассистент кафедры Мухаметшина Д.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Наша ознакомительная практика (в рамках учебного плана по направлению подготовки: 34.03.01 «Сестринское дело») проходила на базе урологического отделения ГАУЗ «Городская поликлиника № 21».

Во время прохождения практики мы ознакомились со всеми направлениями работы отделения, который существует с 1987 года. Медсестры и доктора отделения делились с нами как теоретическими знаниями, так и практическими навыками.

Мы узнали о самых распространенных методах диагностики пациентов (анализы мочи, крови и т.п.). Нам рассказали какие виды анализа мочи есть и для чего они нужны, например, общий анализ мочи (покажет, как работают почки, мочевого пузыря, поджелудочная железа, печень, покажет возможные нарушения выделительной системы организма. Этот анализ мочи укажет, есть ли воспаления в организме); анализ по методу Нечипоренко (по этому методу можно узнать о наличии лейкоцитов в моче, подсчитать количество эритроцитов и цилиндров); анализ по методу Зимницкого (помогает выявить такие заболевания как пиелонефрит, гломерулонефрит, токсикоз, сахарный диабет, почечная недостаточность, прочие болезни). Также нам дали возможность «прочитать» несколько анализов.

Получили теоретические знания о работе катетера и основных функциях. В процедурном кабинете, с помощью медсестры, освоили практику смены катетера Фолея. Особенности катетера является то, что для женщин и мужчин техника отличается.

Таким образом, прохождение практики в урологическом отделении ГАУЗ «Городская поликлиника № 21» способствовало получению знаний, необходимых в работе медицинской сестры.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА В НАРКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

Закирова Г. Р.

Научный руководитель – к.п.н., доц. Рябова Т. В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

На 1 курсе обучения по направлению подготовки: 34.03.01 «Сестринское дело» предусмотрена Психологическая практика, целью которой является ознакомление с работой медицинского учреждения, приобретение практических

навыков в применении методов и технологий практической психологической и научно - исследовательской работы. Мы проходили практику на базе ГАУЗ Республиканский наркологический диспансер МЗ РТ. В начале практики мы познакомились с организационной структурой психологической службы диспансера, затем изучали приёмы и методы работы психологов. Наша деятельность осуществлялась в качестве наблюдателей и ассистентов при осуществлении психологической деятельности сотрудниками диспансера.

Целью нашей научно –исследовательской работы было определение стадий химической зависимости у пациентов наркологического диспансера. Зависимость – непреодолимое влечение к веществам или объектам, выражающееся в совершении определенных действий, при отсутствии которых человек испытывает психологический дискомфорт.

Было опрошено 10 человек в возрасте от 35 до 65 лет, имеющих зависимость от психоактивных веществ. Психодиагностическая методика, используемая психологами диспансера, позволяет определить прогрессирование симптомов зависимости. Включенные в тест характерные симптомы, отнесенные к каждой стадии зависимости, позволят подробно взглянуть на прогрессию болезни с позиции жизненного опыта. Сбор информации проходил прямым способом. Обработка полученных данных проходила вручную. Перед исследованием было проведено информирование. Общение проходило в спокойной атмосфере, на время исследования каждый в помещении занял удобное для себя место.

Анализ полученных в результате исследования данных показал, что практически у всех испытуемых лиц поздняя стадия зависимости. У 75% опрошенных лиц, с алкогольной зависимостью, отмечается поздняя стадия зависимости (результат их теста: 49-52 балла из 54 возможных). У 25% испытуемых выявлена средняя стадия зависимости (результат теста: 22 балла из 54 возможных).

После проведения теста психологи диспансера беседовали с каждым пациентом индивидуально. Большинство пациентов на вопрос: «Что привело вас к употреблению алкоголя?» отвечали, что влияли такие факторы, как усталость

на работе, стресс, недопонимания со стороны близких, а некоторые выпивали алкоголь для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше или вписаться в компанию. Эти ответы доказали, что в основе зависимости лежит стремление к уходу от реальности путем достижения измененного состояния сознания посредством приема психоактивных веществ.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА В ОТДЕЛЕНИИ СОСУДИСТОЙ НЕВРОЛОГИИ

Лейник Е.А.

Научный руководитель – к.п.н., доц. Рябова Т.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

На 1 курсе обучения по направлению подготовки: 34.03.01 «Сестринское дело» предусмотрена Психологическая практика, целью которой является ознакомление с работой медицинского учреждения, приобретение практических навыков в применении методов и технологий практической психологической и научно - исследовательской работы.

Студенты 1 курса факультета социальной работы и высшего сестринского образования в течение 1 семестра проходят Психологическую практику в различных учреждениях здравоохранения РТ. Базой нашей практики была ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», отделения неврологии и ранней реабилитации. Сосудистые заболевания головного мозга являются одной из ведущих причин смертности и инвалидизации в развитых странах. Ранняя диагностика сосудистых когнитивных расстройств необходима для профилактики инсультов и других острых сосудистых эпизодов.

Целью нашего исследования было определение состояния когнитивных функций у лиц, перенесших инсульт. Нами было опрошено 20 человек в возрасте от 40 до 85 лет, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Использовалась психодиагностическая методика под названием «МоСА (Монреальская шкала когнитивной оценки функций)», которая состоит из 11 заданий и позволяет определить интеллект, внимание, память, особенности вербальной коммуникации.

Анализ полученных в результате исследования данных показал, что у практически у всех испытуемых лиц после острого нарушения мозгового кровообращения наблюдаются нарушения когнитивных функций. У 50% опрошенных лиц, перенесших инсульт, отмечается низкая оценка когнитивных функций (они набрали 5-15 балла из 30 возможных). У 40% испытуемых выявлена нормальная оценка когнитивных функций (15-25 баллов из 30 возможных). У 10% испытуемых отмечалась высокая оценка когнитивных функций (30 баллов). Когнитивные расстройства в виде плохой памяти, низкой ментальной выносливости, рассеянности внимания обнаружены у пациентов, проходящих лечение в отделении сосудистой неврологии. Для улучшения состояния когнитивных функций пациентов, перенесших инсульт, нами, под руководством психолога отделения, проводились реабилитационные мероприятия в виде упражнений для пальцев рук и кистей. Упражнения по развитию мелкой моторики улучшали память, координацию, чувствительность, мозговое кровообращение, что способствует улучшению показателей оценки когнитивных функций.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПАЦИЕНТОВ

Сайфуллина А.Р.

Научный руководитель – к.п.н., доц. Рябова Т.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Психологическая (ознакомительная) учебная практика по направлению подготовки: 34.03.01 «Сестринское дело» осуществлялась нами на базе ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», отделения неврологии и ранней реабилитации.

В основу данной научно – исследовательской работы легло предположение о том, что при остром нарушении мозгового кровообращения по ишемическому типу наиболее сильно нарушаются память и внимание. Поскольку когнитивные и эмоциональные нарушения во многом определяют исход реабилитационных мероприятий и качество жизни пациента, представлялось важным оценить степень нарушения когнитивных функций, а именно памяти, внимания, особенности вербальной коммуникации. Подозрение об имеющейся когнитивной недостаточности возникает, если пациент жалуется на снижение памяти (по сравнению с прошлым опытом), тяжесть или ощущение «пустоты» в голове, трудности концентрации внимания или сосредоточенности, трудности подбора слов в разговоре или выражении собственных мыслей и др.

С помощью психодиагностическая методики «Монреальская шкала когнитивной оценки функций» нами было опрошено 15 человек (возраст ль 35 до 85 лет).

Анализ полученных в результате исследования данных показал, что у некоторых испытуемых лиц после инсульта наблюдаются нарушения когнитивных функций. У 50% опрошенных лиц, перенесших инсульт, отмечается низкая оценка когнитивных функций (пациенты набрали 19-20 баллов из 30 возможных).

Оказалось, что почти половина (46%) пациентов отличается низкой степень развития когнитивных функций, то есть им тяжело даются задания на запоминание, речь невнятная, её трудно понять. У 35% со средней оценкой нарушения, основной проблемой является невнимательность. 19 % пациентов набрали максимальное количество баллов из возможных.

Психологи отделения проводили с пациентами (у которых средняя или отличная оценка когнитивных функций) аутогенную тренировка – психотерапевтический метод широкого профиля, используемый для лечения заболеваний функционального и органического характера, а также как средство психологической саморегуляции состояний. Мы участвовали при проведении данного метода, основанного на использовании приемов самовнушения, элементов восточных техник и погружения в релаксационное состояние.

Благодаря аутотренингу у пациентов снижалась тревожность, они быстрее проходили путь реабилитации.

ПРАКТИКА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГАУЗ ДРКБ

Валиева В. Р.

Научный руководитель – к.п.н., доц. Рябова Т. В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Наша ознакомительная психологическая практика (в рамках учебного плана по направлению подготовки: 34.03.01 «Сестринское дело») проходила на базе Психологического отделения ГАУЗ ДРКБ РТ.

Во время прохождения практики мы ознакомились со всеми направлениями работы отделения, который существует с 1992 года. Психологи отделения делились с нами как теоретическими знаниями, так и практическими навыками.

Мы узнали об особенностях психологии общения медицинского работника при работе с детьми, коммуникативных барьерах (фонетический, смысловой, стилистический, логическое непонимание, социокультурные барьеры, барьеры отношений). Психолог с помощью тренинговых упражнений способствовал развитию у студентов навыков активного слушания и эмпатии, развитию навыков «идеального медицинского работника».

На практике мы изучали влияние игр на психику ребенка с помощью игротерапии (психологический инструмент, направленный на развитие, коррекции, устранение нарушений психики). Психолог провела с нами ряд игр, используемых в работе и направленных на для улучшения психологического самочувствия, на снятие напряжения и расслабление.

Нейропсихолог информировала и структурно - функциональной модели головного мозга и влиянии определенных блоков на формировании психики ребенка.

Семейный психолог рассказала нам о видах и этапах формирования семьи, а также кризисах и конфликтах, характерных для каждого этапа. Понимание деструктивных и конструктивных функций конфликтов способствует

выстраиванию продуктивных отношений между медицинскими работниками и пациентами.

Целью нашего исследования было определение стратегий поведения конфликта у студентов, проходящих практику в ГАУЗ ДРКБ. Использовалась психодиагностическая методика теста К. Томаса. Результаты исследования показали, что 80 % студенток использует в конфликтах стратегию «компромисс» и 60% стратегию «сотрудничество». Таким образом, студентки при взаимодействии с другими людьми учитывают не только свои интересы, но и интересы партнеров.

Таким образом, прохождение практики в психологическом отделении ДРКБ способствовало не только получению знаний, необходимых в работе медицинской сестры, но развитию личностных качеств, в частности, коммуникативных.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (ПАЛЛИАТИВНАЯ) ПРАКТИКА У
СТУДЕНТОВ БАКАЛАВРОВ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ
«СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО» НА БАЗЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО
ДИСПАНСЕРА**

Модова А.Л.

Научный руководитель – ст. преподаватель кафедры экономической
теории и социальной работы Морозова О. Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Всемирная организация здравоохранения дает определение понятию «паллиативная помощь» как подход, способствующий улучшению качества

жизни пациентам и их близким, которые столкнулись с угрожающей жизни болезнью, благодаря предупреждению и облегчению страданий посредством раннего выявления, точной оценки и лечения боли и других страданий - физических, психосоциальных и духовных.

Актуальность. В последние годы паллиативная помощь играет важную роль в улучшении качества жизни больных, нуждающихся в помощи.

Актуальность темы объясняется тем, что медсестра должна знать профессиональные обязанности, правила распорядка, деонтологию и этику, нормативные варианты, приказы и стандарты, уметь применять все знания на практике, быть рядом с пациентом и оказать ему помощь в трудной ситуации. Медицинская сестра должна обладать рядом моральных качеств (сострадательность, забота, чуткость), чтобы в полной мере оказать психологическую и духовную поддержку. Этим качествам нельзя научиться, они должны быть в сердце каждого, кто выбрал нелегкий труд медицинской сестры.

Цель. Цель исследования – определить роль производственной (паллиативной) практики для формирования компетенций необходимых выпускнику по направлению бакалавр «Сестринское дело» будущего специалиста.

Задачи:

1. Рассмотреть необходимость паллиативной помощи в уходе за больными.
2. Определить место и значимость деятельности медицинской сестры в паллиативной медицине, в рамках производственной практики.

Материал и методы исследования. Для студентов практика является одним из самых приоритетных направлений в учебе, так как проходя практику студент не только может проверить свои теоретические знания, но и продемонстрировать навыки и умения. Студенты получают необходимый опыт с помощью заинтересованных людей, которые уже прошли свой путь становления специалистами.

Возможность проходить практику на базе Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ, это не только важно для студентов

медицинских вузов, но и является основополагающим элементом в образовательном процессе, так как есть компетенции, освоение которых возможно только проходя практику на базе данного учреждения. РКОД является ведущим специализированным лечебно-профилактическим учреждением, осуществляющим руководство деятельностью онкологической службы Республики Татарстан, курирующим методическую, организационную, профилактическую, диагностическую и лечебную работу служб здравоохранения на территории Республики Татарстан в целях совершенствования онкологической помощи населению.

Во время прохождения практики, были поставлены такие задачи: рассмотреть необходимость паллиативной помощи, определить значимость деятельности медицинской сестры в паллиативной медицине, а также выявить значение производственной (паллиативной) практики для формирования будущего специалиста по сестринскому делу.

Нами было проведено исследование среди студентов, проходящих производственную (паллиативную) практику в отделении химиотерапии №1. В исследовании участвовали 10 студентов. Студентам был задан вопрос «Смогли ли Вы применить знания на практике?»

Согласно ответам 80% студентов, смогли применить знания на практике в данном отделении. Это подтверждает, что студенты закрепили полученные знания, а также освоили навыки на практике.

Студентам был задан вопрос «Вы считаете производственную (паллиативную) практику необходимой?»

Было выявлено, что 80% студентов считают данную практику необходимой. Это говорит о том, что производственная (паллиативная) практика является важной составляющей для формирования будущего специалиста по сестринскому делу.

Заключение. За время прохождения практики студенты научились разным навыкам при специализированном уходе, поняли различные психологические и философские вопросы, возникающие в процессе общения с больными и их

родственниками. А также должностные обязанности, правила внутреннего распорядка, этику и деонтологию, приказы и нормативные акты.

Медицинская сестра играет важную роль при оказании паллиативной помощи. Осуществляет уход за пациентами, оказывает психологическую помощь. Медицинская сестра должна стремиться к полному 100% оказанию помощи ухаживающим и пациентам.

Производственная (паллиативная) практика является важным и необходимым для формирования будущего специалиста по сестринскому делу. Во время прохождения практики закрепляются полученные знания, а также осваиваются полезные в дальнейшей работе навыки.