

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

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



Казань  
3-4 апреля 2023 года  
Содержание

Двенадцатая межрегиональная учебно-практическая  
конференция обучающихся  
«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.  
РАСШИРЕНИЕ ГОРИЗОНТОВ»

Содержание

Научно-исследовательская работа	27
Выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний при диспансеризации и степени осведомленности о них пациентов Радченко А.С., Гатиатуллин Б.А. (Научный руководитель: ассистент кафедры госпитальной терапии, к.м.н. Белоусова Е.Н.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	27
Анкетный метод выявления предрасположенности к возникновению рака толстой кишки Ахмадеева Д.А. (Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии Абдулхаков Р.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	28
Приверженность к терапии пациентов с социально-значимыми неинфекционными заболеваниями на базе «городской поликлиники №18» г. Казани Латфуллина Э.З. (Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии Абдулхаков Р.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	29
Отношение пациентов клиники КМУ к вакцинации против Covid-19 Виволанец А.А. (Научный руководитель-д.м.н. профессор кафедры госпитальной терапии Абдулхаков Р.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	30
День здоровья в ГАУЗ «Городская поликлиника №20» г. Казань Подьячева В.В. (Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Акберова Д.Р.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	31
«Приверженность к здоровому образу жизни медицинских работников ГАУЗ ГКБ №7 г. Казани» Хазипова З.Р. (Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии Абдулхаков Р.А.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	32
Сравнительный анализ тестов для оценки мальнутриции RFH-NPTINRS-2002 у пациентов с циррозом печени Бадма-Горяева Ц.С., Динов Р.М. (Научные руководители - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Белоусова Е.Н.; к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Мухаметова Д.Д.) ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	34
Вакцинация от Covid-19 во время производственной практики Курбакова А.С., Савина Е.С. (Научный руководитель – д.м.н, доцент	35

кафедры поликлинической терапии Григоричева Е.А.) ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России	
Клинический случай: транспозиция внутренних органов в амбулаторной практике Абдрахманов И.И., Яруллина Э.О.	
(Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии Абдулхаков Р.А.)	37
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	
Реабилитация у пациентов с последствиями церебрального инсульта в условиях поликлиники Абитова А.А., Мамедов А.Н.	
Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Акберова Д.Р. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	39
Производственная практика «научно исследовательская работа» оториноларингологические осложнения. «Вазомоторный ринит беременных». Борисов Д.С. Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии Абдулхаков Р.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	40
Влияние перенесенной коронавирусной инфекции на когнитивные способности лиц в молодом возрасте от 18 до 35 лет Закирова Л.Ф.	
Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии Абдулхаков Р.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	42
Структура болезней системы кровообращения среди пациентов территориальной поликлиника ГАУЗ «госпиталь для ветеранов войн» МЗ РТ за январь-апрель 2022 года	43
Оценка частоты встречаемости язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки Мамедов А.Н., Абитова А.А.	
Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Акберова Д.Р. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	44
Постковидный синдром у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника Нуриахметова А.А. Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии Абдулхаков Р.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрав России)	46
Оториноларингологические осложнения (острый гайморит, острый синусит) острой респираторной вирусной инфекции в работе врача общей практики Садыкова А.А. Научный руководитель- д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии Абдулхаков Р.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	47
Распространенность ревматоидного артрита среди пациентов ГАУЗ “Городская поликлиника № 21” Салахова И.Э. Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Акберова Д.Р. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	48
Производственная практика «научно-исследовательская работа». научно-исследовательская работа «оценка уровня контроля	49

глюкозы крови пациентами с сахарным диабетом 2 типа». Ситдикова Э.Э. Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии Абдулхаков Р.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	
Частота заболеваемости Covid-19 и особенности постковидного синдрома, опыт поликлинической практики. Белоусова 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)	50
Дифференциальная диагностика синдрома портальной гипертензии Ефимова Д.В. Научные руководители – к.м.н., асс. Бодрягина Е.С., к.м.н., асс. Белоусова Е.Н. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	51
Степень удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи в ГАУЗ «Городская поликлиника №16» МЗ РТ Земскова С.Д. Научный руководитель – д.м.н., Абдулхаков Р. А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	52
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)	54
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)	55
Частота встречаемости внебольничной пневмонии за 2017-2021 гг. 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)	58
Долгосрочные последствия Covid-19 через 6-8 месяцев после выписки из стационара Петрова В.П. Научный руководитель - ассистент кафедры госпитальной терапии, к.м.н. Акберова Д.Р. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	59
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)	60
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)	61
Производственная практика в течение учебного семестра. Распространенность и лечение дислипидемии в работе врача первичного звена. Нурмиева Э. Р., Закиев Р. Р., Мустафина Г.Р.	63

- Научный руководитель – ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики Казанского ГМУ Долгова З.Р. (ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ)
- Клинический случай: течение беременности и родов у женщины с метаболическим синдромом, осложнённым наличием двусторонней полисегментарной пневмонии, вызванной Covid-19 Амирова Л.Д., Плюта А.С. Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии Щеголихина Л.В. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России). 64
- Клинический случай гангренозной пиодермии у пациента с язвенным колитом Валитова А.Д. Научный руководитель – к.м.н., асс., Мухаметова Д.Д., ординатор Галиева А.М. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 65
- Разбор клинического случая «Эффективность диспансеризации в выявлении колоректального рака на ранних стадиях» Басанова В.А., Газизова С.Л., Хакимова А.А. Научный руководитель - к.м.н. доц. Пикуза А.В. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 67
- Производственная практика «помощник врача-терапевта» на лечебном факультете диагностический поиск причин анемического синдрома у пациента с болезнью Крона, Гайсина Д.А., Камалова Р.Р. Научный руководитель - к.м.н., асс. кафедры госпитальной терапии Мухаметова Д.Д., к.м.н., асс. кафедры госпитальной терапии Белоусова Е.Н. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 68
- Клинический случай пациента с тотальной алопецией и целиакией Ермакова К.Н., Зарипова И.И., Кахаберидзе Л.В. Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии Мухаметова Д.Д. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 69
- Миелодиспластический синдром, возникший после проведения химиотерапии. Клинический случай Кадырова З.М. Научный руководитель - асс. кафедры госпитальной терапии, заведующий отделением гематологии ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ Кунст М.А., к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии Бомбина Л.К. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 71
- «Актуальные проблемы лапароскопической холецистэктомии в ургентной хирургии» Мусаева Р.З., Бикчурин К.Р. Научный руководитель: д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии Стяжкин С.Н. (ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России) 72
- Производственная практика «Помощник врача хирурга». Разбор клинического случая «Дисфункция трансплантата печени в виде синдрома холестаза, механической желтухи, вызванной стенозом холедоха. дислокация дренажа». Баязитова Л.Р. Научный руководитель – к.м.н., доц. Пикуза А.В. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 76
- Диабет и его влияние на течение беременности Михайлова Светлана Алексеевна Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры 78

- акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Хайруллина Гузьяль Равилевна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Ахметгалиев Артур Ринатович (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)
- Производственная практика «Помощник врача хирургического отделения». Разбор клинического случая «Острый тромбоз глубоких вен правой нижней конечности». Насибов Р.Р., Амирасланова А.А. Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии Стяжкина С.Н. (ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России) 79
- Особенности диагностики и лечения узлового зоба в клинической практике. Сафиуллин А.Н., Селимханов Э.Ш, Леднева А.В. Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии Стяжкина С.Н. (ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России) 82
- Редкое аутоиммунное заболевание: болезнь стилла взрослых Киселева Н.С., Иванченко Е.Ю. Научный руководитель: Иванченко Е.Ю. – к. м. н., доцент кафедры терапии и кардиологии (ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия) 86
- Некоторые вопросы диагностики пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения Балицкая А.А. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры неврологии, медицинской генетики Михайлов С.Н. (Оренбургский государственный медицинский университет) 87
- Проведение производственной практики «помощник врача акушера гинеколога» у студентов института клинической медицины ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ Бельницкая О.А., Батанова Е.В. (ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России) 88
- Производственная практика «Помощник врача стационара». Разбор клинического случая «Паховая грыжа» Вершинина А.Б., Матвеева У.В., Мухаметзянова А.И. Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии Стяжкина С.Н. (ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России) 90
- Трудности диагностики поражения печени при гипотиреозе Иванченко Е.Ю., Вайсберг А.Р., Гарбуз М.Е. Научные руководители: Иванченко Е.Ю. – к.м.н., доцент кафедры терапии и кардиологии, Вайсберг А.Р. – к.м.н., доцент кафедры терапии и кардиологии (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Приволжский исследовательский медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации) 90
- Клинический случай геморрагической лихорадки с почечным синдромом без геморрагической экзантемы. Ли Ген Мин Научные руководители - ассистент Долгих Т.А., к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и 92

дерматовенерологией Зотова А.В. (ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России)	
Опоясывающий герпес как осложнение на фоне системной красной волчанки. Маринина А.О. Научный руководитель - ассистент кафедры кожных и венерических болезней Ускова К.А. (ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России)	93
Производственная практика «Помощник врача хирургического стационара». Разбор клинического случая «Хирургического лечения инфицированного панкреонекроза». Сабирзанов Р.Р., Якимов Д.А., Исаев Д.Н. Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии Исаев Д.Н. (ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет)	95
Особенности ухода за больным после ампутации нижней конечности вследствие гангрены Сомова А.Н. Научный руководитель - ассистент, к.м.н., Афанасьева Татьяна Сергеевна, (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России)	96
Особенности профилактики панкреатических осложнений после эндоскопической папиллосфинктеротомии по поводу холедохолитиаза Спиридонов Т.Р., Новикова Е.Д., Ельцов Т.О. Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии Стяжкина С.Н. (ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России)	97
Проблемы диагностики подострого тиреоидита в период пандемии Covid-19 Фомин Н.А., Рудаков А.С. Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры терапии и кардиологии Вайсберг А.Р. (ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация)	98
Разбор клинического случая «болезнь Ниманна–пика» Галявкин А.В. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней Миролюбов Б.М. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	99
Клиническая практика «Помощник врача-хирурга» разбор клинического случая пациента с пролежнями III стадии. Гайнутдинова Н.Р. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней Пикуза А.В. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	101
Оценка возможных осложнений после установки чрескожной пункционной нефростомы при поражениях почек Морозова Е.И., Набиева Р.Р., Обкова Е.Д. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней Казанского ГМУ Пикуза А.В. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	102
Анализ послеоперационных раневых гнойно-воспалительных осложнений в абдоминальной хирургии и их профилактика	103

Сложный клинический случай во время прохождения производственной практики в отделении колопроктологии ГАУЗ РКБ МЗ РТ Набиева Р.Р., Морозова Е.И., Обкова Е.Д.	104
Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней Пикуза А.В. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	
В виде синдрома холестаза, механической желтухи, вызванной стенозом холедоха. дислокация разбор клинического случая «дисфункция трансплантатапечени дренажа». Баязитова Л.Р.	106
Научный руководитель – к.м.н., доц. Пикуза А.В. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	
Оценка практических знаний и умений студентов по профилактике заражения парентеральными инфекциями Куликова П.В.	107
Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней Ботникова Е.А.(ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России)	
Беременность и роды высокого риска Михайлова Светлана Алексеевна Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Хайруллина Гузьяль Равилевна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Ахметгалиев Артур Ринатович (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	108
Отдельные вопросы педиатрии как элемент обучения ординаторов на кафедре педиатрии №2 Писоцкая Ю.В., Богачева С.М., Устюжанина Д.В. (ФГБУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава РФ) Научный руководитель – зав. кафедрой педиатрии №2, д.м.н. Бурлуцкая А.В.	109
Производственная практика «Уход за больными терапевтического профиля». Изучение клинического случая: «оценка эффективности лечения хронического вирусного гепатита С» Юлташев Р.И.	111
Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Садыкова А.Р. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	
Наследственная болезнь обмена – недостаточность пируватдегидрогеназного комплекса. Диагностический поиск. Сабирова А. З. Научный руководитель – к.м.н., доц. кафедры госпитальной педиатрии Сабирова Д. Р. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	112
Производственная практика «Профпатология». Разбор клинического случая «Коронавирусная инфекция Covid-19, вирус идентифицирован осложнения: двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония, тяжелое течение. Тромбоз мелких ветвей легочной артерии. Дыхательная недостаточность летальный исход от 03.12.21». Шарифуллина Н.Ф. Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры гигиены, медицины труда (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	113



- Разбор клинического случая пациента с приобретенной цитомегаловирусной инфекцией Насырова Э.И., Булатова А.Х. 118  
 Научный руководитель – д.м.н., доцент кафедры детских инфекций Хаертынов Х.С. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)
- Секция «Производственная практика на педиатрическом факультете в качестве помощника врача (терапия, акушерство и гинекология, хирургия)» 119
- Ведение пациентов с хирургическим сепсисом Хафизова Л.И., Китова И.В., Равзутдинова Э.Н. Научный руководитель - Пикуза Алексей Валерьевич, к.м.н., доцент кафедры хирургии, врач отделения гнойной хирургии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Минздрава Республики Татарстан», хирург высшей квалификационной категории; Ахунзянов Айрат Алмазович - к.м.н., ассистент, врач отделения гнойной хирургии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Минздрава Республики Татарстан», хирург высшей квалификационной категории. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 119
- Сохранение фертильности у пациенток с онкогематологическими заболеваниями Зиганшина Д.М., Щеглова К.Р. Научный руководитель - асс. Салимова Л.М., асс. Молостова А.Ф. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 120
- Производственная практика «помощник врача-терапевта». Разбор клинического случая «полиморфная желудочковаяэкстрасистолия у беременной женщины». Хабирова Г.И, Харисова Ю.И группа 2505 121  
 Научные руководители – ассистенты кафедры внутренних болезней, А. Ф. Молостова, Л.М. Салимова. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)
- Инфекционный эндокардит, ассоциированный с имплантацией кардиостимулятора Гимранов Р.Р., Мухамадиева А. И. Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней Пальмова Л. Ю. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 122
- Клинический случай острой немассивной тэла у 18-летнего юноши Глинкина А.В., Сарматина М.М. Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней Пальмова Л. Ю. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 123
- Производственная практика «Помощник врача хирурга». Разбор клинического случая «постстернотомный передний серозный медиастинит с остеомиелитом грудины» Гатиатуллин А.А. 125  
 Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней, Пикуза А.В. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)
- Разбор клинического случая «ингибиторы sglт2 в терапии сахарного диабета 2 типа у пациентки с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Гибадуллина Л.А., Зарипова А.И. Научный руководитель – Салимова Л.М., Молостова А.Ф.(ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 126

Производственная практика «Помощник процедурной медицинской сестры». Разбор клинического случая «болезнь Ниманна–пика». Галявкин А.В. Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней Миролубов Б.М. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	127
Производственная практика «Помощник врача хирурга». Разбор клинического случая «сегментэктомия печени при кавернозной гемангиоме». Алимова Ю.Р., Хисматова М.Р. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней Пикуза А.В. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	129
Сложности подбора антибиотикотерапии при инфекционном эндокардите на примере клинического случая Салимзянова А.Р. Научный руководитель- ассистент кафедры внутренних болезней Зиннатуллина А. Р. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	130
«Помощник медсестры реаниматологического отделения республиканского клинического онкологического диспансера». разбор клинического случая «миома матки». Усманова Н.В. Научный руководитель – декан факультета ВСО Морозова Ольга Николаевна (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	131
Клинический случай ведения беременности у женщины с дисплазией шейки матки во время производственной практики Зарипов Имиль Радикович, Рашитова Элина Ленаровна, Научные руководители – к.м.н., профессор кафедры детских инфекций Халиуллина Светлана Викторовна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии Мугинова Аделя Маратовна (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	132
Организация режима работы и отдыха среднего медицинского персонала в отделении анестезиологии и реанимации ГАУЗ ГKB №7 Бектимирова Регина Рамисовна. Научный руководитель – Фатыхов Руслан Ильгизарович- к.м.н., ассистент, врач-хирург.(ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	133
Клинический случай во время практики: гидроцефалия у ребенка 11 лет Ефремова Ксения Анатольевна, Сысоева Альбина Юрьевна, Рашитова Элина Ленаровна, Научные руководители – д.м.н., профессор кафедры детских инфекций Халиуллина Светлана Викторовна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) Гафиатуллина Лилиана Айдаровна, группа 2307, Киселев Роман Павлович, группа 2507	135
Научные руководители – д.м.н., доцент кафедры детских инфекций Халиуллина Светлана Викторона, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	
Производственная практика «Помощник палатной медсестры».	136

- Разбор клинического случая «5-месячный пациент с перинатальным поражением центральной нервной системы и постнатальной гипотрофией». Гафиатуллина Лилиана Айдаровна, группа 2307, Киселев Роман Павлович, группа 2507 Научные руководители – д.м.н., доцент кафедры детских инфекций Халиуллина Светлана Викторона, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)
- Клинический случай проявления болезни системы крови. Шарафиева Л.З. Научный руководитель – к.м.н., доцент Макаров Максим Анатольевич (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 137
- Уход за пациентами с заболеваниями носа и околоносовых пазух Короткова М.Л. Научные руководители - к.м.н., доцент кафедры детских инфекций Сабитова А.М., ассистент кафедры оториноларингологии Салимов Л.И., к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии Фатыхов Р.И. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 138
- Моя научная работа во время производственной практики «помощник процедурной медицинской сестры» - роль позитронно-эмиссионной томографии в диагностике и лечении в-клеточных лимфопролиферативных заболеваний Караманян О.В., Рыкова А.Р., Караманян А.В., асс. кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Научные руководители: к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна, к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней Гатина Ландыш Нафиковна (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 140
- Особенности деонтологии медицинского работника в детском неврологическом отделении Габдрахманова И.Р. Научные руководители- к.м.н., доцент кафедры детских инфекций Сабитова А.М, к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии Фатыхов Р.И. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 141
- Клинический случай синдрома рапунцель во время прохождения производственной практики «Помощник процедурной медицинской сестры» Кадриев Амир Альбертович, группа 2409; Фазуллин Марат Шамилевич, группа 2409; Камалова Снежана Ленаровна, Научные руководители – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна, к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии Фатыхов Руслан Ильгизарович (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 142
- Клинический случай гломерулонефрита после перенесенного инфекционного эндокардита во время прохождения производственной практики Сысоева Альбина Юрьевна, группа 2413, Ефремова Ксения Анатольевна, группа 2302, Рашитова Элина Ленаровна, группа 2405 Научные руководители – д.м.н., доцент 143

- кафедры детских инфекций Халиуллина Светлана Викторовна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна) (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)
- Потенциальные проблемы тяжелобольных и обездвиженных пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения Ахмедова Камила Садыковна Группа 3103 Научный руководитель – к.м.н., доцент Макаров Максим Анатольевич (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 145
- Производственная практика «Помощник палатной медицинской сестры». Разбор клинического случая «Очаговая склеродермия» Ефремова Мария Сергеевна, Хайруллина Диляра Ильгизовна Научные руководители – д.м.н., доцент кафедры детских инфекций Халиуллина Светлана Викторовна; к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 146
- Опыт прохождения производственной практики «Помощник палатной медицинской сестры» в хирургической смотровой приемно-диагностического отделения ГАУЗ «ГКБ № 7» Кулькова Полина Сергеевна, группа 2301. Научные руководители- к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна, к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии Фатыхов Руслан Ильгизарович (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 147
- Приверженность пациентов педиатрического профиля к лечебному питанию в стационаре детской республиканской клинической больницы города Казани Гайнутдинова Н. Р., Валлиулова А.А., Юнусова Л. А. Научный руководитель – к.м.н. доцент, Закирова А. М. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 148
- Производственная практика «Помощник фельдшера скорой и неотложной помощи». перикардальный выпот: трудности дифференциальной диагностики. Драгунова И.Д., Филина А.М. Научные руководители: к.м.н. Вайсберг А.Р., доц. к.м.н. Иванченко Е.Ю. (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Приволжский исследовательский медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Нижний Новгород, Россия) 149
- Производственная практика «Оптимизации прохождения производственной практики для иностранных студентов» Зиганшин Д.Р. Научный руководитель-к.м.н., доцент кафедры общей хирургии А. Ю. Михайлов (ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России) 151
- Важность влияния наставника в период производственной практики Зиновьева Лада Владиславовна, Михайлов Александр Юрьевич, кандидат медицинских наук, доцент (ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России) 155

- «Анализ течения и исхода беременности и родов у женщин, перенёвших новую коронавирусную инфекцию Covid-19 во время беременности в удмуртской республике». Соколова В.В. 156  
 Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела  
 Афанасьева Т.С. (ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России)
- Научная работа во время прохождения производственной практики “Помощник процедурной медицинской сестры” - исследование эффективности профилактики тромбозов в травматологии и ортопедии Фазуллин Марат Шамилович гр.2409, Кадриев Амир Альбертович гр.2409, Караманян Оганес Вартанович гр.2410 164  
 Научные руководители- к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна, к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней Гатина Ландыш Нафиковна (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)
- Первая производственная практика «помощник участковой медицинской сестры»: ожидание, реалии, перспективы Якубова А.М., Еременко П.А., Литвинова К.П. Научный руководитель - к. м. н., доцент кафедры поликлинической педиатрии, пропедевтики детских болезней и последипломной подготовки Добряк Т.А. (ФГБОУ ВО Кем ГМУ Минздрава России) 165
- Моя первая производственная практика в медицине. Красовская Е.А. Научный руководитель: к. мед. н., доцент кафедры неврологии, медицинской генетики Михайлов С.Н. (ФГБОУ ВО «Оренбургский Государственный Медицинский университет» Минздрава России). 166
- Работа в команде в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции Covid-19. Таркова Е. Д., Манапова А. А. Научный руководитель – преподаватель Пейколайнен А. В. (БУ ХМАО-ЮГРЫ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия») 168
- Производственная практика «Моя первая производственная практика в медицине: ожидание, реалии, перспективы» Турянская К. М. Пейколайнен Ж. Г. преподаватель МО Теории и практики сестринского дела (БУ ХМАО–ЮГРЫ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия») 169
- Моя первая производственная практика в хирургическом отделении: ожидания, реалии, перспективы. Фаузетдинова Алина Даниловна Пейколайнен А.В. преподаватель МО Теории и практики сестринского дела (БУ ХМАО–Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия») 170
- Роль наставника в период практического обучения Березовская Е.Д. Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры гигиены Попкова Л.В. (ФГБОУ ВО «Кемеровский медицинский государственный университет» Минздрава России) 171
- Роль наставника в период практического обучения. Демченко К. П. 172

- Научный руководитель – асс. кафедры судебной медицины Калянов В. А., заведующий Альметьевским МСМО ГАУЗ «РБ СМЭ МЗ РТ» Ильин М. И. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)
- Производственная клиническая практика по специальности «инфекционные болезни». «Инфекционные и неинфекционные экзантемы у детей в практике врача приемного покоя» Евдокимова А.Э. Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры детских инфекций Хаертынов Х.С. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 173
- Клинический случай лимфаденопатии. сложность постановки диагноза при лимфаденопатии у детей. Набиева Рита Рабисовна, Морозова Екатерина Игоревна Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Казанского ГМУ Тамбова Н.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 174
- «Патологические изменения при декстрокардии на ЭКГ». Забродина М.Д, Резникова Е.Н. Научный руководитель-к.м.н., ассистентка кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела Т. С. Афанасьева.(ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России) 175
- Секция «клиническая практика «помощник врача детской поликлиники» 176
- Производственная практика «Помощник врача детской поликлиники». «Жаропонижающие препараты в терапии острых респираторных заболеваний у детей» Мифтиева А.А. Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии Рахмаева Р.Ф. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 178
- Производственная практика «Помощник врача детской поликлиники» предпочтения в питании и физическая активность у детей с избыточным весом и ожирением Фролова А.А., Закирова К.Р. Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьева Н.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 179
- Производственная практика «Помощник врача детской поликлиники». пациентский комплаенс в практике врача-педиатра участкового – почему это так важно? Талипова А.А. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьева Н.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 179
- Выявление суицидального поведения у детей в период пандемии Covid-19 Сабитов Н.Ф. Научные руководители - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Курмаева Е.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 180
- Нарушения сна у детей Петрова А. Ю. Научные руководители – к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А., 181

- к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии Хабибрахманова З.Р. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)
- Актуальность поддержки грудного вскармливания в XXI веке Еникеева А.Р., Сергеева Д.Р. Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьева Н.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 182
- Производственная практика «помощник врача детской поликлиники» использование рентгенологического метода исследования в практике участкового врача педиатра Ившина А.П., Кагарманова Р.И., Саттарова А.А. Научный руководитель к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьева Н.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 183
- Особенности режима дня и образа жизни современных подростков Хамидулина А.Р. Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии Хабибрахманова З.Р. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 184
- Разбор клинического случая «overlap-синдром: аутоиммунный гепатит I типа, первичный склерозирующий холангит. фиброз печени f2. болезнь крона Шакирова Р.Р., Садриева А.И. Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии Хабибрахманова З.Р. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 186
- Производственная практика «Помощник врача детской поликлиники». Дифференцированный подход к диагностике низкорослости ребенка на педитрическом участке. клинический случай. Грачунова О.Д. Научные руководители - С.Я. Волгина, д.м.н., профессор, Н.А. Соловьева, к.м.н., доцент (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 187
- Клиническая практика "Помощник врача детской поликлиники" научно-исследовательская работа «Структура и динамика инвалидизации детей на базе гауз «детская городская поликлиника №7» г. Казани» С.А. Абдураева, Э.Р. Баймурзина Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Волгина С.Я. (ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России) 188
- Производственная практика «Помощник врача детской поликлиники» разбор клинического случая. Галактоземия. Вохмянина М.С. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьёва Н.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 189
- Производственная практика «Помощник врача детской поликлиники» клинический случай: «витамин д - дефицитный рахит на фоне приема витамина д» Закирова А.А. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьёва Н.А., 191

- к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)
- Поздняя диагностика порока сердца. Клинический случай коарктации аорты. Ослопова Д.В., Щипкова А.А. Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Волгина С.Я. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 192
- Отношение современных родителей к вакцинопрофилактике Файзрахманова К.И. Научный руководитель — к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьёва Н.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 193
- Разбор клинического случая. «Первичная цилиарная дискинезия: диагностический поиск Хамидуллина Р.А. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьёва Н.А., к.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Волгина С.Я. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 194
- Производственная практика «Помощник врача детской поликлиники» разбор клинического случая нейрофиброматоз I типа в педиатрической практике Цирулиева А.Д. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьёва Н.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Курмаева Е.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 196
- Научно-исследовательские работы ординаторов причины и исходы острых отравлений у детей Ахмадуллина А.А., Муртазина Д.Р., Гарина Г.А. Научные руководители – д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Камалова А.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Самойлова Н.В. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 197
- Гипераммониемия в неонатальном периоде: диагностический вызов. Назмутдинова Л.Р. (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Казанский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации) 198
- Трудный диагноз: клинический случай синдрома Мак-Кьюна-олбрайта-брайцева у девочки 7 месяцев Деревянченко Т.М. Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и педиатрии Романенко Е.С. (ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России) 199
- Разбор клинического случая тромбофилии у недоношенного новорожденного Кожевников А.С. Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Серебрякова Е.Н. (ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России) 200
- Опыт работы в лагере для детей с сахарным диабетом 1 типа в челябинской области Сивак П.Д., Гаттарова О.С. Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских 202



- болезней и педиатрии Романенко Е.С. (ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России)
- Опыт наставничества молодого специалиста на кафедре педиатрия №2 Богачева С.М., Аширова Л. Э., Устюжанина Д. В. Научный руководитель – Бурлуцкая А.В. д.м.н., зав. каф. педиатрия №2 (ФГБОУ ВО Кубанский ГМУ Минздрава России) 203
- Разбор клинического случая кардиомиопатия с дилатационным фенотипом Боровиков Н.О. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьёва Н.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Сабирова Д.Р. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 204
- Разбор клинического случая. «Ювенильный дерматомиозит в практике педиатра Кондратьева К.А., Шамсутдинова Р.Г. Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 205
- Клинико-лабораторная характеристика системной красной волчанки у детей Хабипова Илюза Радиковна, Шакирзянова Гузаль Рашатовна Научные руководители: д.м.н., профессор Макарова Тамара Петровна, к.м.н. Мельникова Юлия Сергеевна (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 207
- Гиперлипидемия при нефротическом синдроме: от лабораторных изменений до сердечно-сосудистой патологии Юдина Мария Леонидовна, Александрова Анастасия Эдуардовна Научные руководители: д.м.н., профессор Макарова Тамара Петровна, к.м.н. Мельникова Юлия Сергеевна (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 208
- Приобретенная цитомегаловирусная инфекция у ребенка первого года жизни Савостина Ю.Д. Научные руководители - ассистент Долгих Т.А., к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией Зотова А.В. (ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России) 209
- Течение энтеровирусного менингита у подростка Балабанова Д.А. Научные руководители - ассистент Долгих Т.А., к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией Зотова А.В. (ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России) 211
- Значение производственной практики в формировании компетенций у студентов педиатрического факультета Кречетова М.Е., Дадонов В.В. Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры поликлинической педиатрии, пропедевтики детских болезней и последипломной подготовки Добряк Т.А. (ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России) 212
- Секция «производственная практика в санитарной службе» 213
- Производственная практика «обеспечение эпидемиологического благополучия». Аскарлова Э.Р., Малинина Л.А. Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры эпидемиологии и 213

- доказательной медицины Аглиуллина С.Т. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)
- Лабораторная диагностика сальмонеллезов, обнаружение сальмонелл для бактериологического анализа Батенева Влада Андреевна, Еремина Елизавета Вадимовна Научный руководитель – Попова Ольга Сергеевна, старший преподаватель кафедры «Гигиены и экологии» (ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России) 214
- Производственная практика «помощник врача эпидемиолога» Ярмиева З.Р. Научный руководитель – к.м.н. доцент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины Назарова О.А.(ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 216
- Анализ заболеваемости и профилактики квэ в Республике Татарстан за 2022 год. Карзакова Е.К., Салогуб М.В. Научный руководитель - ассистент кафедры микробиологии имени академика В.М. Аристовского, м.н.с. лаборатории эпидемиологии и природно-очаговых инфекций ФБУН КНИИЭМ Роспотребнадзора Хусаинова Р.М. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 217
- Определение качества хлебобулочных изделий из пшеничной хлебопекарной муки в санитарно-химической лаборатории Рязанцева А.П. Научный руководитель - старший преподаватель кафедры гигиены и экологии Попова О.С. (ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России) 218
- Тема исследования «Оценка качества атмосферного воздуха в районе проживания лиц, включенных в группу «случай-контроль». Садыков Б.Ф., Скворцов А.А. Научные руководители - к.м.н., доцент кафедры гигиены, медицины труда Залялов Р.Р., ассистент кафедры гигиены, медицины труда Яппарова Л.И. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 220
- Проведение анализа пищевой продукции: «определение массовой доли тиосульфата натрия в соли, обработанной йодистым калием» Хлебникова Э.А Научный руководитель - старший преподаватель кафедры гигиены и эпидемиологии Попова О.С. (ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России) 221
- Центр гигиены и эпидемиологии Салихова Э.И. Научный руководитель – старший преподаватель кафедры гигиены, медицины труда Тимербулатова Г.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 222
- Производственная практика «Помощник врача-специалиста учреждения, осуществляющего деятельность в целях обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора, и специалиста органа, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка». тема исследования «Санитарно-микробиологическое исследование воздуха в мониторинговых точках г. Казань». Скворцов А.А. Научный руководитель - к.м.н., 224

- доцент кафедры гигиены, медицины труда Залялов Р.Р. ассистент кафедры гигиены, медицины труда Яппарова Л. И. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)
- Производственная практика «помощника врача-специалиста учреждения, осуществляющего деятельность в целях обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора и специалиста, органа, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка». Участие в проведении профилактического визита в отношении детского оздоровительного лагеря. Абдуллазянова Э.Р., Димухамитов Д.Д. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры профилактической медицины и экологии человека ФПК и ППС Балабанова Л.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 225
- Разбор клинического случая «эпидемиологического ведения пациента с травмой и установленной антибиотикорезистентностью» Иванюк А. В. Научные руководители - ассистент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины Ильина О. А., к.м.н. доцент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины Аглиулина С. Т. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 227
- Санитарно-просветительская деятельность как один из аспектов производственной практики Небрасова А.А., Залилова А.И. Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней Ботникова Е.А. (ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России) 228
- Производственная практика помощник младшего медицинского персонала в рамках деятельности студенческого медицинского отряда Тягушева Е.Н. Государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры педиатрии Науменко Е.И. (ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский») 229
- Секция «медико-биологическая практика» 230
- Производственная научно-исследовательская практика. разбор клинического случая «катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия: Архипова С.А., Васильева Н.В. Научный руководитель – д.б.н., профессор кафедра медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой, Гришин С.Н. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России) 230
- Опыт проведения производственной практики в клинко-диагностических лабораториях Белокопытова К.В., Тамбовцева Н.А., Воробьева Е.Н. Научный руководитель - д.м.н., профессор, профессор кафедры биологической химии, клинической лабораторной диагностики Воробьева Е.Н. (ФГБОУ ВО "Алтайский 232

государственный медицинский университет Минздрава России", Барнаул)	
Производственная практика на медико-биологическом факультете. Воздействие ультразвука на органические ткани Золотухин Н.С., 7201 гр. Научный руководитель – к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и генетики Тяпкина О.В.	233
Физические основы рентгенодиагностики с использованием наночастиц Рувинская Элина Олеговна. Научный руководитель - к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и генетики Тяпкина Оксана Викторовна. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	234
Применение лазера в лазерной хирургии. Студентка группы 7201 медико-биологического факультета (специальность: медицинская биофизика) Файзуллина Эльмира Вильдановна. Научный руководитель - к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и генетики Тяпкина Оксана Викторовна. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	235
Позитронно-эмиссионная томография. Разбор клинических случаев. Чеснокова А.С., Кокшина Д.А. Научныйруководитель-к.ф.- м.н.,доценткафедрымедицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой КГМУ Гиматдинов Р. С. к.б.н., доценткафедры медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой КГМУ Шайхутдинова А.Р. (ФГБОУВОКазанскийГМУМинздраваРоссии)	237
Биохимия фотосинтеза. Колесникова Светлана. Научный руководитель - к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и генетики Пахалина И.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	238
Иммунофлуоресцентный анализ белка psd95 в мотонейронах поясничногоутолщении спинного мозгау крыс на ранних стадияхантиортостатического вывешивания Мустакимов С.Р., Ялтаева С.А. Научный руководитель - к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и генетики Тяпкина О.В. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	239
Мутагены окружающей среды как факторы развития генетических мутаций. Старкова Ангелина. Научный руководитель - к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и генетики Кошпаева Елена Святославовна. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	240
Иммунофлуоресцентный анализ белка синаптоподина в мотонейронах поясничного утолщении спинного мозга у крыс на ранних стадиях антиортостатического вывешивания. Ялтаева С.А., Мустакимов С.Р. Научный руководитель - к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и генетики Тяпкина О.В. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	241
Секция «производственная практика на стоматологическом факультете»	243

Значение онкодиагностики при стоматологическом обследовании студентов КГМУ. Лисюкова Р.Н., Салеев Н.Р. Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста Абдрашитова Алена Борисовна. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	243
Оценка уровня гигиенических знаний по гигиене рта у детей начальных классов. Леонтьева Ю.Л., Гумерова А. Р., Ширяк И.Д. Научный руководитель - д.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста Ширяк Т. Ю. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	244
Производственная практика «Помощник врача-стоматолога терапевта». Разбор клинического случая «Восстановление анатомической формы зуба при помощи силиконового ключа»». Зиатдинова Алина Маратовна. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии Халиуллина Гульназ Равилевна. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	245
Влияние морфологического строения фиссур молодых зубов на качество реминерализующей терапии. Дробошевская А.В., Лыткина А.А. Научный руководитель – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой стоматологии детского возраста. Подзорова Е.А. (ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет)	246
Лечение вторичного кариеса с использованием стоматологического микроскопа. Ворончихина Е. Д. Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Казанский государственный медицинский университет" Научный руководитель - к.м.н, доцент кафедры терапевтической стоматологии Халиуллина Гульназ Равилевна. (Министерства здравоохранения Российской Федерации)	248
Концепция немедленной нагрузки при зубопротезировании на системе «all on four». Шайдуллин Адель Ильдарович Научный руководитель - ассистент кафедры ортопедической стоматологии Денисов Николай Дмитриевич. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	249
Аутофлуоресцентная стоматоскопия в диагностике заболеваний слизистой оболочки полости рта Гайнуллина Л.Д., Зиянгилова А.И. Научный руководитель: к. м. н., ассистент. Наталья Алексеевна Шевкунова. (ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия" Минздрава России)	250
Влияние электронных сигарет на состояние десен Сабирзянова Р. Д., Чигвинцев Д. В. Научный руководитель - д.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста Ширяк Татьяна Юрьевна. (ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет)	251
Разбор клинического случая. «Восстановление коронковой части эндодонтически леченных зубов технологией build-up».	253
Шаймарданова К.А. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры	

терапевтической стоматологии Халиуллина Г.Р. Руководитель производственной практики: стоматолог-терапевт Юнусова И.И. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	
Помощник врача-стоматолога. Dental practise expriences in different grades. Aspects and comparison with other countries. Танкут Зейнеп Мелис. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры	255
терапевтической стоматологии Крикун Е.В. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	
Клинический случай комплексной реабилитации пациента в рамках производственной практики на кафедре ортопедической стоматологии казанского гму. Нестерова В.И., Абдулова В.Ш.,	256
Ахметшина Ф.Ф. Научный руководитель – профессор, д.м.н. Салеева Г.Т. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	
Производственная практика по стоматологии «Возможности интраоперационной уз визуализации при удалении конкрементов из протоков слюнных желез». Амирова Диляра Наилевна. Научные руководители – к.м.н., ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Нестерова Елена Евгеньевна, к.м.н., доцент кафедры, заведующий отделением Иванов Олег Александрович. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ России)	258
Производственная практика на стоматологическом Факультете. Влияние съемных протезов на микрофлору полости рта пациентов с сахарным диабетом Асанова А.Р., Ханнанов А.Ф.	259
Научные руководители: к.м.н, доцент Наталья Алексеевна Шевкунова, к.б.н, доцент В.В.Тихонова (ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России).	
Обеспечение качества при проведении производственной практики ординаторов направления «ортопедическая стоматология». Дрешер И.В. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры	260
ортопедической стоматологии Шамсутдинов М.И. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	
Производственная практика помощник врача стоматолога - детского ксилит в профилактике кариеса. Касимова Д.А. Научный руководитель – д.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста Ширяк Татьяна Юрьевна	262
(ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	
Социальный портрет стоматологических пациентов с сахарным диабетом. Ю.С. Вахрушева, С.А. Петрова	
Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии Наталья Алексеевна Шевкунова. (ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ)	263
Производственная практика «Врач-стоматолог детский». Разбор клинического случая «Афта Беднара» Ситдикова Э. Ф.,	264
Базарбаева О. Р. Научный руководитель – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой стоматологии детского возраста ФГБОУ	

ВО «Казанского ГМУ» МЗ РФ Сафина Р.М. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, АО "Детская стоматологическая поликлиника № 9" г. Казань)	
Секция «фармацевтическая практика»	267
Ядовитые растения республики татарстан. Амерханова З.Р., Сагитова А.А. Научный руководитель - к.с.-х.н., доцент Института фармации. Ситникова Наталья Владимировна (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России).	267
Контроль качества таблеток кислоты ацетилсалициловой в процессе производства. Заболотная У.Н. Научные руководители - д.фарм.н., доцент Института фармации Камаева Светлана Сергеевна; к.фарм.н., доцент Института фармации Меркурьева Галина Юрьевна. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России).	268
Создание коллекции лишайников произрастающих на территориях российской федерации. Ибрагимов А.Г. Научный руководитель - к.с.-х.н., доцент Института фармации Ситникова Наталья Владимировна. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России).	269
Микроскопия пыльцы злаковых растений, вызывающих аллергические реакции. Кашапова А.Р., Хайруллина Р.Р. Научный руководитель - к.с.-х.н., доцент Института фармации КГМУ Ситникова Н.В. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России).	270
История фармакопеи в России. Сафина А.Р. Научные руководители - к.фармац.н., доцент Института фармации Меркурьева Г.Ю., д.фармац.н., доцент Института фармации Камаева С.С. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	272
Pharmingredients как дополнительная площадка прохождения учебной практики по общей фармацевтической технологии. Ситдикова Алсу Минихатовна. Научные руководители – Меркурьева Галина Юрьевна, к.фарм.н., доцент Института Фармации, Камаева Светлана Сергеевна, д.фарм.н., доцент Института Фармации. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	273
Фармацевтическая практика «Прибрежно-водная флора озера кабан» Шайхутдинов И.Э. Научный руководитель - к.с.-х.н., доцент Института фармации Ситникова Наталья Владимировна. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	274
Секция «фармация» (ординаторы)	276
Особенности составления проекта нормативного документа по качеству лекарственного препарата в соответствии с требованиями евразийского экономического союза. Горбачева О.Ю. Научный руководитель - д.фарм.н., доцент, профессор Института фармации Абдуллина С.Г. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	276
Использование небулайзеров при хронической обструктивной болезни легких. Мирзобеков А.У. Научный руководитель - доцент Института фармации, к.фарм.н. Гарифуллина Г.Х. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	277

Организация льготного обеспечения населения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями на региональном уровне. Мустафина Н.Р. Научный руководитель – к.ф.н., доцент	278
Гарифуллина Г. Х. (Казанский государственный медицинский университет)	
Опыт прохождения производственно практики в области контроля качества лекарственных средств и воды в производственной аптеке. Романова Р.С., Глюмова А.И. Научный руководитель - д.фарм.н., доцент, профессор	279
Института фармации Абдуллина С.Г. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	
Оценка динамики импортозамещения на отечественном рынке вакцин. Саматова А.В. Научный руководитель - д. фарм н., профессор	280
Егорова С.Н. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	
Розничных аптек государственной и частной формы собственности, функционирующих на региональном фармацевтическом рынке. Хабибуллина Ф.Ф., Харитонов Д.В. Научный руководитель - доцент	282
Института фармации, к.фарм.н. Муслимова Н.Н. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	
Современное состояние льготного лекарственного обеспечения амбулаторных пациентов с Covid-19. Научный руководитель - доцент	283
Института фармации, к.фарм.н. Гарифуллина Г.Х. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	
Соблюдение условий транспортировки и хранения термолабильных лекарственных препаратов. Скворцова А.В. Научный руководитель - к.фармац.н., доцент	284
Воробьева В.М. (ФГБОУ ВО Алтайский ГМУ Минздрава России)	
Фармацевтическая пропедевтическая практика в производственной аптеке медицинской организации. Дубова Ю.М. Научный руководитель - к.фармац.н., доцент	285
Воробьева В.М. (ФГБОУ ВО Алтайский ГМУ Минздрава России)	
К вопросу формирования профессиональной идентичности будущего провизора. Мальцев М.Д. Научные руководители – декан фармацевтического факультета, к.б.н., доцент кафедры фармации	287
Большаков В.В., к.фарм.н., доцент, заведующий кафедрой фармацевтической и общей химии	
Мальцева Е.М. (ФГБОУ ВО Кемеровский ГМУ Минздрава России)	
«Изготовление лекарственных препаратов в условиях аптеки» для иностранных студентов в пермской государственной фармацевтической академии. Полежаева В.Д. Научные руководители – к.ф.н., доцент кафедры фармацевтической технологии	288
Мишенина И.И., к.ф.н., доцент кафедры фармацевтической технологии	
Собин Ф.В., к.пед.н., доцент, декан факультета подготовки иностранных граждан	
Кудряшов Е.В., д.ф.н., профессор, заведующий кафедрой фармацевтической технологии	
Пулина Н.А. (ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России)	



Получение эритропоэтина с помощью технологии рекомбинантных днк. Хижняк Ф.В. Научный руководитель - к. фармацевт.н, доцент Воробьева В.М. (ФГБОУ ВО Алтайский ГМУ Минздрава России)	289
Секция «производственная практика студентов среднего профессионального и высшего сестринского образования»	291
Производственная практика «помощник мобильной бригады паллиативной помощи онкологическим пациентам на дому в городе казань» Абдулладжанова Нигина Рустамовна. Научный руководитель – к.м.н., Морозова Ольга Николаевна. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	291
Наука о здоровье	293
Производственная практика «помощника врача-специалиста учреждения, осуществляющего деятельность в целях обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора и специалиста, органа, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка». участие в проведении профилактического визитов отношении детского оздоровительного лагеря. Абдуллазянова Э.Р., Димухамитов Д.Д. Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры профилактической медицины и экологии человека ФПК и ППС. Балабанова Л.А. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	293
Производственная практика “Госпитальный эпидемиолог”. разбор клинического случая “эпидемиологического ведения пациента с травмой и установленной антибиотикорезистентностью”. Иванюк А. В. Научный руководитель - ассистент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины- Ильина О.А. к.м.н. доцент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины – Аглиулина С.Т. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	294
Совершенствование уровня практических навыков в рамках обучения	295
Совершенствование профессиональных навыков ординаторов кафедры педиатрии №2 на примере проведения ii межвузовской олимпиады по педиатрии с международным участием «мастер педиатрии». Устюжанина Д. В. Писоцкая Ю. В., Аширова Л.Э., Богачева С.М. Научный руководитель – д.м.н., зав. кафедрой педиатрии №2 Бурлуцкая А.В. (ФГБОУ ВО Кубанский ГМУ Минздрава России)	295
Отдалённые последствия несвоевременной коррекции факторов риска развития ишемической болезни сердца. Мамедова А.Х. Научные руководители – доцент кафедры кардиологии ФПК и ППС КГМУ Балеева Л.В., доцент кафедры кардиологии ФПК и ППС КГМУ Галеева З.М. (ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России)	297

Разбор клинического случая «шизофрения, параноидноидная форма, непрерывный тип течения. синдром галлюцинаторно-параноидный». Хиль М.О. Научный руководитель: ассистент кафедры нервных болезней, психиатрии и наркологии Браш Н.Г. (ФГБОУ ВО Амурская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации)

298

## НАУЧНО - ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

### ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И СТЕПЕНИ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ О НИХ ПАЦИЕНТОВ

Радченко А.С., Гатиатуллин Б.А.

Научный руководитель: ассистент кафедры госпитальной терапии, к.м.н.  
Белоусова Е.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Согласно стратегии формирования ЗОЖ населения, к 2025 году необходимо уменьшить влияние модифицируемых факторов риска ХНИЗ. Выполнению этой задачи способствуют отделения профилактики, диспансеризация, школы здоровья.

Цель исследования - изучение распространенности факторов риска, выявленных при диспансеризации взрослого населения и осведомленности о них пациентов.

Задачи:

1. Изучить анкеты пациентов, проходящих диспансеризацию, и результаты их анализов;
2. Провести анкетирование об осведомлённости пациентов о факторах риска ХНИЗ.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГАУЗ «Городская поликлиника №10». На первом этапе был отслежен маршрут диспансеризации 48 пациентов от 20 до 76 лет (средний возраст  $44,33 \pm 13,93$ ), среди которых 60% женщин и 40% мужчин, изучены их анкеты и оценены результаты обследований. На втором этапе было проанкетировано 20 пациентов. Анкеты были представлены в гугл-форме и содержали вопросы о поле, возрасте респондентов, их осведомленности о безопасном уровне общего холестерина, глюкозы, артериального давления. Результаты обрабатывались в программе Excel. Возраст пациентов распределялся в соответствии классификации ВОЗ (2021).

Результаты и обсуждение.

Из преморбидных состояний пациентов обращали на себя внимание: ГБ у 10 человек, СД - у 4, новообразования - у 2, ПИКС - у 1, ХНЗЛ - у 1. В ходе диспансеризации были выявлены следующие факторы риска: предожирение у 12, ожирение I степени - у 7, ожирение II степени - у 3 пациентов. При этом 77% лиц с избытком массы тела и ожирением (17 человек) старше 45 лет. Гипергликемия у 14 пациентов, при этом у 3 пациентов ранее диагностирован СД 2 типа, у 1 – 1 типа. Гиперхолестеринемия у 20 пациентов, при этом 7 из них принимают статины.

Высокое нормальное АД у 8 человек, у 11 пациентов зарегистрирована АГ: у 6 пациентов АГ 1, у 4 – АГ 2, у 1 – АГ 3 степени. Из них у 8 человек на момент диспансеризации уже диагностирована ГБ, у 3 человек впервые выявленная АГ. У 2 человек с диагнозом ГБ АД составило 120/80 мм рт. ст. Таким образом, из 10 человек с диагнозом ГБ лишь у 2 она контролируется, 8 человек получали недостаточную терапию или не принимали препараты регулярно, 3 пациентам с впервые выявленной АГ, требовались дополнительные обследования.

Эпизодическое употребление алкоголя отмечал 21 пациент, курение - 8, у 24 пациентов имело место нерациональное питание, у 20 - гиподинамия.

По результатам второго этапа исследования, осведомленность пациентов о факторах риска ХНИЗ различалась в зависимости от возраста: так, лица молодого и среднего возраста больше осведомлены о нормальных цифрах АД (9 из 11 человек против 4 из 9 среди пожилых пациентов), тогда как пациенты пожилого и старческого возраста - о нормальном уровне глюкозы (исключение – молодые пациенты с СД) и холестерина (8 из 9 человек). Пожилые пациенты склонны «завышать» нормальные показатели артериального давления: указывали 140/80 как нормальное АД.

Заключение. В ходе диспансеризации выявились: избыток массы тела и ожирения у 45,8%, гиперхолестеринемия у 41,6%, гипергликемия у 29,2%, неконтролируемая АГ у 16,7% пациентов, впервые выявленная АГ у 6,2% пациентов, низкая информированность пациентов о факторах риска.

## **«АНКЕТНЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ»**

Ахмадеева Д.А.

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

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Одной из ведущих причин смертности населения являются злокачественные новообразования. Как причина смерти, рак толстой кишки стоит на 2-ом месте после рака легкого. Несмотря на то, что современные методы диагностики и лечения позволили существенно улучшить показатели выживаемости, диагностика на ранних стадиях остается затрудненной из-за отсутствия специфической симптоматики. Клинические проявления, как правило, появляются на более поздних стадиях заболевания. Однако при своевременной диагностике можно говорить о возможности излечения больных злокачественными опухолями толстой кишки.

Цель данной работы - выявление предрасположенности к возникновению рака толстой кишки при помощи анкетирования.

Материал и методы. Для изучения факторов риска возникновения рака толстой кишки использовалась анкета, разработанная высококвалифицированными специалистами РКОД РТ. Анкета содержит 17 вопросов, которые позволяют собрать общие сведения (пол, возраст, раса), сведения об образе жизни, наследственности, имеющихся заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). По количеству набранных баллов можно выделить 3 группы людей: с низким (до 20 баллов), со средним (20-35 баллов) и с высоким (свыше 35 баллов) риском возникновения рака толстой кишки. Всего анкету заполнили 118 человек старше 18 лет. Выборка людей проводилась случайным образом, среди людей, которые посещали ООО "КДЦ Авиастроительного района" город Казань.

Результаты и обсуждение. Опрошено 118 человек. Мужского пола – 51 человек, женского – 67; в возрасте 18-25 лет – 33; в возрасте 26-30 лет – 14; в

возрасте 31-40 лет – 29; в возрасте 41-55 лет – 30; в возрасте 56-60 лет – 6; в возрасте старше 60 лет – 6.

Среди мужчин:

Высокая вероятность развития рака толстой кишки наблюдается у 33,3%;

Средняя вероятность развития рака толстой кишки наблюдается у 47%;

Низкая вероятность развития рака толстой кишки наблюдается у 19,6%.

Среди женщин:

Высокая вероятность развития рака толстой кишки наблюдается у 38,5%;

Средняя вероятность развития рака толстой кишки наблюдается у 50,7%;

Низкая вероятность развития рака толстой кишки наблюдается у 13,4%.

При этом, уже после 41 года у 86,2% анкетированных больше 35 баллов, это говорит о высоком риске появления рака толстой кишки.

Каждый, кто прошел данное анкетирование, в зависимости от количества набранных баллов, получил список рекомендаций для получения более достоверной информации.

Выводы. Таким образом, анкетирование позволяет на ранних стадиях выявить предрасположенность к раку толстой кишки и предпринять необходимые меры.

## **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА БАЗЕ «ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ №18» Г.КАЗАНИ**

Латфуллина Э.З.

Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии

Абдулхаков Р.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Проблема плохой приверженности терапии стоит на первом месте по всему миру. Неудовлетворительная приверженность является еще одним доказанным фактором риска при хронических заболеваниях, который снижает эффективность и повышает затраты на лечение, увеличивает риск развития различных осложнений, ухудшает прогноз заболевания и жизни.

Цель: изучить приверженность к терапии пациентов с социально-значимыми неинфекционными заболеваниями на базе «Городской поликлиники №18» г.Казани.

Материал и методы исследования:

- Анкетирование 86 пациентов в возрасте Me 48,0 [18,0-78,0] лет, проходящих диспансеризацию на базе «Городской поликлиники №18». Исследование проводилось с помощью отечественного опросника для оценки приверженности терапии;
- Личная беседа с пациентами, прошедшими анкетирование;
- Подсчет результатов в программном обеспечении MicrosoftOfficeExcel 2016.

Результаты. Среди всех опрошенных 19 пациентов были здоровы, 67 – имели хронические неинфекционные заболевания. Из них 52 пациента (48%) страдали гипертонической болезнью, 12 пациентов (11%) - ХОБЛ или

бронхиальной астмой, 4 пациента (4%) - ИБС, 24 пациента (22%) - сахарным диабетом, 9 пациентов (8%) страдали цереброваскулярной болезнью. 52 пациента (77,6%) указали, что принимают препараты ежедневно (очень высокая степень приверженности); 14 пациентов (20,9%) указали, что могут сделать перерыв в приеме препаратов на 1 день (высокая степень приверженности); 1 пациент (1,5%) указал, что может не принимать препарат в течение 2 дней (средняя степень приверженности); пациенты, совершающие перерыв на 3 дня и более, отсутствовали. 45 пациентов (67,2%) принимают прописанную дозировку независимо от самочувствия (очень высокая степень приверженности); 4 пациента (5,9%) меняют дозировку независимо от самочувствия (высокая степень приверженности); 16 пациентов (23,9%) сокращают дозу, когда становится лучше (средняя степень приверженности); 2 пациента (3,0%) начинают принимать препараты, как назначено, потом меняют под себя (низкая степень приверженности). 3 пациента (3,1%) прекращают прием препарата, когда его отменит врач (очень высокая степень приверженности); 12 пациентов (17,9%) прекращают прием препарата, когда уходят боли, дискомфорт (высокая степень приверженности); 41 пациент (61,2%) прекращают прием препарата, когда чувствуют, что выздоровели (средняя степень приверженности); 11 пациентов (16,4%) прекращают прием препаратов, когда понимают, что они им не помогают (низкая степень приверженности).

Из 67 пациентов, принимающих лекарственные препараты на постоянной основе: 33 пациента (49,3%) имеют очень высокую приверженность; 9 пациентов (13,4%) имеют высокую приверженность; 19 пациентов (28,4%) имеют среднюю приверженность; 6 пациентов (8,9%) имеют низкую приверженность к терапии.

Заключение: около половины пациентов, страдающих неинфекционными хроническими заболеваниями, имеют очень высокую приверженность к терапии лекарственными препаратами, назначенным лечащим врачом. Оставшаяся половина имеет высокую, среднюю и низкую приверженность.

В ходе личной беседы с пациентами, прослеживалась тенденция, что основными причинами неприверженности к терапии являются высокая стоимость лекарственных средств, а также отсутствие привычки ежедневного приема препаратов (ввиду забывчивости).

## **ОТНОШЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ КЛИНИКИ КМУ К ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19**

Виволанец А.А.

Научный руководитель-д.м.н. профессор кафедры госпитальной терапии

Абдулхаков Р.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. В 2020 году человечество столкнулось с новой коронавирусной инфекцией (НКВИ). По мнению ВОЗ, наиболее эффективным методом индивидуальной профилактики и предотвращения распространения COVID-19 является всеобщая вакцинация населения. Однако, существенная часть граждан не вакцинируется по тем или иным причинам.

Целью данного исследования являлось изучение отношения населения к вакцинации против НКВИ и влияние вакцины на здоровье привитых. Для

достижения цели были поставлены следующие задачи: подсчет количества привитых пациентов; выявление основных причин отказа от вакцинации; влияние вакцины на здоровье опрошенных.

**Материал и методы.** Данные получены методом анкетирования пациентов и обработаны с помощью программы Microsoft Excel. Во время прохождения диспансеризации пациентам предлагалось ответить на несколько вопросов анкеты: «Причины вакцинации»; «Причины отказа от проведения вакцинации»; «Реакция на вакцину»; «Появились ли новые жалобы после вакцинации» и т.д. В исследовании приняли участие 78 человек разного пола и возраста (1999-1937 г.р.), проходившие диспансеризацию в поликлинике №3 г. Казани (клиника КМУ).

**Результаты и выводы.** Из 78 опрошенных 48 человек вакцинированы (более половины). Большинство опрошенных привились по собственному желанию. Из 48 пациентов 30 указали в причинах вакцинации вариант ответа: «Сам захотел», 16 выбрали пункт: «Заставили». Из числа привитых 44 человека после проведения специфических профилактических мероприятий не болели НКВИ, четверо болели без госпитализации.

Самой частой поствакцинальной реакцией по результатам исследования является головная боль (она наблюдалась у 45 человек) и боль в месте введения вакцины (42); озноб (36); повышение температуры тела (30).

При ответе на вопрос: «Появились ли новые жалобы, сохраняющиеся более 3-х дней, которые вы связываете с прививкой?», - подавляющее большинство респондентов ответили отрицательно (41 человек); у семерых появились жалобы на перебои в работе сердца. К проведению повторной вакцинации мнение респондентов неоднозначное: 18 человек относятся положительно, 17 затрудняются ответить на вопрос и 13 человек категорически против повторной вакцинации.

Из невакцинированных пациентов большинство имеют медицинский отвод (22 человека) по причине перенесенного COVID-19, 8 пациентов отказались от прививки из-за нежелания. Причины нежелания вакцинироваться-новизна вакцины и страх перед возможными осложнениями.

**Заключение.** Согласно результатам проведенного исследования, отношение населения к вакцинации неоднозначное. Сомнения обусловлены новизной прививки и неизвестностью отдаленных последствий.

## **ДЕНЬ ЗДОРОВЬЯ В ГАУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №20» г. КАЗАНЬ**

**Подъячева В.В.**

Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии  
**Акберова Д.Р.**

**ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России**

**Актуальность.** 7 апреля - всемирный день здоровья, является важным праздником для каждого, кто заботится о своём благополучии. Всемирная организация здравоохранения таким образом стремится воплотить в жизнь принцип «Здоровье для всех», содействует созданию социальных и

экономических условий, которые позволят улучшить доступ к услугам здравоохранения, а также заботится о том, чтобы эти услуги были доступны. Цель: изучить результативность «Дня здоровья» в городской поликлинике №20 города Казань.

Материал и методы: исследование проводилось 7 апреля в день мероприятия с 8:00 до 13:00. Обследовали 114 пациентов. В нем приняли участие лица от 18 до 95 лет. Оценивались такие параметры: пол, возраст, значение глюкозы, стеноз сосудов шеи по данным ультразвукового исследования (УЗИ), значение артериального давления (АД). Статистическая обработка результатов проводилась в Microsoft Excel.

Результаты: Из 114 человек 95 женщин (83%) и 19 мужчин (17%). Исследование глюкозы капиллярной крови с помощью глюкометра – у большинства (64%) нормогликемия, 23% участников – 6,1-7,0 ммоль/л, а у 13% участников более 7,1 ммоль/л. УЗИ сосудов шеи – у большинства участников (73%) стеноз составил менее 30%. Измерение АД – был пройден 47 участниками, среди которых большинство (26 человек) имели повышение АД до 140-159/90-99 ммрт.ст. и более. Причем, среди данных лиц, диагноз артериальной гипертензии был ранее выставлен 37 из 47 человек. Не выставлен у 10 человек. При детализации данных у 10 человек было выявлено повышение давления более 140/90 ммрт.ст. Антигипертензивную терапию получают на постоянной основе – 37 человек, причем 21 человек – имеет хороший ответ, 16 из них имеет повышение АД на фоне приема лекарственных средств выше целевых уровней. В анамнезе сахарный диабет 2 типа был выставлен у 6 лиц из 47, они получают сахароснижающую терапию.

Заключение: проведение «Дня здоровья» способствует повышению интереса к своему здоровью у населения, дает возможность людям больше узнать о наличии у себя проявлений таких заболеваний, как: сахарный диабет, артериальная гипертензия, дислипидемия, а также проконсультироваться с терапевтом, составить план питания с нутрициологом.

## **«ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ГАУЗ ГКБ №7 Г. КАЗАНИ»**

Хазипова З.Р.

Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии

Абдулхаков Р.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Актуальность проблемы обусловлена не только тем, что хронические неинфекционные заболевания (сердечно-сосудистые, бронхолегочные, эндокринные) являются главной причиной смертности в Российской Федерации [1], но и тем, что медицинские работники проводят обширную профилактическую работу, активно распространяя информацию о пользе ЗОЖ. Поэтому чем более привержены медицинские работники к ЗОЖ, тем эффективнее и нагляднее будет являться пропаганда ЗОЖ.

Автора работы заинтересовал вопрос соблюдения медицинскими работниками аспектов ЗОЖ: отсутствие курения и употребления спиртных напитков, потребления должного количества овощей и фруктов, физическая



активность, а также распространенность приверженности в разных возрастных группах среди мужчин и женщин.

Цель исследования – изучить приверженность ЗОЖ в зависимости от возрастной группы мужчин и женщин среди медицинских работников ГАУЗ «ГКБ №7».

Материал и методы. С 25 марта по 5 апреля 2022 г. проводился сбор данных анкетирования сотрудников ГАУЗ «ГКБ №7», проходившего в рамках периодического медицинского осмотра. Были проанализированы анкеты 100 сотрудников: 52 работника младше 40 лет, 48 работников – 40 лет и старше. Рассматриваемые вопросы анкетирования:

1. Курите ли Вы (курение одной и более сигарет в день)?
2. Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?
3. Присутствует ли в Вашем ежедневном рационе 400-500 г сырых овощей и фруктов?
4. Как часто употребляете алкогольные напитки в количестве не менее 1 порции (30 мл крепкого алкоголя или 300 мл пива)?

Результаты и обсуждение. В возрастной группе до 40 лет курит 23% медицинских работников, при этом курящих мужчин в 2 раза больше, чем курящих женщин: всего 7,7% курящих женщин и 15,3% курящих мужчин. В возрастной группе после 40 лет из 48 человек курит 33,3% медицинских работников: 12,5% этой группы - женщины, 20,8% - мужчины.

В возрастной группе до 40 лет недостаточную ежедневную физическую активность отмечают 38,4% медицинских сотрудников, доля мужчин и женщин одинакова. В группе после 40 лет недостаток физической активности у 54,2% работников: 25,0% из сотрудников данной группы – женщины, 29,2% - мужчины.

В возрастной группе до 40 лет недостаточное потребление овощей и фруктов у 15,4% женщин и 19,2% мужчин, тогда как в возрастной группе после 40 лет доля мужчин и женщин с недостаточным потреблением овощей и фруктов одинакова (по 29,2% из данной группы).

В возрастной группе до 40 лет употребляют алкоголь 42,3% сотрудников, из них 19,2% - женщины, 21,1% - мужчины; в возрастной группе после 40 лет – более половины (70,8%): женщин 33,3%, мужчин 37,5%.

Заключение. В обеих возрастных группах женщин, демонстрирующих приверженность к ЗОЖ по всем четырем параметрам, больше мужчин. Имеется тенденция большей приверженности к ЗОЖ среди сотрудников обоего пола моложе сорока лет.

Список литературы:

1. Агеева Л.И., Александрова Г.А., Зайченко Н.М., Кириллова Г.Н., Леонов С.А., Огрызко Е.В., Титова И.А., Харькова Т.Л., Чумарина В.Ж., Пак Ден Нам. Здравоохранение в России, 2019: Стат.сб./Росстат. М. 3-46 2017. 170 с. ISBN 978-589476-448-1

# СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕСТОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ МАЛЬНУТРИЦИИ RFH-NPT И NRS-2002 У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Бадма-Горяева Ц.С., Динов Р.М.

Научные руководители - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Белоусова Е.Н.; к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Мухаметова Д.Д.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Мальнутриция является серьезным осложнением цирроза печени (ЦП), с распространенностью до 85% [1]. Этиология данного осложнения многофакторная: смещение обмена веществ в сторону катаболизма, нарушение всасывания питательных веществ, воспаление, гормональные нарушения, дисбиоз кишечной микробиоты и др. [2]. Диагностика синдрома мальнутриции у пациентов с ЦП затруднена из-за отеочно-асцитического синдрома [3]. Существуют различные диагностические методики выявления мальнутриции. Одними из таких являются - RoyalFreeHospital (RFH-NPT) и Nutritionriskscreening 2002 (NRS-2002).

Цель исследования: провести сравнительный анализ диагностических методик выявления мальнутриции RoyalFreeHospital (RFH-NPT) и Nutritionriskscreening 2002 (NRS-2002) у пациентов с ЦП.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 35 пациентов с ЦП, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ» в период с февраля 2022 по ноябрь 2022 г. Средний возраст составил 54 [46; 59] года; женщин - 21 (60%). Распределение по степени тяжести ЦП по классификации Child-Pugh было следующим: класс А – 13 (37,1%) пациентов, класс В – 12 (34,3%), класс С – 10 (28,6%). Среднее значение MELD составило 9,5 [6; 14,5]. По этиологии ЦП развился в исходе аутоиммунного гепатита, хронических вирусных гепатитов В и С, первичного билиарного холангита, алкогольной болезни печени, неалкогольной жировой болезни печени и др. Для оценки мальнутриции всем пациентам были проведены тесты RFH-NPT, NRS-2002 и динамометрия. Тест RFH-NPT делит пациентов на категории низкого, среднего или высокого риска в соответствии с пятью вопросами: потребление питательных веществ, снижение веса, тяжесть гепатита, накопление жидкости и нарушение приема пищи в связи с наличием осложнений. Тест NRS-2002 включает в себя три этапа, состоящих из вопросов: процент потери веса, индекс массы тела, снижение потребления пищи, а также наличие заболевания и его тяжесть. Статистическую обработку и анализ полученных данных проводили при помощи прикладных программ MedCalc, Statistica 12.

Результаты. Среднее значение RFH-NPT составило 2,4 балла [0;6], среднее значение NRS-2002 – 1,86 балла [1;4]. По результатам теста RFH-NPT 18 (51,4%) пациентов имели высокий риск наличия синдрома мальнутриции, из них 6 (33,3%) – мужчины; 4 (11,4%) имели средний риск, из них 3 (75%) – мужчины; 13 (37,2%) имели низкий риск, из них 5 (38,5%) – мужчины. По результатам NRS-2002 – 12 (34,3%) имели средний/высокий риск, из них 5 (41,7%) – мужчины и 23 (65,7%) имели низкий риск, из них 9 (39,1%) – мужчины. У пациентов с ЦП Child-Pugh А риск наличия мальнутриции был ниже, чем у пациентов с Child-Pugh В и С

( $p < 0.05$ ). Риск синдрома мальнутриции по итогам теста RFH-NPT отрицательно коррелировал с силой руки ( $r = -0,37$ ;  $p < 0,05$ ) и положительно – с индексом MELD ( $r = 0,40$ ;  $p < 0,05$ ). По итогам теста NRS-2002 отмечена отрицательная корреляция с уровнем натрия ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,05$ ) и силой руки ( $r = -0,23$ ;  $p < 0,05$ ). Повышение ГГТ коррелировало с риском развития синдрома мальнутриции по результатам обоих тестов ( $p < 0.05$ ). В группе пациентов с асцитом риск мальнутриции по обоим тестам был выше, чем без асцита ( $p < 0.05$ ).

**Заключение.** Распределение риска мальнутриции было различным по двум тестам. Тест RFH-NPT выявил низкий риск мальнутриции у 37,2%, средний – 11,4%, высокий 51,4%, при этом NRS-2002 выявил низкий риск у 65,7%, средний/высокий риск – 34,3%. Результаты данных тестов коррелировали с данными динамометрии, MELD. Риск мальнутриции был значимо выше в группе пациентов с асцитом, чем без асцита.

**Список литературы.**

1. Wu, Y. (2020). Royal Free Hospital-Nutritional Prioritizing Tool improves the prediction of malnutrition risk outcomes in liver cirrhosis patients compared with Nutritional Risk Screening 2002. *British Journal of Nutrition*, 124(12), 1293-1302. doi:10.1017/S0007114520002366
2. Traub, J. Malnutrition in Patients with Liver Cirrhosis. *Nutrients* 2021, 13, 540. <https://doi.org/10.3390/nu13020540>
3. Sam J. Protein-calorie malnutrition as a prognostic indicator of mortality among patients hospitalized with cirrhosis and portal hypertension. *Liver Int.* 2009 Oct;29(9):1396-402. doi: 10.1111/j.1478-3231.2009.02077.x.

## **ВАКЦИНАЦИЯ ОТ COVID-19 ВО ВРЕМЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Курбакова А.С., Савина Е.С.

Научный руководитель – д.м.н, доцент кафедры поликлинической терапии Григоричева Е.А.

ФГБОУ ВО «ЮУГМУ» Минздрава России

**Актуальность.** В 2020 году в связи с быстрым распространением COVID-19, приводившего к формированию ТОРС (SARS-CoV-2), началась активная разработка и тестирование вакцин против данного возбудителя. В начале 2021 года вакцины были широко внедрены во многих странах, включая российскую комбинированную векторную вакцину Гам-КОВИД-Вак («Спутник V»). Одобрённые в настоящее время вакцины оказались эффективными в профилактике тяжёлого течения COVID-19. Тем не менее, существуют проблемы в обеспечении вакцинации населения. Главная причина - отказ от постановки вакцины в связи с формированием страхов и дезинформации о частоте и тяжести поствакцинальных осложнений.

**Цели.** Выявить роль субъективных факторов: страх, недостаток информации, причины отказа от вакцинации и способы их коррекции.

**Задачи.**

1. Оценить частоту отказа от вакцинации до проведения медико-просветительской работы.
2. Выделить основные причины отказа от вакцинации.

3. Сравнить частоту отказа от вакцинации после проведения медико-просветительской работы с данным, полученными до проведения работы с населением.

Использованы методы исследования: наблюдение, описание данных, анкетирование, беседа и обработка результатов.

Результаты. Было опрошено 122 человека, в ходе врачебного приёма имбыла рекомендована постановка вакцины Гам-КОВИД-Вак. Проводился опрос на согласие проведения вакцинации и в случае отказа уточнение причины.

Анализ опроса пациентов на проведение вакцинации:

- 21% - согласие;
- 34% - не уверены в выборе, скорее да;
- 16% - отказ;
- 29% - не уверены, скорее нет.

Основные причины отказа:

- страх перед долгосрочными последствиями для здоровья;
- отсутствие веры в эффективность вакцинации;
- уверенность в наличие иммунитета или АТ к COVID-19 ввиду малосимптомного течения инфекции;
- недоверие к качеству новых вакцин;

С пациентами были проведены беседы о достижениях современной науки, пользе и безопасности прививок, возможных рисках при постановке вакцины и при отказе от нее, а также о этапах проведения вакцинации, возможных поствакцинальных осложнений и методах их предупреждения. Информация была представлена в удобной инфографике в свободном доступе рядом с кабинетом врача так, чтобы каждый пациент смог узнать всё необходимое доступным языком.

Опрос пациентов после профилактической беседы на согласие проведения вакцинации.

Результаты:

- 38% - согласие;
- 40% - не уверены в выборе, скорее да;
- 8% - отказ;
- 14% - не уверены, скорее нет.

Заключение. Важная проблема заключается в недостатке полной и понятной информации, преобладании ложных, но доступных и популярных сведений, что замедляет принятие населением решений в отношении вакцинации. Популяризация корректных сведений о вакцинации в доступной и интересной для населения форме способствует увеличению уровня согласия на проведение вакцинации.

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ТРАНСПОЗИЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Абдрахманов И.И., Яруллина Э.О.

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

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Транспозиция внутренних органов - это тотальное или частичное зеркальное расположение органов грудной и брюшной полости. В основе развития данной патологии выделяют ряд причин: генетические мутации, возникающие на 12 неделе беременности, действие тератогенных факторов на эмбрион, что ведет к неправильной дифференцировке плодного яйца. Частота встречаемости в литературе: Распространенность декстрокардии в пределах от 1 на 6000 до 1 на 33 000 живорожденных.

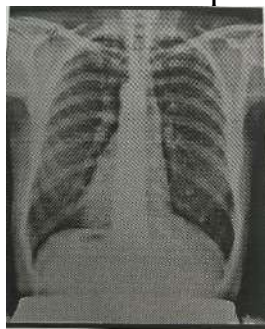
Распространенность гетеротаксии оценивается от 1 на 8000 до 1 на 12 000 живорожденных. \* «Бондаренко, Т.В. Чеснокова // Радиология-практика. – 2014 – № 2 – С. 57–63». Простые формы транспозиции не имеют симптомов и выявляются случайно при профилактическом осмотре у врача-педиатра, но и бывают случаи, когда пациент узнает о своем диагнозе лишь у врача-терапевта. В амбулаторной практике при обследовании пациентов с зеркальным расположением внутренних органов имеется большая вероятность анатомической дезориентировки, так как большинство симптомов будут находиться на «неправильной» стороне, например, несоответствующая своей локализации сердечная боль, наличие желчной колики в иной проекции, все это может повлечь к не точной постановке диагноза и, соответственно, к некорректной тактике дальнейшего ведения пациента. Таким образом, знание и выявление данной аномалии развития позволяет предупредить диагностические ошибки, ускорить постановку верного диагноза и своевременно назначить соответствующее лечение.

Цель: Представить клинический случай транспозиции внутренних органов пациентки С.

Материал и методы исследования: В ходе работы изучена медицинская литература по данному заболеванию, амбулаторная карта, проанализированы результаты медицинских исследований.

Результаты: Пациент С., 47 лет, проходившей инструментальные исследования. В данном случае транспозиция не сопровождается врожденными пороками и генетическими аномалиями развития органов.

Рентгенография органов грудной полости в прямой проекции



На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции. Форма грудной клетки обычная. Объем легких сохранен, легочные поля симметричные. Легкие без видимых очаговых и инфильтративных изменений. Легочный рисунок усилен в прикорневых и нижнемедиальных отделах. Сердце расположено справа, конфигурация не изменена.

Заключение: Данных за очаговые и инфильтративные изменения со стороны легких на момент осмотра не выявлено.

УЗИ брахиоцефальных артерий.

Брахиоцефальный ствол слева. КИМ: справа-0,5 мм, слева 0,5 мм., дифференциация на слои не определяется. На визуализируемых участках сонные артерии проходимы, просвет свободный. ПА справа-1,9 мм, слева-2,9 мм. Вариант входа ПА с обеих сторон в канал поперечных отростков шейных позвонков на уровне С5. Устья ПА свободные. Кровоток антеградный. Умеренная непрямолинейность хода обеих позвоночных артерий в канале поперечных отростков шейных позвонков. Кровоток в подключичных артериях магистральный неизмененный.

Заключение: Стенкокклюзирующих изменений брахиоцефальных артерий не выявлено. Правая ПА малого диаметра. Умеренная непрямолинейность хода обеих позвоночных артерий в канале поперечных отростков шейных позвонков. Тотальная транспозиция внутренних органов.

ЭХО-кардиография.

Сердце находится в правом отделе торакальной полости с зеркальным расположением полостей и магистральных сосудов. Правый желудочек: 5,5x2,8 см, Левый желудочек: 6,0x3,1 см. Правой предсердие: 3,2x2,8 см, Левое предсердие: 3,5x2,8 см. МК: незначительное уплотнение передней створки. Заключение: Декстروкардия.

УЗИ органов брюшной полости



Полное зеркальное расположение. Печень: эхоструктура однородная, эхогенность паренхимы в норме. Правая доля 113,4 мм, левая доля 71,6 мм. Диаметр портальной вены 12,5 мм. Желчный пузырь: 64,7x29,5 мм., содержимое негетогенное. В области дна по задней стенке определяется гиперэхогенное образование размером 7,2x4,1 мм., без кровотока по периметру, неподвижное (полип?), дистальнее аналогичное образование размером 6,1x3,2 мм. ДЖВП. Поджелудочная железа: 20,5x11,3x14,5 мм. Селезенка: 81,8x40,0 мм.

Выводы: Описанный клинический случай представляет интерес, так как является редко встречающейся врожденной аномалией развития органов, которая

к тому же не сопровождается грубыми нарушениями строения органов и их функцией, а также не влияет на образ жизни пациента.

Список используемой литературы:

- 1) Бондаренко И.А., Чеснакова Т.В. Полная транспозиция органов (клинический случай) . Радиология-Практика .2014 .
- 2) Черных А.В. Редкий случай зеркального расположения внутренних органов, сочетанный с аномалиями строения гепатобилиарной системы и селезенки/А.В. Черных // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 4. – С. 389–392.
- 3) Levin M. Left–right asymmetry in embryonic development: a comprehensive review/ M. Levin// Mechanisms of Development. -2005.-№4 – P.13-14.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ**

Абитова А.А., Мамедов А.Н.

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

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: В нашей стране, по данным Всероссийского центра профилактической медицины, частота инсульта колеблется в интервале от 460 до 560 случаев на 100000 населения. Согласно статистике, инсульт является вторым по частоте «убийцей» людей во всем мире. Уступает инсульт только единственной болезни - «инфаркт миокарда». В Казани инсульт ежегодно переносят 8 - 9 тысяч человек, в Татарстане - порядка 16 тысяч случаев. Немного о цифрах: 2 (3?) место в структуре общей смертности; 1 место по инвалидизации населения; 1/3 больных - люди трудоспособного возраста; 1/4 пациентов возвращается к прежнему труду.

Цель исследования: изучить эффективность реабилитации инсульта в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения.

Задачи исследования: 1. Проанализировать статистические данные частоты встречаемости катастрофы мозга среди пациентов «ГАУЗ Поликлиника №21» за последние три года. 2. Выяснить на амбулаторном приеме с терапевтом, какие основные реабилитационные мероприятия используют в поликлинике для предупреждения повторного инсульта у пациентов. 3. Составить анализ полученных данных.

Материал и методы: Представленная статистика в «ГАУЗ Поликлиника №21».

- Данные, полученные в ходе амбулаторного приема с терапевтом.
- Обзор национальных клинических рекомендаций.

Результаты исследования: Количество пациентов, зарегистрированных с диагнозом инсульт (по МКБ10 - I60-I64) в «ГАУЗ Поликлиника №21» за последние три года: в 2020 году - 103 человека, в 2021 году - 95 человек, в 2022 году - 65 человек. Можно проследить тенденцию к ежегодному снижению количества обратившихся с данной патологией. Итак, двигательные нарушения — самое частое и тяжелое осложнение инсульта. Реабилитация движения наблюдается у большинства пациентов. Соблюдая правильную лечебную гимнастику, пациенты даже с очень грубыми двигательными дефектами учатся

стоять и ходить примерно через 3—6 месяцев после перенесенного инсульта. Важное значение при потере двигательной активности занимает кинезотерапия. Пассивными движениями в парализованных конечностях она проводится уже в первые дни после инсульта, когда стабилизировались неврологические нарушения и нет никаких противопоказаний к физическим упражнениям. В ситуациях, когда у пациентов нет значительной спастичности, предпочтительно применять электромиостимуляцию паретичных мышц синусоидальными модулированными токами или в комбинации с избирательным массажем. С такими речевыми дефектами, как афазия, дизартрия, больных направляют на логопедические занятия. В условиях поликлиники проводятся индивидуальные и/или групповые восстановительные занятия с логопедом не реже 3 раз в неделю.

Выводы: Функциональные изменения действующей модели медицинской помощи пациентов с ишемическим инсультом на амбулаторно-поликлиническом этапе включают организацию работы кабинета профилактики инсульта и внедрение qMC-мониторинга диспансерного наблюдения за пациентами с перенесенным ишемическим инсультом, что позволяет осуществлять непрерывный контроль за факторами риска и вторичной профилактикой инсульта, движением пациентов по этапам реабилитационного пути.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «НАУЧНО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА» ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ. «ВАЗОМОТОРНЫЙ РИНИТ БЕРЕМЕННЫХ».**

Борисов Д.С.

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

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Ринит беременных – это достаточно распространенная патология. По некоторым данным, среди всего населения ринитом как осложнением беременности страдает от 16% до 30% беременных женщин. При этом, в отличие от своего высокого уровня заболеваемости, ринит беременных имеет достаточно низкий уровень осведомленности населения по сравнению с другими патологиями ЛОР – органов. Симптомы ринита значительно снижают качество жизни беременной женщины, а также это может привести к синдрому обструктивного апноэ сна, что может вызывать серьезные осложнения со стороны матери (преэклампсия) и плода (хроническая гипоксия плода).

Цель - сравнить уровень заболеваемости ринитом беременных с уровнем осведомленности и наличием иных патологий ЛОР – органов в анамнезе.

Задачи:

1. Проанализировать процент заболеваемости ринитом беременных.
2. Выяснить особенности течения ринита беременных.

Определения. Острый ринит - симптом каких-либо других заболеваний, например, ОРВИ, кори, ОРЗ.

Хронический ринит - это воспалительный процесс, возникающий в слизистой оболочке носа, в результате действия на слизистую носа микробов и элементов окружающей среды, таких как пыль, очень влажный воздух, газы.



Хроническая форма появляется после перенесения острого ринита в виде его продолжения, но бывает проявлением и хронического гайморита.

Материал и методы исследования.

Были разработаны опросники и предоставлены пациенткам.

Опрошены пациентки в возрасте от 22 до 37 лет. Было опрошено 22 человека. У 6 беременных диагностирован хронический ринит (длящийся с начала беременности), у 7 беременных острый ринит на фоне ОРВИ, у 2 беременных имеется аллергический ринит, но на момент проведения опроса жалобы и симптоматика отсутствовали.

Опрос проводился с 02.03.2023 по 11.03.2023

Произведен анализ результатов опроса.

Опросник для пациентов:

1. Возраст \_\_\_\_\_

2. Дата заболевания \_\_\_\_\_

3. Длительность заболевания \_\_\_\_\_

4. Было ли повышение температуры? Да/Нет

5. Беспокоит ли Вас заложенность носа при беременности? Да/Нет

6. Беспокоят ли Вас выделения из носа при беременности? Да/Нет

7. Беспокоит ли Вас частое чихание при беременности? Да/Нет

8. Отмечали ли Вы до беременности заложенность носа, частое чихание, выделения из носа (за исключением случаев ОРВИ)? Да/Нет

9. Если в предыдущем вопросе ответ Да, то в какое время года? \_\_\_\_\_

10. Явления возникли только на фоне беременности? Да/Нет

11. Текущая неделя беременности \_\_\_\_\_

Результаты

По результатам опроса:

6 человек (27.3%) имеют ринит, длящийся с начала беременности.

7 человек (31.8%) имеют острый ринит на фоне имеющейся ОРВИ.

У 7 человек (31.8%) из числа опрошенных симптоматика ринита отсутствовала.

У 2 человек (9.1%) имеется аллергический ринит, но в стадии клинической ремиссии.

Заключение. В ходе исследования было обнаружено, что кумулятивная инцидентность вазомоторного ринита беременных составила 27.3%. При этом ведущей формой ринита остается инфекционная. Основными жалобами при этом вне зависимости от возраста и срока беременности были заложенность носа (в 100% случаев) и выделения из носа (83.3% случаев). Для ринита беременных наиболее характерной жалобой была заложенность носа, что говорит о преобладании отека компонента в патогенезе. Из-за возможного негативного действия на рост плода должны быть приняты превентивные меры. Пациенты должны быть осведомлены о возможных последствиях ринита на фоне беременности.

# ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ ЛИЦ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ ОТ 18 ДО 35 ЛЕТ

Закирова Л.Ф.

Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии

Абдулхаков Р.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

**Введение:** новая коронавирусная инфекция SARS-CoV-2 в настоящее время представляет собой особый медицинский интерес, прежде всего касательно неврологических осложнений. Сведения об anosмии и агезии у лиц с инфекцией SARS-CoV-2 привлекли внимание к возможному поражению центральной нервной системы. Поэтому в течение всего периода пандемии проводятся многочисленные исследования осложнений COVID-19 со стороны центральной и периферической нервной системы. Предметом изучения является также влияние перенесенной коронавирусной инфекции на когнитивные способности у здоровых лиц в молодом возрасте.

**Цель исследования:** изучить и проанализировать влияние перенесенной коронавирусной инфекции на когнитивные функции у лиц в молодом возрасте, в частности в возрасте от 18 до 35 лет, не имеющих хронических заболеваний.

**Материал и методы:**

- изучение источников литературы

- анкетирование в городской поликлинике №20 40 молодых людей в возрасте от 18 до 35 лет без хронических заболеваний, перенесших коронавирусную инфекцию.

**Результаты исследования:** изучены и проанализированы анкеты у 48 лиц в молодом возрасте, в частности в возрасте от 18 до 35 лет для выявления влияния перенесенной коронавирусной инфекции на их когнитивные функции. Из них 32 в возрасте 18-24 лет, 8 в возрасте 25-30 лет и 8 в возрасте 31-35 лет. У 45,8% коронавирусная инфекция протекала в легкой форме, у 22,9% - бессимптомно, у 27,1% - среднетяжелой, у 6,3% - тяжелой. Продолжительность заболевания в среднем составила 1-2 недели, оксигенотерапию никто не получал. Результаты показали, что среди респондентов 43,8% и 14,6% имеют незначительное и значительное снижение памяти и внимания, а 41,7% изменений не наблюдают. Что касается скорости мышления, понимания информации и ее использования, то 56,3% респондентов изменений не наблюдают, а 14,6% и 29,2% отмечают значительное и незначительное снижение соответственно. Так же были выявлены проблемы со сном у значительного количества молодых людей. Так, 52,1% респондентов имеют тревожный и поверхностный сон, 10,4% страдают бессонницей и 36,4% спят хорошо и высыпаются. У 69,7% молодых людей подобные проблемы появились именно после перенесенной коронавирусной инфекции, у 12,1% ухудшились уже имеющиеся когнитивные нарушения и 18,1% никаких изменений не наблюдают.

**Вывод:** в данном исследовании была выявлена достаточно высокая частота когнитивных нарушений у лиц в молодом возрасте от 18 до 35 лет не имеющих хронических заболеваний. Это может свидетельствовать о прямом или косвенном влиянии коронавирусной инфекции на когнитивные функции людей. Поэтому

необходимы дальнейшие исследования для того, чтобы определить факторы риска и механизмы, лежащие в основе когнитивной дисфункции, а также для разработки программ реабилитации.

Список использованной литературы

1. Хасанова Д.Р., Житкова Ю.В., Васкаева Г.Р. Постковидный синдром: обзор знаний о патогенезе, нейропсихиатрических проявлениях и перспективах лечения. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021;13(3):93–98.
2. PubMed. Baig A.M., Khaleeq A., Ali U. et al. Evidence of the COVID-19 virus targeting the CNS: tissue distribution, host-virus interaction, and proposed neurotropic mechanisms. ACS Chem. Neurosci. 2020; 11(7): 995–8. DOI: 10.1021/acscchemneuro.0c00122
3. PubMed. Alnefeesi Y, Siegel A, Lui LMW, et al. Impact of SARS-CoV-2 infection on cognitive function: a systematic review. Front Psychiatry. 2021;11:621773. doi: 10.3389/fpsy.2020.621773
4. Pizova N.V., Pizov N.A., Pizov A.V. Cognitive impairment in COVID-19 survivors. Meditsinskiy sovet = Medical Council. 2021;(4):69–77. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2021-4-69-77.

## **СТРУКТУРА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКА ГАУЗ «ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН» МЗ РТ ЗА ЯНВАРЬ-АПРЕЛЬ 2022 ГОДА**

Ибрагимов Т.М., Минсафин Р.Р., Каримов Б.А.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней Ишмурзин Г.П.

ФГБОУ ВО Казанский медицинский государственный университет МЗ РФ  
Актуальность. Болезни системы кровообращения (БСК) составляют 56-54% всех случаев смерти ежегодно, около 30% взрослого населения обращаются к врачу по поводу БСК. По оценкам, в 2016 году от ССЗ умерло 17,9 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. Более 75% случаев смерти от ССЗ происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. Из 17 миллионов случаев смерти от неинфекционных заболеваний в возрасте до 70 лет 82% случаев приходится на страны с низким и средним уровнем дохода, а причиной 37% являются ССЗ.

Целью работы явилась оценка структуры заболеваемости болезнями системы кровообращения среди пациентов Территориальной поликлиники ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» МЗ РТ за январь-апрель 2022 г.

Задачи, которые были поставлены: 1. Собрать статистические данные всех обращений пациентов с болезнями системы кровообращения в Территориальную поликлинику ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» МЗ РТ за январь-апрель 2022 г.; 2. Определить частоту встречаемости каждой нозологии; 3. Определить наиболее часто встречающуюся нозологию среди болезней системы кровообращения.

Результаты: В период с января по апрель 2022 года в Территориальной поликлинике ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» всего было зарегистрировано 11503 заболевания, из которых 3287 составили болезни системы кровообращения,

а 8216 заболеваний пришлось на заболевания других систем органов. Из 3287 заболеваний системы кровообращения 319 были выявлены впервые, а 2968 уже состояли на диспансерном учете.

Болезни системы кровообращения распределились следующим образом (по МКБ-10): хронические ревматические болезни сердца – 7 зарегистрированных заболеваний, артериальная гипертензия – 2064 случая, ишемические болезни сердца – 349 случаев, другие болезни сердца – 110 случаев, цереброваскулярные болезни – 528 случаев, эндартериит и тромбангиит облитерирующий – 80 случаев, болезни вен и лимфатической системы – 199 случаев.

Наиболее часто встречающейся группой заболеваний в структуре заболеваний системы кровообращения является группа болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением. Рассмотрим структуры этой группы: эссенциальная гипертензия – 404 случая, гипертоническая болезнь – 1660 случаев.

Заключение: Среди всех заболеваний, зарегистрированных на базе Территориальной поликлиники ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» МЗ РТ в период с января по апрель 2022 г., доля болезней системы кровообращения составляет 28,6%. Наиболее часто встречающейся нозологией были болезни, связанные с подъемом артериального давления, а именно эссенциальная гипертензия (404 случая) и гипертоническая болезнь (1660 случаев).

## **ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.**

Мамедов А.Н., Абитова А.А.

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

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: По данным мировой статистики, около 8-14% населения в течение своей жизни могут заболеть язвенной болезнью (ЯБ). Наметилась тенденция к снижению числа пациентов с осложненными формами течения язвенной болезни, во многом благодаря эффективности современных схем противоязвенной терапии, повышению доступности эндоскопической диагностики и активному использованию скрининговых тестов для уточнения наличия *H. pylori*.

Цель исследования: изучить частоту обращаемости по поводу язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у пациентов, находящихся на амбулаторном лечении.

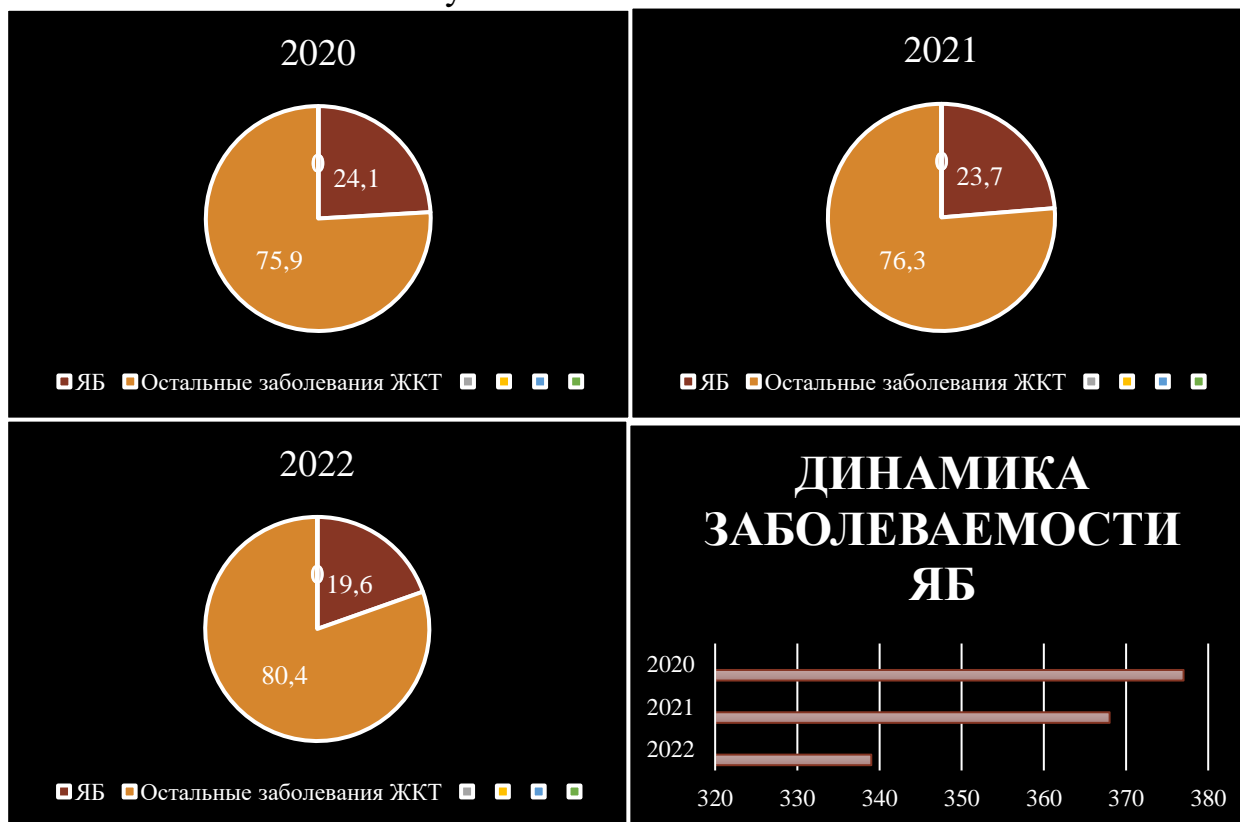
Задачи исследования:

- Анализ источников литературы по данной теме
- Ретроспективный анализ статистических данных
- Анкетирование студентов 5 курса лечебного факультета Казанского ГМУ
- Определение динамики заболеваемости ЯБ

Материал и методы:

- Исследование проводилось на базе городской поликлиники №21 г. Казани

- Статистическая обработка результатов проводилась в программном обеспечении MicrosoftOfficeExcel 2016.
  - Анкетирование проводилось посредством Google-формы
- Результаты исследования: В результате анализа статистических данных на базе ГАУЗ "ГП №21" было выявлено, что с каждым годом наблюдается тенденция к снижению числа случаев заболеваемости язвенной болезнью.



Также был проведен опрос среди студентов, в результате которого можно ознакомиться со следующими результатами:

1. Кто чаще болеет ЯБ?

Мужчины - **62,7%**

Женщины - **37,3%**

2. В каком возрасте чаще болеют ЯБ?

0-19 лет - **6,8%**

20-39 лет - **20,9%**

40-59 лет - **58,2%**

60 лет и старше - **14,1%**.

3. ЯБ какого органа чаще встречается?

Двенадцатиперстной кишки - **31,3%**

Желудка - **57,3%**

Смешанная форма - **11,4%**

4. Какова динамика заболеваемости ЯБ в мире каждый год?

Уменьшается - **53,1%**

Увеличивается **46,9%**

**Выводы:** Заболеваемость ЯБ остается серьезной проблемой для населения. Несмотря на тенденцию к снижению заболеваемости, показатели остаются весьма высокими. Необходимо разрабатывать новые способы предупреждения и лечения

данной нозологии. Информировать население о профилактике данного типа заболеваний, проводить ежегодные обязательные профилактические осмотры.

## **ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА**

Нуриахметова А.А.

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

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрав России

**Введение:** Постковидный синдром возникает у лиц после коронавирусной инфекции с подтвержденным заражением SARS-CoV-2, подозрением на коронавирусную инфекцию обычно через 3 мес. В настоящее время доказано негативное влияние постковидного синдрома на качество жизни пациентов с хроническими заболеваниями.

Все мы знаем, что хронические воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) требуют иммуносупрессивной терапии, что, по мнению многих пациентов, может приводить к осложнению течения как COVID-19, так и постковидного синдрома. Имеющиеся данные литературы свидетельствуют о том, что постковидный синдром может развиваться вне зависимости от тяжести течения перенесенного COVID-19. Как и острый COVID-19, постковидный синдром может поражать многие системы, включая дыхательную, сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную и опорно-двигательную, нервную систему и др. Проявления постковидного синдрома клинически разнообразны и, как предполагается, вызваны множественными механизмами. Однако, в настоящее время, неясными остаются вопросы относительно распространенности, особенностей клинических проявлений, тяжести постковидного синдрома у пациентов с имеющимися ВЗК. Именно поэтому данная научно-исследовательская работа направлена на изучение течения постковидного синдрома у пациентов с ВЗК.

**Цель:** Оценка наличия и течения постковидного синдрома у пациентов с ВЗК, а также изучение течения ВЗК в постковидном периоде.  
**Материал и методы:** анализ данных амбулаторных и стационарных карт пациентов, наблюдавшихся у участковых терапевтов в ГАУЗ «Городская поликлиника №20» с 2019 по 2023 гг.

**Результаты:** за этот период времени в поликлинике наблюдались 8 пациентов с ВЗК. Из них с язвенным колитом - 5 (62,5%) пациентов, с болезнью Крона - 3 (37,5%). Средний возраст пациентов составил  $25 \pm 14,5$  лет на момент заболевания COVID-19. 7 пациентов из нашей выборки до заболевания COVID-19 принимали препараты от ВЗК, 1 пациентка была без терапии длительное время. 7 пациентов во время острого течения COVID-19 перестали принимать терапию от ВЗК на срок, соответствующий длительности коронавирусной инфекции.

У 5 (62,5%) пациентов наблюдался COVID-19 легкой степени тяжести, у 2 (25%) — средней степени, у 1 (12,5%) — тяжелой степени.

Во время наблюдения за пациентами, перенесшими коронавирусную инфекцию, при проведении углубленной диспансеризации через 3 мес. после перенесенного COVID-19 наиболее часто пациенты жаловались на усталость, на снижение

работоспособности, как умственной, так и физической, и/или мышечные боли, слабость, и/или головные боли, и/или когнитивные нарушения, и/или снижение памяти и других познавательных функций мозга. Также одна пациентка отметила появления псориазических высыпаний. Нарастание жалоб, характерных для постковидного синдрома, было отмечено через 6 мес. после COVID-19.

Так же в ходе опроса у 4х пациентов было выявлено обострение симптомов ВЗК спустя 6 месяцев после перенесенной коронавирусной инфекции. Заключение: У большинства пациентов (62,5%) с ВЗК было выявлено наличие жалоб, характерных для постковидного синдрома (наиболее часто встречалась астения), которые могли сохраняться до 12 мес. после перенесенного COVID-19.

Частота обострений ВЗК достигала максимального значения через 6 мес. после перенесенного COVID-19.

## **ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ (ОСТРЫЙ ГАЙМОРИТ, ОСТРЫЙ СИНУСИТ) ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Садыкова А.А.

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

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. По статистическим данным, ОРВИ является наиболее частым воспалительным заболеванием органов дыхательной системы, которое может сопровождаться лор-патологией.

Цель исследования. Изучить частоту проявлений оториноларингологических осложнений в виде острого гайморита и острого синусита на фоне заболевания острой респираторной вирусной инфекцией.

Материал и методы исследования. Анализ 20 амбулаторных карточек пациентов в возрасте от 23 лет до 73 лет, обратившихся в поликлинику в период с февраля 2022 года по февраль 2023 года.

Результаты исследования. За выделенный период с февраля 2022 года по февраль 2023 года: 4 человека (20%) вовсе не обращались за медицинской помощью в поликлинику по поводу ОРВИ. Из 16 обратившихся по одному случаю заболевания (повторный приём по данному случаю не учитывался): 5 человек (31,25%) обратились 1 раз, 7 человек (43,75%) – 2 раза, 3 человека (18,75%) - 3 раза, 1 человек (6,25%)-5 раз; у 11 человек (68,75%) был выставлен диагноз «ОРВИ», у 5 исследуемых пациентов (31,25%) - диагноз «ОРВИ + сопутствующее осложнение в виде острого гайморита или острого синусита».

Заключение. Таким образом, одним из направлений в работе врача общей практики является выявление и назначение медикаментозной терапии при наличии таких осложнений ОРВИ, как острый ринит, острый гайморит, а также своевременное направление пациентов на прием к узкому специалисту-врачу-оториноларингологу или на госпитализацию в профильное лечебно-профилактическое учреждение при наличии соответствующих показаний.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ГАУЗ “ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 21”**

Салахова И.Э.

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

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

**Актуальность.** Ревматоидный артрит — это наиболее частое воспалительное заболевание суставов, которое характеризуется симметричным эрозивным полиартритом в сочетании с системным иммуновоспалительным поражением внутренних органов. По данным ВОЗ, распространённость ревматоидного артрита в популяции составляет от 0,5% до 1%, а у близких родственников может достигать до 3 - 5%. На долю ревматоидного артрита приходится 10% от общего числа ревматических заболеваний, а ежегодная частота возникновения новых случаев составляет около 0,02%. Согласно данным проспективных исследований, продолжительность жизни у больных с ревматоидным артритом снижается из-за поражения внутренних органов, что связано как с прогрессированием иммуновоспалительного процесса, так и с ятрогенной иммуносупрессией.

**Цель исследования.** Оценить распространённость ревматоидного артрита среди пациентов ГАУЗ «Городская поликлиника №21».

**Материал и методы.** Было проанализировано 1289 амбулаторных карт пациентов ГАУЗ «Городская поликлиника №21», среди них 756 женщин, а мужчин - 533.

**Результаты.** В ГАУЗ «Городская поликлиника №21» на диспансерном учете состоит 1289 пациентов с заболеванием суставов, из числа которых 92 (7%) пациента страдают «ревматоидным артритом», а «остеоартритом» - 425 (33%) пациента.

Основываясь на практических данных, мы наблюдаем, что количество пациентов, которые страдают остеоартритом, примерно в 5 раз больше числа пациентов, страдающих ревматоидным артритом, что, в принципе, подтверждает теорию.

Из числа всех пациентов с диагнозом “ревматоидный артрит”, женщины лидируют в заболеваемости ревматоидным артритом – 45.7% мужчин и 55.3% женщин.

**Выводы.** Таким образом, в ГАУЗ «Городская поликлиника №21» зарегистрировано 1289 случаев заболеваемости суставов. Из них 92 случая – ревматоидный артрит (7%), что говорит об относительно невысокой распространенности данной нозологии среди пациентов в данном амбулаторно-поликлиническом учреждении.



**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «НАУЧНО-  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА». НАУЧНО-  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА «ОЦЕНКА УРОВНЯ КОНТРОЛЯ  
ГЛЮКОЗЫ КРОВИ ПАЦИЕНТАМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2  
ТИПА».**

Ситдикова Э.Э.

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

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Распространенность заболевания сахарным диабетом (СД) растет с каждым годом во всем мире и в настоящее время уже достигла масштабов эпидемии во многих странах. При этом, подавляющее большинство пациентов страдает СД 2 типа.

Так как поддержание нормального уровня глюкозы в крови при СД 2 типа зависит в большей степени от образа жизни больного, важно понимать, как и насколько внимательно пациенты следят за его уровнем, соблюдают ли рекомендации врача по питанию и медикаментозной терапии.

Цель работы: оценить уровень контроля глюкозы пациентами с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования: анкетирование в ГАУЗ «Городская поликлиника №21» г. Казань. Объект исследования: 45 пациентов поликлиники с установленным диагнозом «Сахарный диабет».

Результаты исследования и выводы:

1. В ГАУЗ «Городская поликлиника 21» г. Казани распространённость заболеванием СД 2 типа составляет 93 % среди всех типов СД, что говорит нам о достаточно большой распространённости именно этого типа сахарного диабета.
2. Согласно исследованию СД 2 типа страдают в большинстве случаев (82%) женщины средней возрастной категории (71,4 %). При этом средний возраст среди пациентов составляет – 61,5 лет.
3. Чаще всего измерения глюкозы крови глюкометром проводят 1 раз в неделю (41% случаев). В ходе беседы было выяснено, что это связано с относительно дорогой стоимостью тест-полосок.
4. При этом, в целевые уровни гликемии, согласно своей возрастной, группе входят только 33,3% пациентов.
5. Только около 40,5 % пациентов соблюдают диету, назначенную врачом.
  - При этом замечено, что процент женщин (48,5%), соблюдающих диету, больше процента мужчин (11,1%).
  - Все те, кто соблюдал диету (100%), вошли в целевые уровни гликемии в своей возрастной группе. Это говорит о том, что основой лечения СД 2 типа в большинстве лежит именно в диетотерапии с ограничением потребления простых углеводов.
  - Большая же часть (59,5%) опрошенных диету не соблюдает. Они связывают это с нехваткой воли и недостаточно серьезным отношением к этой рекомендации.
  - Процент мужчин (88,9%), не соблюдающих диету, больше процента женщин (51,5%).

6. Препараты группы Бигуанидов (Метформин) принимают 100% опрошенных. Данный препарат является первой линией терапии СД 2 типа благодаря тому, что он повышает чувствительность периферических рецепторов к инсулину и утилизирует глюкозу клетками (что лежит в основе патогенетической терапии).
7. Препараты производные сульфонилмочевины (Гликлазид, Глибенкламид, Глимепирид) принимают 90,5%. Препарат назначают также из-за его патогенетической активности (также он является льготным препаратом и относительно недорогим, поэтому пациенты могут себе его приобрести).

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

Белоусова 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 снижения 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

## **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 февралемарте 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 111г/л, E<sub>r</sub> 3,92\*10<sup>12</sup>/л), тромбоцитопения (51\*10<sup>9</sup>/л), лейкопения (3,6\*10<sup>9</sup>/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.

## **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			Род занятий		
Вариант ответа	Кол-во	Процент	Вариант ответа	Кол-во	Процент
15-25 лет	14	14	На пенсии	32	32
26-39 лет	23	23	Не работаю	13	13
40-59 лет	37	37	Работаю	48	48
60-79 лет	24	24	Учусь	7	7
80 и старше	2	2			

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.

### **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 обращениях 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.

## **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.

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗА 2017-2021 гг. 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 ГКБ № 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 ГКБ № 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 ГКБ № 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 ГКБ № 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.

## 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 клинических проявлений: боли в подложечной области, с иррадиацией или нет, наличие связи боли в эпигастриальной 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. Показатели 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.

## **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 в-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.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В ТЕЧЕНИЕ УЧЕБНОГО  
СЕМЕСТРА.  
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЛЕЧЕНИЕ ДИСЛИПИДЕМИИ В РАБОТЕ  
ВРАЧА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА**

Нурмиева Э. Р., Закиев Р. Р., Мустафина Г.Р.

Научный руководитель – д.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики Казанского ГМУ Синеглазова А.В., ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики Казанского ГМУ Долгова З.Р.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ РФ

**Введение.** Повышенный уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) является одним из наиболее важных модифицируемых причинных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Исследования у пациентов, получающих холестеринснижающую терапию, показали, что чем ниже достигнутый уровень ХС ЛПНП, тем ниже риск будущих сердечно-сосудистых событий [1]. Достижение целевых уровней ХС-ЛПНП привело бы не только к снижению смертности от сердечно-сосудистых катастроф, но и к уменьшению использования ресурсов здравоохранения из-за отсутствия необходимости в госпитализации.

**Цели и задачи.** Целью настоящего исследования является оценка роли врача первичного звена в диагностике и терапии дислипидемии в рамках диспансеризации.

**Материалы и методы.** Были проанализированы результаты диспансеризации 107 пациентов, которые обратились в Консультативно-диагностический центр Авиастроительного района г. Казани. В исследование были включены пациенты среднего возраста по классификации ВОЗ, не имевшие в анамнезе установленных ССЗ, сахарного диабета 2-го типа, онкологию, аутоиммунные заболевания. Полученные данные были в дальнейшем подвергнуты статистическому анализу в программе MicrosoftExcel.

**Результаты и обсуждение.** Доля пациентов с дислипидемией: у 45 из 68 пациентов (66%) было выявлено повышение ХС ЛПНП. Из них только 18 человек знали о своем повышенном уровне холестерина (40% из группы пациентов с дислипидемией). Остальные 60% (27 человек) не знали о нарушении липидного обмена. На липидснижающей терапии находилась еще меньшая часть когорты- 5 человек (28%). Среди них никто не достиг целевых уровней или снижения ХС ЛПНП на 50% от исходных данных, которые они указывали в анкете. Из тех пациентов, которые получали статины, большинство получали статины низкой или средней интенсивности; никто не получал статины высокой интенсивности либо иные лекарства для снижения холестерина.

**Заключение.** Более половины пациентов с дислипидемией не получали гиполипидемической терапии. На сегодняшний день перед врачами общей практики стоит сложная задача: не только своевременно начать, но и сформировать в пациенте приверженность к терапии. Помимо клинических рекомендаций в назначении лечения на помощь врачу могут прийти онлайн-калькуляторы необходимой терапии, разработанные РКО. Несмотря на то, что

сердечно-сосудистым заболеваниям и нарушениям липидного профиля уделяется много внимания острота данной проблемы не снижается.

Список литературы.

1. Prevalence and treatment of atherogenic dyslipidemia in the primary prevention of cardiovascular disease in Europe: EURICA, a cross-sectional observational study / J. P. Halcox, J.R. Banegas, C. Roy [et al.] // BMC Cardiovasc Disord. – 2017. – Vol. 17, No 1. – P. 160. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28623902/> (accessed: 08.09.2022).

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ОСЛОЖНЁННЫМ НАЛИЧИЕМ ДВУСТОРОННЕЙ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ COVID-19**

Амирова Л.Д., Плюта А.С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии  
Щеголихина Л.В.

Пандемия, возникшая на фоне распространения новой коронавирусной инфекции (НКИ) COVID-19 в начале марта 2020 года, стала настоящим испытанием для мирового медицинского сообщества. По мере течения эпидемического процесса накапливается и систематизируется опыт ведения пациентов, сообществами врачей различных специальностей издаются и оперативно обновляются клинические рекомендации, но сегодня, спустя 3 года после первой вспышки НКИ, мы по-прежнему испытываем недостаток данных для полноценной оценки рисков и характера течения данного инфекционного заболевания у беременных [1].

Физиологические особенности организма беременной соматически здоровой женщины относят ее к группе наиболее высокого риска инфицирования и возникновения осложнений, что было подтверждено в некоторых научных исследованиях [2, 3]. Наличие же факторов риска, сопутствующих хронических заболеваний и состояний, например, метаболического синдрома, дополнительно усугубляют течение беременности и родов. В данной статье представлен клинический случай, описывающий течение беременности и родов у пациентки с метаболическим синдромом, осложненным наличием двусторонней полисегментарной пневмонии, вызванной COVID-19.

Цели и задачи. Проанализировать клинический случай и на его примере изучить влияние НКИ у беременной с метаболическим синдромом на дальнейшее течение беременности, родов, состояние плода и послеродовой период.

Клинический случай. Беременная Э. 34 года, инфицирована COVID-19 при сроке беременности 24 недель. Учитывая ухудшение самочувствия, появление кашля, боли в груди и подъем температуры до 38°C, была доставлена бригадой скорой помощи на 5-е сутки от дебюта заболевания в Республиканскую клиническую больницу. Клинический диагноз: Беременность II, 25 недель, осложненная метаболическим синдромом. Коронавирусная инфекция с двусторонней полисегментарной пневмонией средней степени тяжести, вирус идентифицирован. ДН 1. Плод жив, размеры соответствуют сроку беременности, маточно-плодово-плацентарный кровоток без патологий. Пациентке оказана



необходимая помощь и назначена комплексная терапия. Выписана домой в удовлетворительном состоянии с дальнейшим наблюдением в женской консультации по месту жительства.

На дородовую госпитализацию поступила в отделение патологии беременности Республиканской клинической больницы с диагнозом: Роды 2 срочные на сроке беременности 39 нед 3 дня. Отягощенный акушерский анамнез (ОАА). Предродовой разрыв плодных оболочек (ПРПО). Длительность безводного периода 12 часов. Риск ВУИ (перенесенный НКВИ, среднетяжелое течение, двусторонняя вирусная пневмония, КТ1). Морбидное ожирение 3ст. Гипергликемия на фоне применения ГКС при лечении НКИ. Резус – отрицательная принадлежность крови без АТ. Трехкратное тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода. Принято решение об экстренном родоразрешении путем кесарева сечения. Роды окончились рождением живого мальчика, 5-6 баллов по Апгар. Послеродовой период без осложнений.

Выводы. Данный клинический случай наглядно демонстрирует выводы многих исследований о том, что при COVID-19 существует повышенная вероятность осложнений течения беременности и родов, которые все-таки возможно разрешить заслугами высококвалифицированных медицинских кадров и своевременно оказанной помощи.

Список литературы:

1. Беженарь В.Ф., Зазерская И.Е., Беттихер О.А. и др. Спорные вопросы акушерской тактики при ведении беременности и родоразрешении пациенток с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Акушерство и гинекология. 2020;(5):13–21. doi: 10.18565/aig.2020.5.13-21.
2. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019. (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention / Z. Wu [et al.] // JAMA. – 2020. – Vol. 323, №13. – P. 1239- 1242. doi:10.1001/jama.2020.2648. PMID:32091533.
3. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China / C. Huang [et al.] // Lancet. – 2020. – № 395 (10223). – P. 497-506. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГАНГРЕНОЗНОЙ ПИОДЕРМИИ У ПАЦИЕНТА С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ**

Валитова А.Д.

Научный руководитель–к.м.н., асс., Мухаметова Д.Д., ординатор Галиева А.М.  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: язвенный колит (ЯК) характеризуется хроническим воспалением в толстой кишке, а также нередко сопровождается внекишечными синдромами. Среди кожных проявлений наиболее часто встречается гангренозная пиодермия.

Клинический случай. Пациентка Г., 40 лет, в марте 2022 г. поступила в гастроэнтерологическое отделение ГАУЗ «Республиканская клиническая больница (РКБ) МЗ РТ» с жалобами на болезненное язвенное поражение кожи правой щеки, ограничивающее движение нижней челюсти и сопровождавшееся зудом. Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей. Анамнез:

ЯК с 2013 г., пациентка принимала месалазин по 3 г в сутки с положительным эффектом, который далее продолжила принимать курсами. До 2021 г. отмечалась клиничко-эндоскопическая ремиссия на фоне поддерживающей терапии. Весной 2021 г. у пациентки появились признаки обострения ЯК, в июле возникли жалобы на покраснение, болезненность, припухлость правой щеки и формирование узелка с гнойным отделяемым. По назначению дерматолога пациентка принимала нимесулид и наружно борную кислоту. В августе 2021 г. пациентка была госпитализирована в ГАУЗ РКБ МЗ РТ с жалобами со стороны кишечника и на кожный процесс. Были назначены месалазин 3 г. внутрь и преднизолон ректально. Заключение хирурга: Атерома лица? Хронический абсцесс правой щеки с формированием пиогенной капсулы? Выписаны беталин и левомекольместно. В октябре 2021 г. кишечная симптоматика нивелировалась, но в связи с сохранением кожных проявлений пациентке произвели вскрытие абсцесса щеки, был назначен азитромицин коротким курсом - улучшений не отмечалось. В декабре 2021 г. кожный дефект прогрессировал, по результатам колоноскопии сохранялась эндоскопическая ремиссия. С направительным диагнозом «Гангренозная пиодермия, язвенно-некротическая форма. Язвенный колит в стадии ремиссии», было назначено лечение: метипред в/в, преднизолон внутрь – улучшение кожных проявлений. С учетом наличия хронического течения ЯК и наличием гангренозной пиодермии, пациентка в марте 2022 г. госпитализирована в ГАУЗ РКБ МЗ РТ для верификации диагноза и подбора терапии. При объективном осмотре состояние удовлетворительное, физикальное обследование патологических процессов не выявило. St.localis: болезненный язвенный дефект кожи, локализующийся на правой щеке с переходом на скуловую область и область над нижней челюстью, размером 10x7 см., неправильной формы с четкими границами, местами возвышающимися над поверхностью кожи и неровными краями. По периферии очага эритема от ярко-красного до синюшно-багрового цвета. В центре очага: экссудация, гнойное отделяемое и гнойно-геморрагические корки. Пациентка отмечала выраженную болезненность, ограничивающую движение нижней челюсти и зуд. Лабораторно: гипохромная нормоцитарная анемия легкой степени. При бактериологическом исследовании раневого отделяемого микрофлора не обнаружена. Проводилась дифференциальная диагностика между гангренозной пиодермией и синдромом Свита. Диагноз: «Язвенный колит, левостороннее поражение, рецидивирующее течение, клиничко-эндоскопическая ремиссия с внекишечным проявлением – гангренозной пиодермией правой щеки». Был назначен инфликсимаб по 200 мг в/в, по схеме: 0-2-6-8-8, наблюдалась положительная динамика кожных проявлений, сохранялась ремиссия ЯК.

Уникальность случая заключается в том, что наблюдалось нехарактерное течение гангренозной пиодермии, которое выразилось нетипичным расположением очага на лице, что в рамках дифференциальной диагностики потребовало более тщательного обследования и консультации смежных специалистов.

## РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ВЫЯВЛЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА НА РАННИХ СТАДИЯХ»

Басанова В.А., Газизова С.Л., Хакимова А.А.  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России  
Научный руководитель - к.м.н. доц. Пикуза А.В.

Актуальность: Одним из ведущих онкологических заболеваний по показателям заболеваемости и смертности является колоректальный рак. Поэтому данное заболевание в последнее время имеет своюактуальность в медико-социальных исследованиях, также требует пристального внимания врачей различных специальностей.

Цель: Показатьнеобходимость прохождения диспансеризации для предупреждения развития колоректального рака.

Задачи:

1. Проанализировать интересующие нас статьи по данной теме.
2. Проанализировать выявляемость данного заболевания при прохождении диспансеризации.
3. Изучить клинические случаи по данной теме.
4. Предоставить способы профилактики для предотвращения заболеваемости колоректальным раком.

Методы исследования: анализ истории болезни, анализ тематической литературы, анализ статистики по колоректальному раку по г. Казань

Республики Татарстан.

Колоректальный рак— это онкологическое заболевание злокачественного течения, состоящая из эпителиальной ткани и поражающая слепую, ободочную, прямую кишки, в том числе и анальный отдел. Некоторые ученые называюткарциному толстой кишки “болезнью цивилизации”. Так как недостаток физической активности, употребление большого количества рафинированных углеводов, мясных продуктов, недостаток клетчатки дают свои “плоды”. Ожирение в 1,5 раза увеличивает риск развития колоректального рака, избыточное употребление алкоголя и курение так же находятся в числе факторов. В процессе переваривания мясных продуктов в кишечнике образуется большое количество жирных кислот, превращающихся в канцерогенные вещества. Малое количество клетчатки и недостаточная физическая активность приводят к замедлению кишечной перистальтики. Итого большое количество канцерогенных агентов контактирует со стенкой кишечника, провоцируя развитие колоректального рака. Международное агентство, занимающаяся исследованием рака, признало колбасу и другие изделия из переработанного мяса-продуктами с доказанной канцерогенной активностью. МАИР сделало заключение о том, что их употреблениена регулярной основе может привести к развитию колоректального рака— даже 50 граммов переработанного мяса в сутки увеличивают шансы заболеть онкологией на 18 %.

С 2013 года в России отмечается рост заболеваемости колоректальным раком (он занимает 3-е место). Данное заболеваниеявляется перерождением аденоматозных полипов, а также последнюю роль играет наследственная предрасположенность. Мутация в гене APC является причиной семейного

аденоматозного полипоза, при котором у пациента к 40 годам имеется почти 100% вероятность развития рака толстой кишки. Воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит, болезнь Крона) также играют свою огромную роль в развитии КРР. Главными факторами риска являются молодой возраст, распространенность поражения, длительность заболевания.

Заключение: Анализ данных о выявляемости колоректального рака при диспансеризации позволяет предотвратить развитие доклинического рака ободочной и прямой кишки на ранних стадиях развития опухолевого процесса. Это позволяет своевременно назначить эффективное лечение онкологической патологии. Поэтому так важно, особенно после 45 лет проходить диспансеризацию, а точнее делать колоноскопию.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА» НА ЛЕЧЕБНОМ ФАКУЛЬТЕТЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ПРИЧИН АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА**

Гайсина Д.А., Камалова Р.Р.

Научный руководитель - к.м.н., асс. кафедры госпитальной терапии Мухаметова Д.Д., к.м.н., асс. кафедры госпитальной терапии Белоусова Е.Н.  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Болезнь Крона (БК) – хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений. Клиника БК крайне многообразна. У значительной доли пациентов могут обнаруживаться внекишечные проявления заболевания (ВКП).

Цель – проанализировать клинический случай пациента с БК, анемией и ВКП.

Пациентка В., 34 лет, поступила в марте 2023г. в гастроэнтерологическое отделение ГАУЗ Республиканская клиническая больница (РКБ) МЗ РТ с жалобами на боли в правой подвздошной области, стул до 5-6 раз в день, полуоформленный, без примесей, общую слабость, боли в коленных суставах и нижней части спины, чаще после пробуждения, уменьшаются при физической активности, утренняя скованность около 30 мин, афтозный стоматит. Первые жалобы на сильные боли и покраснение в области глаза отмечает со школьных лет, был диагностирован иридоциклит, назначался преднизолон и местное лечение. Впервые боли в спине отмечает с 2000 г. Диарея до 20 раз в сутки появилась летом 2015г., предположено воспалительное заболевание кишечника, назначен сульфасалазин 3г в сутки. В связи с отсутствием эффекта пациентка госпитализирована в ГАУЗ РКБ МЗ РТ в декабре 2015г., где был выставлен диагноз: «БК, илеоколит, воспалительная стадия, высокой степени активности, с внекишечными проявлениями (афтозный стоматит, полиартрит, рецидивирующий левосторонний иридоциклит). Гипохромная анемия средней степени тяжести». В связи с длительной болью в спине консультирована ревматологом, выставлен диагноз «Анкилозирующий спондилоартрит (АС)». Назначен азатиоприн и преднизолон (дозы не помнит) с положительным

эффектом. В связи с плохой переносимостью, самостоятельно отменила азатиоприн. В течение 5 лет не получала базисную терапию. В июле 2021 года на фоне обострения БК госпитализирован в ЦРБ по месту жительства, была выявлена тяжелая анемия (27 г/л), ферритин 27.3, СОЭ 33 мм/ч, проводились переливания эритроцитарной массы 5 раз. В декабре 2021 г. при госпитализации в РКБ выявлена клиническая, лабораторная (СРБ 89,7, СОЭ 59 мм/ч) и умеренная эндоскопическая активность БК (по биопсии – гранулемы). В миелограмме выявлено 8,5% бластов, предположен миелодиспластический синдром (МДС), рекомендовано дообследование у гематолога. При повторной стерильной пункции уровень бластов составил 0,8%. По данным рентгенографии и МРТ крестцово-подвздошных сочленений (КПС) – признаки двухстороннего анкилоза. Назначена биологическая терапия. Одновременно проводился диагностический поиск анемии, исключены целиакия, не подтвердился МДС, остается вопрос причины анемии. Учитывая длительные хронические заболевания, гипохромную нормоцитарную анемию различной степени, гипоферритимию, можно предположить анемию смешанного генеза (железодефицитная анемия и анемия хронического заболевания), рекомендован анализ на растворимые рецепторы трансферина. Также особенностью данного клинического случая является сочетание нескольких внекишечных проявлений (АС, иридоциклит, афтозный стоматит), а также поздняя диагностика поражения позвоночника и КПС – развитие анкилоза, несмотря на начало болей в спине более 15 лет назад.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ТОТАЛЬНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ И ЦЕЛИАКИЕЙ**

Ермакова К.Н., Зарипова И.И., Кахаберидзе Л.В.  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии  
Мухаметова Д.Д.

Актуальность. Тотальная алопеция – самая тяжелая форма алопеции, при которой наблюдается выпадение волос на голове и теле в течение нескольких месяцев при отсутствии адекватной терапии. Одной из причин может быть целиакия. По литературным данным механизм алопеции при целиакии связан с CD8+ Т-клеточно-опосредованным состоянием с повышенным уровнем вазоактивного интестинального пептида. В связи с этим интересным представляется ее ассоциация с целиакией на примере клинического случая.

Клинический случай: Пациент Л., 20 лет, поступил в отделение гастроэнтерологии ГАУЗ “Республиканская клиническая больница МЗ РТ” с жалобами на отсутствие ресниц, бровей, волос на голове, урчание в животе, частый, кашицеобразный стул до 3 раз в день, без патологических примесей. Температура тела в норме, потери в весе не отмечает. Из анамнеза известно, что в июне 2022 года начали выпадать волосы, был выставлен диагноз очаговой алопеции, в июле отмечалась генерализация процесса. Безуспешно лечился препаратами цинка. Диарейный синдром присоединился с сентября 2022 года. Семейный и аллергологический анамнезы не отягощены. Из вредных привычек - курение ½ пачки в день на протяжении 5 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Вес 54.0 кг, рост 176 см, Индекс массы тела 17.4 кг/м<sup>2</sup> (Недостаточная масса тела), Температура тела 35,9 С. Кожные покровы: физиологической окраски, сухие. ЧДД 17 в мин. SpO<sub>2</sub> 98. АД слева 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные.

Система органов пищеварения: зев чистый, слизистые розовые. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, обычной формы и размеров. Вздутие живота не определяется. Печень и селезенка не увеличены.

По лабораторным данным: в общем анализе крови выявлена небольшая эозинофилия (6,7%), гемоглобин в норме (159 г/л). В крови выявлено повышение ревматоидного фактора 15 МЕ/мл (N=14 МЕ/мл). Кал на яйца глист и паразиты 3-хкратно отрицателен. В крови были выявлены антитела (АТ) IgA к глиадину и тканевой трансглутаминазе (ТТГ) в диагностическом титре.

Из инструментальных методов диагностики: при эзофагогастродуоденоскопии в антральном отделе желудка обнаружены геморрагические эрозии до 0,1 см в диаметре, а также в области луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) определены единичные плоские эрозии до 0,2 см в диаметре с налетом фибрина. Заключение: «Эрозивный гастрит. Эрозивный дуоденит». Во время манипуляции была взята биопсия из залуковичного отдела ДПК на подтверждение целиакии. Результат патологии не выявил в связи со скудностью биоматериала. Колоноскопию пройти не удалось вследствие болевого синдрома и наличия дополнительных изгибов кишки. При УЗИ сигмовидной и прямой кишки примерно на 50 мм ниже пупка визуализируется равномерно расширенный до 7 мм фрагмент кишки, на протяжении 60 мм, предполагался спаечный процесс. МРТ-энтерография - патология не выявлена, пациент не смог удержать внутрикишечный контраст. Выставлен клинический диагноз: Целиакия (АТ к глиадину и ТТГ положительны) с синдромом мальабсорбции легкой степени. Тотальная алопеция. Эрозивный гастрит, эрозивный дуоденит, без клинических проявлений, не ассоциированный с *H.pylori*. Рекомендована аглютенная диета и диагностическое наблюдение.

Особенностью данного случая является диагностический поиск причин тотальной алопеции, исключены воспалительные заболевания кишечника, в связи с наличием диарейного синдрома, положительных скрининговых маркеров (АТ к глиадину и ТТГ), выставлен диагноз целиакии.

Заключение. Анализ данного клинического случая подтверждает необходимость своевременной диагностики причин алопеции и адекватной терапии целиакией.

# **МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ВОЗНИКШИЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Кадырова З.М.

Научный руководитель - асс. кафедры госпитальной терапии, заведующий отделением гематологии ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ Кунст М.А.,  
к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии Бомбина Л.К.  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. В последние годы в лечении онкологических заболеваний достигнуты большие успехи, новые подходы в противоопухолевом лечении позволили увеличить показатели выживаемости. Но для пациентов, прошедших противоопухолевую терапию, и на сегодняшний день существует вероятность такого грозного осложнения, как развитие вторичного онкологического заболевания, обусловленного последствиями противоопухолевого лечения. Среди гемобластозов, как вторичных онкологических заболеваний, описаны случаи развития миелодиспластического синдрома (МДС) и острого миелобластного лейкоза (ОМЛ).

Цель исследования: изучение развития МДС и ОМЛ как следствие химиотерапии на примере клинического случая.

Материалы и методы: изучение медицинской литературы, осмотр пациента, история болезни и предыдущие выписки, анализ результатов медицинских исследований в динамике.

Результаты. Пациент С, 66 лет. В 2020 году был поставлен диагноз «острый лимфобластный лейкоз». Диагноз установлен на основании клинико-лабораторных данных, результатов цитологического, цитохимического и иммуноморфологического исследований костного мозга: бласты 35%, МПО отрицательно, PAS 90%, ИФТ: Острый В-клеточный лимфобластный лейкоз.

Пациенту проводилась терапия по протоколу «ОЛЛ-2009» для лечения пациентов старшей возрастной группы. После 1-ой фазы индукции была достигнута клинико-гематологическая ремиссия: бласты 0,5%.

Через месяц после окончания поддерживающей терапии пациент почувствовал ухудшение состояния. Результаты ОАК: анемия средней степени тяжести, эритроцитопения. В миелограмме обнаружены бласты 2,6%, а также признаки дисплазии всех ростков.

После госпитализации проанализированы результаты ОАК в динамике: анемия средней степени тяжести, панцитопения.

Результаты миелограммы в динамике: повышение клеточности, бласты 12,8%.

Данные ИФТ: миелоцитарная направленность бластов с фенотипом: CD45dim+, CD4+, CD13+, CD15+, CD33+. Бласты 15%.

Данные цитогенетического исследования: делеция 5q, моносомия 17.

С учетом результатов вышеперечисленных исследований: панцитопении, дисплазии всех ростков в костном мозге, наличие бластов 15%, а также характерные для МДС хромосомные aberrации, пациенту был поставлен диагноз «миелодиспластический синдром с избытком бластов 2». Исходя из

результатов ИФТ можно предположить о вероятности трансформации МДС в ОМЛ, что определит цитогенетическое исследование с применением FISH.

Данный клинический случай представляет собой развитие вторичного МДС с вероятной трансформацией в ОМЛ, индуцированное химиотерапией.

Заключение. Анализ данного клинического случая демонстрирует риск развития вторичных онкологических заболеваний у лиц, достигших ремиссии первичного злокачественного новообразования. Этим обусловлена необходимость в выявлении у пациентов индивидуальных рисков и прогностических факторов развития вторичных гемобластозов, ассоциированных с лечением.

## **«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ»**

Мусаева Р.З., Бикчурина К.Р.

Научный руководитель: д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии  
Стяжкина С.Н.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

Актуальность. ЖКБ характеризуется достаточно высокой распространенностью в странах с западным стилем жизни, в таких как Европа, Северная Америка, Россия. [3]. Острый холецистит составляет 15-20% от всех острых хирургических заболеваний брюшной полости и имеет тенденцию к росту заболеваемости. [1,2]. Холецистэктомия занимает первое место среди оперативных вмешательств в ургентной хирургии. Общий риск развития острого холецистита при ЖКБ составляет 10-20%. В возрасте старше 50 лет он развивается в 3-4 раза чаще. У женщин заболеваемость в 1,5-2 раза выше. Риск повышается также при избыточной массе тела, сахарном диабете. [4].

Раньше «золотым стандартом» в лечении ЖКБ была «открытая» холецистэктомия (ОХЭ) и количество осложнений при данном методе лечения составляло 5-15%. Внедрение в практику лапароскопической холецистэктомии изменило способ лечение ЖКБ. В Американском институте здоровья представили данные, где производили сравнение различных способов лечения ЖКБ (табл. 1).

Таблица 1. Сравнение различных способов лечения ЖКБ

	ОХЭ	ЛХЭ
Возможность применения %	98	90-95
Эффективность %	100	100
Результаты		
• летальность%	<1	<1
• осложнения%	4-8	2-5
• повреждения ВЖП	0,1-0,2	0,2-0,6
• рецидив%	0	0
Сроки лечения		
• в стационаре	3-7	1-2
• амбулаторно	20-40	7-14
Дискомфорт	выраженный	слабый

ОХЭ — открытая холецистэктомия,

ЛХЭ — лапароскопическая холецистэктомия. [5].



Лапароскопическая холецистэктомия является малоинвазивным вмешательством, для него характерно меньшая травматичность, лучший косметический эффект, а также короткие сроки пребывания больного в стационаре (2-5 дней) и временной нетрудоспособности (4-7 дней). Так же возможно проведение симультанных операций, то есть одновременное выполнение нескольких оперативных вмешательств (например, холецистэктомия с аппендэктомией). Такие симультанные операции уменьшают нагрузку на организм, ускоряют его восстановление, что сокращает количество койко-дней, по сравнению с операциями, проведенными с определенным интервалом. Однако, при лапароскопической холецистэктомии присутствует высокий риск появления тяжелых осложнений (например, повреждения желчного протока), которые требуют в дальнейшем большой по объему восстановительной операции. [7]. Поэтому необходимо строго следовать показаниям и противопоказаниям ЛХЭ.

#### Показания:

1. Длительность приступа острого холецистита не превышает 2-3 суток, при этом на УЗИ отсутствуют околопузырный инфильтрат и признаки деструкции.
2. Тяжелая сопутствующая патология не выявляется.
3. Молодой и средний возраст пациента.

#### Противопоказания:

1. Абсолютные:
  - а) Общие противопоказания к ЛХЭ.
  - б) Длительность приступа острого холецистита более 2-3 суток, на УЗИ выявляются плотный воспалительный околопузырный инфильтрат, признаки деструкции желчного пузыря.
  - в) Высокие операционные и анестезиологические риски при тяжелой сопутствующей патологии.
  - г) Противопоказания для эндотрахеального наркоза и карбоксиперитонеума.
  - д) Рак желчного пузыря.
2. Относительные:
  - а) Возраст пациентов более 70 лет на фоне тяжелой сопутствующей патологии.
  - б) Наличие спаечного процесса в брюшной полости после проведенной ранее лапаротомии.
  - в) Холедохолитиаз, механическая желтуха.
  - г) Острый панкреатит.
  - д) Цирроз печени.
  - е) Язвенная болезнь.

#### Этапы ЛХЭ:

1. Создание пневмоперитонеума (введение углекислого газа или окиси азота).
2. Введение троакаров с инструментами:
  - а) Первый троакар вводят параумбиликально по белой линии живота ниже или выше пупка. Последовательно осматривают брюшную полость.
  - б) Второй инструментальный троакар вводят в эпигастриальной области как можно ближе к мечевидному отростку.
  - в) Третий и четвертый вспомогательные троакары вводят по среднеключичной линии на 4-5 см ниже реберной дуги и по передней подмышечной линии на уровне пупка.

d) Пятый троакар в левом подреберье вводят при необходимости, для дополнительного отведения печени ретрактором.

3. Осматривают печень и желчный пузырь.

4. Приподнимают желчный пузырь, обнажают ворота печени и зону треугольника Кало для последующей препаровки.

5. Проводят рассечение брюшины. Мобилизацию начинают с рассечения брюшины L-образным электродом по переходной складке на уровне средней трети медиальной поверхности желчного пузыря. Далее U-образный разрез продолжают над карманом Гартмана с переходом на латеральную стенку органа.

6. Препаровка треугольника Кало. При помощи диссектора или «пяточки» электрохирургического крючка рассеченную брюшину вместе с подлежащей жировой клетчаткой смещают проксимально по направлению к гепатодуоденальной связке. Обнажают пузырный проток и артерию. Необходимо соблюдать два правила при выделении органа:

a) ни одно трубчатое образование, идущее к желчному пузырю, не должно быть пересечено до полного прояснения анатомии этой зоны.

b) необходимо убедиться, что после выполнения мобилизации лишь два трубчатых образования – артерия и проток – подходят к желчному пузырю.

7. Пересечение и перевязка пузырной артерии и пузырного протока.

8. Выделение желчного пузыря из ложа печени.

9. Извлечение желчного пузыря из брюшной полости. В брюшную полость через пупочный порт вводят пластиковый контейнер, в который помещают отсеченный ЖП от края печени. Затем контейнер закрывают и удаляют из брюшной полости.

10. Проводят контрольную ревизию органов брюшной полости и завершают операцию. [6].

В послеоперационном периоде при ЛХЭ частота различных осложнений составляет – 9,2 %.

Наиболее частые осложнения:

- жёлчестечение после операции
- пересечение желчевыводящих путей
- ранение крупных сосудов брюшной полости и ворот печени
- нагноение послеоперационной раны
- инфильтрат послеоперационной раны
- послеоперационный панкреатит

Цели и задачи исследования: провести анализ историй болезней с острым холециститом и изучить эффективность лапароскопической холецистэктомии в ургентной хирургии.

Материалы и методы исследования.

В ходе работы на базе хирургического отделения БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» был проведен анализ 45 истории болезней с диагнозом острый холецистит за 2022-2023 гг., с применением малоинвазивного оперативного вмешательства - лапароскопической холецистэктомии.

Результаты исследования и их обсуждения.

В ходе исследования было выявлено, что возраст больных холециститом находится в пределах от 30 до 75 лет. Таким образом средний возраст пациентов - 56-59 лет. Мужской пол - 10 больных (22%), женский - 35 (78%). Бригада общих хирургов выполняла операции лапараскопическим методом (ЛХЭ) под эндотрахеальным наркозом (ЭТН) с интубацией трахеи.

Из 45 пациентов: у 15 (33 %) был не осложненный холецистит, у 13 (29 %) эмпиема желчного пузыря, 5 (11 %) перивезикальным инфильтратом, 5 (11 %) перивезикальным абсцессом, 4 (9%) холедохолитиаз, 3 (7%) панкреатитом.



Присутствовала также сопутствующая патология: атрофический гастрит 5 (11 %), ишемическая болезнь сердца 4 (9 %), гипертоническая болезнь - 3 (6%), хронический бронхит - 3 (6%).



Наблюдались следующие послеоперационные осложнения: у 3 (6 %) больных с перивезикальным инфильтратом, у 4 (9 %) повышение температуры, у 1 (2 %) инфильтрат передней брюшной стенки. Общие осложнения отсутствовали. Летальных исходов не было. Средний койко - день после ЛХЭ составил  $6,9 \pm 0,5$  дня.

**Заключение**

Доказано, что методом лапараскопической операцией можно достичь эффективных результатов. Имеется следующий ряд преимуществ данной методики: щадящая техника, меньшая травматичность, снижается вероятность образования послеоперационных спаек. Несмотря на высокую стоимость самой операции, данный метод является более экономичным, за счет коротких сроков пребывания больного в стационаре (2-5 дней), меньших затрат на медикаменты и быстрой реабилитации.

Усовершенствование лапараскопического оборудования ускорили развитие данного метода операции. Однако высокая стоимость инструментария необходимого для проведения операции и недостаточное финансирование больниц снижает процесс освоения и внедрения данной процедуры в клиническую практику. Так же имеется высокий риск появления тяжелых осложнений, которые требуют в дальнейшем большой по объему восстановительной операции.

Список литературы.

1. Хирургические болезни: Учебник / Кузин М. И., Шкроб О. С., Кузин Н. М. и др.; под ред. Кузина М. И. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2002
2. Климентов М. Н., Стяжкина С. Н., Проничев В. В. Острый холецистит: учебное пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов. Ижевск, 2015
3. Болезни желчевыводящих путей: учебное пособие / Н.М. Козлова; ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет». Иркутск: ИГМУ, 2020. – 76с.
4. Клинические рекомендации «Холецистит»: [gastro.ru>userfiles/R\\_Лечение\\_холецистита.pdf](http://gastro.ru/userfiles/R_Лечение_холецистита.pdf)
5. <http://pmarchive.ru/laparoskopicheskaya-xolecistektomiya/>
6. Минимальноинвазивные технологии в хирургическом лечении больных с острым холециститом: учебное пособие / Ю.В. Баринов, Р.Б. Мумладзе, Г.М. Чеченин, С.С. Лебедев, Г.Г. Мелконян; ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». –М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2015 – 92 с.
7. Желчекаменная болезнь. Учебно-методическое пособие. Под редакцией заведующего кафедрой хирургических болезней №2 педиатрического факультета РНИМУ, доктора медицинских наук, профессора А.А. Щеголева. - М.; РНИМУ, 2015, 35 с. с 16.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ХИРУРГА».  
РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ДИСФУНКЦИЯ  
ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ В ВИДЕ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА,  
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ВЫЗВАННОЙ СТЕНОЗОМ ХОЛЕДОХА.  
ДИСЛОКАЦИЯ ДРЕНАЖА».**

Баязитова Л.Р.

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

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Развитие дисфункции трансплантата печени сопряжено с высокой частотой утраты трансплантатов и смертельных исходов в течение первых 6 недель после ортотопической трансплантации печени (ОТП) [1]. Отторжение вызвано

распознаванием чужеродных донорских аллоантигенов Т-клетками реципиента [2]. Частота острого клеточного отторжения составляет 15-25% после пересадки печени, в то время как при хроническом отторжении она выше [3].

Цель работы: анализ клинического случая производственной практики с определением диагностики и лечебной тактики.

Клинический случай: Пациентка М поступила в ГАУЗ «РКБ» г. Казани с жалобами на болезненность в правом подреберье по ВАШ 7-8 баллов, рвоту, общую слабость. Считает себя больной в течение длительного времени. С апреля 2022 года появились жалобы на тошноту, головокружение, общую слабость. Наблюдается у гастроэнтеролога с диагнозом: Цирроз печени смешанного генеза класс В по Child-Pugh (9б) с минимальным синдромом цитолиза, холестаза, портальной гипертензии (ВРВП 1 ст), печеночно-клеточной недостаточности, синдромом гиперспленизма, по MELD 19 баллов. Хронический гастрит, вне обострения. Консультирована гастроэнтерологом РКБ, включена в лист ожидания на трансплантацию печени. В связи с наличием совместимого донора госпитализирована в х/о N°2 ГАУЗ «РКБ» для проведения ОТП. Находилась на стационарном лечении с 23.09.2022 по 10.10.2022. Состояние после ОТП от 27.09.2022: Осложнение основного заболевания: Портальная гипертензия, печеночно-клеточная недостаточность, гиперспленизм. Выписалась в удовлетворительном состоянии.

21.11.2022 отметила желтушность кожных покровов, зуд, обесцвечивание каловых масс, отсутствие отделяемого по дренажу, с последующим выходом дренажа из передней брюшной стенки, в связи с чем, самостоятельно обратилась в ПДО N1 ГАУЗ «РКБ». Обследована, были проведены следующие методы исследования: УЗИ, КТ, МРТ ОБП, анализы на вирусы простого герпеса типа 1 и 2, Эпштейна Барра, цитомегаловирус, сцинтиграфия, эластография печени, пункционная биопсия трансплантата. Госпитализирована в х/о N2 с диагнозом: Дисфункция трансплантата печени в виде синдрома холестаза, механической желтухи, вызванной стенозом холедоха. Дислокация дренажа холедоха, который был проведен через культю пузырного протока в холедох ниже билиарного анастомоза. Состояние после ОТП. Назначили Метилпред Орион 1 раз в день в/в, медленно, 1000мг 3 дня, 500мг 1 день, 250мг 1 день, 125мг 1 день до отмены. На фоне лечения состояние пациента стабилизировалось.

Вывод: Данный клинический случай демонстрирует необходимость более раннего и тщательного подхода к дифференциальной диагностике отторжения трансплантата, как на амбулаторном, так и на стационарном этапе и подбора адекватной терапии на всех этапах наблюдения. Дисфункция трансплантата (ДТ) ухудшает выживаемость пациентов в раннем периоде после ОТП. Наиболее значимым и модифицируемым фактором риска является время холодовой ишемии. При сочетании факторов риска донора и реципиента риск ДТ первично нефункционирующего трансплантата возрастает.

Список литературы:

1. Ранняя дисфункция трансплантата печени: факторы риска, клиническое течение и исходы // cyberleninka.ru: сайт. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rannaya-disfunktsiya-transplantata-pecheni-factory-riska-klinicheskoe-techenie-i-ishody> (дата обращения: 12.03.2023)

2. The Immunological Basis of Liver Allograft Rejection // pubmed.ncbi.nlm.nih.gov :сайт. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32983177/> (датаобращения: 12.03.2023)
3. Current state of clinical trials regarding liver transplant rejection // pubmed.ncbi.nlm.nih.gov :сайт. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34954324/> (датаобращения: 12.03.2023)

## **ДИАБЕТ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

Михайлова Светлана Алексеевна

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Хайруллина Гузьяль Равилевна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Ахметгалиев Артур Ринатович

Сахарный диабет — это заболевание, вызванное нарушением обмена веществ, в основе которого лежит дефицит образования инсулина поджелудочной железой и повышение уровня глюкозы в крови.

По данным ВОЗ, число людей, страдающих диабетом, в 2021 году составляет 463 млн. человек. Это около 6% населения земного шара. Согласно прогнозу ВОЗ, к 2030 году причиной каждой 7 смерти в мире будет это заболевание. По данным Международной организации по борьбе с диабетом, к 2040 году диагноз можно будет поставить каждому 10-му жителю планеты. По данным Международной федерации диабета (IDF), к 2045 году, эта цифра может вырасти до 693 млн.

Число больных сахарным диабетом, по данным Министерства здравоохранения, в России сегодня составляет около 11 млн. человек, то есть этим заболеванием страдает каждый 15-й россиянин. Согласно статистике, в 2021 году число больных диабетом в Российской Федерации составило 5,2 млн. По данным регистра СД, распространенность СД 1 типа в РФ, включающая 84 региона РФ, на 01.01.2023 составила 277 092 тыс.чел. СД 2 типа - 4 581 990 млн.чел.

Динамика распространенности при СД1 составила: 2016 год - 168,7, 2020 - 180,9, 2023 - 191/100 тыс. населения, при СД2 2016 – 2709, 2020 – 3022, 2023 – 3158,8/100 тыс. населения.

Сахарный диабет является мультидисциплинарной проблемой, и в акушерстве он связан с повышенным риском пороков развития плода, осложненным течением беременности (преэклампсия, эклампсия, многоводие, гнойно-септические осложнения, диабетическая фетопатия), осложненным течением сахарного диабета. Пациент с СД является одной из самых сложных в акушерской практике и требует от врача принятия быстрых и ответственных решений на каждом этапе беременности и родов.

В период декомпенсации, СД оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и развитие плода. В первом триместре беременности это часто осложняется угрозой выкидыша (10-30%). Вторая половина беременности может осложниться преэклампсией (50-70%). Развитие преэклампсии напрямую зависит от частоты гипогликемических эпизодов во время беременности, наличия

микрососудистых осложнений сахарного диабета. В зависимости от компенсации сахарного диабета у 20-60% женщин беременность осложняется многоводием, а у 30-60% - урогенитальными инфекциями.

Планирование беременности при сахарном диабете 1 типа, введение строгих критериев компенсации диабета и использование базис-болюсной инсулинотерапии во время беременности могут снизить перинатальную смертность. Планирование беременности предполагает обследование женщин на наличие диабетических осложнений и их лечение, достижение компенсации сахарного диабета на этапе подготовки к беременности, а также просвещение женщин в области репродуктивного здоровья, создание мотивации к самоконтролю гликемии и обучение методам саморегуляции.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ОСТРЫЙ ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН ПРАВОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ».**

Насибов Р.Р., Амирасланова А.А.

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава  
России

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

Цель: провести анализ клинического наблюдения пациента с диагнозом: МКБ. 10 I80.2 Флебит и тромбофлебит других глубоких сосудов нижней конечности.

Задачи:

- 1) Изучить и проанализировать информацию литературных источников по данной теме.
- 2) Изучить и проанализировать историю болезни пациента с данным диагнозом.

Актуальность темы Тромбоз глубоких вен нижней конечности является актуальной проблемой современной медицины, а также одним из ведущих вопросов практической флебологии. Этот тип патологии является потенциально опасным для жизни осложнением, которое часто встречается у пациентов с травмами и может привести к тромбоэмболии на ранней стадии во время госпитализации. Ранняя диагностика и клиническое вмешательство важны для управления данного заболевания и минимизации неблагоприятных последствий. [1]

Тромбоз глубоких вен – это патологическое состояние, при котором сгусток крови образуется в вене ноги. Данный процесс возникает в результате сочетания ряда условий, которые ухудшают отток крови по венам и приводят к повреждению или дисфункции эндотелия либо вызывают гиперкоагуляцию. Частой причиной флеботромбозов является травма конечностей, как и в нашем рассматриваемом случае. [2]

Симптомы тромбозов глубоких вен нижней конечности: основные жалобы на отек конечности в зависимости от локализации пораженного венозного

сегмента, который распространяется в дистальном и проксимальном направлениях; болевой синдром в икроножных мышцах, а также синюшность участка конечности. [3]

Жалобы больного, анамнез заболевания и соответствующая симптоматика в большинстве случаев позволяют диагностировать ТГВ, однако это состояние может протекать бессимптомно, что характерно для пациентов, находящихся на постельном режиме. Проксимальный тромбоз глубоких вен нижней конечности, поражающий бедренные, подвздошные и нижнюю полую вену, а также флотирующий тромб являются ведущими критериями в заболеваемости легочной эмболией. Выделяют основные клинические симптомы и диагностические признаки, наличие которых дает основание заподозрить или подтвердить ТГВ. К ним относятся: 1) Снижение двигательной активности ввиду сильного бокового синдрома и отека нижней конечности, выраженность которого зависит от уровня его поражения; 2) цианоз кожи нижних конечностей, значительно увеличивающийся в вертикальном положении и после ходьбы; 3) повышение кожной температуры пораженной конечности по сравнению со здоровой конечностью; 4) положительные симптомы Хоманса – болезненность в икроножных мышцах при тыльном сгибании стопы; Мозеса – боль при пальпации икры в переднезаднем направлении; Ловенберга – боль в области голени при наложении на нее манжеты и нагнетании в нее воздуха под давлением свыше 150 мм.рт.ст.; 5) первым проявлением заболевания становится легочная тромбоэмболия (ТЭЛА), которая является ведущей причиной как общей, так и хирургической летальности; 6) обследование высокочувствительного D-димера, отрицательный результат которого помогает исключить ТГВ, однако положительный результат неспецифичен и требует проведения дополнительных методов исследования. [4]

Основным методом диагностики ТГВ становится ультразвуковое доплеровское сканирование (УЗДС) вен нижней конечности. Чувствительность и специфичность данного исследования составляет более 90%, однако оно менее точно при дистальном ТГВ. В таком случае целесообразным является проведение компьютерной томографии и магнитно-резонансной венографии, поскольку сохраняется высокий индекс подозрения тромбоза глубоких вен. [5]

Результаты исследования:

Пациент Д., 58 лет, поступил в отделение сосудистой хирургии БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» для консервативной терапии в неотложном порядке 10 марта 2022 года, 6 марта 2022 года упал на улице, ударился головой. На УЗИ с ЦДК вен нижних конечностей выявлен флотирующий флеботромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Был госпитализирован с 10 марта по 21 марта 2022 года. По данным ультразвукового дуплексного сканирования вен нижних конечностей – вены левой нижней конечности свободно проходимы, кровоток по доплеру фазный.

Общий осмотр: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, АД 130/70 мм. рт. ст., ЧСС 78 в минуту.

Анамнез жизни: родился в г. Ижевск; рос и развивался без особенностей; образование высшее. Работает оператором в ОАО ИЖавиа; бытовые условия: живет в квартире, питание: регулярное; семейное положение: женат, дети: нет;



наследственность неотягощена; вредные привычки отрицает; перенесенный заболевания: простудные.

Гепатиты В и С, ВИЧ, туберкулез, венерические заболевания, сахарный диабет, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки отрицает. Аллергологический анамнез: наличие аллергических реакций, непереносимости лекарственных препаратов отрицает.

Объективно: Общее состояние удовлетворительно, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски чистые. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, перкуторный звук легочной, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, выслушивается систолический шум у основания грудины, на верхушке. Пульс 72 уд./мин, ритмичный на обеих руках. Артериальное давление на обеих руках 130/70 мм рт.ст. Пульсация на периферических артериях отчетливая. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги, безболезненная. Перистальтика выслушивается. Почки не пальпируются, симптом сотрясения отрицательный. Нижние конечности физиологической окраски, правая голень и стопа багрово-цианотической окраски. Отек на нижних конечностях; справа до уровня коленного сустава, боль при пальпации мышц задней группы правой голени, а также в проекции сосудисто-нервного пучка правого бедра до паховой области. Симптомы глубокого тромбоза: положительные справа, отрицательные слева. Мочеиспускание в норме.

Инструментальные методы диагностики:

10.03.22 Рентгенография грудной клетки. Атеросклероз аорты. Перибронхиальный фиброз. Базальный плевральный фиброз. Гипоплазия 1 ребра справа. Правосторонний сколиоз.

10.03.22 Эхокардиография. Размеры камер сердца в пределах нормы. Ократимость ЛЖ удовлетворительная. Диагностическая дисфункция ЛЖ по 1 типу. Атеросклероз аорты.

11.03.22 Ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей. Вены левой нижней конечности свободно проходимы, кровоток по доплеру фазный.

Предварительный диагноз: I80.2. Флебит и тромбоз глубоких вен нижней конечности

Основное заболевание: I80.2. Острый тромбоз глубоких вен правой нижней конечности с флотацией головки на уровне общей бедренной вены.

Лечение:

Пациент госпитализирован для консервативной терапии.

Режим: постельный

Диета: ОВД

10.03.22 – ЦНП на правую нижнюю конечность

С 10.03.22 по 21.03.22 назначены ривароксабан 2р/д., диосмин 600 мл 1р/д.

С 10.03.22 по 13.03.22 – диклофенак 3,0 мл

С 14.03.22 по 21.03.22 – эластический компресс с применением гепатромбина, повязка на правую нижнюю конечность

Заключение:

Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдением флеболога

Рекомендации: продолжить прием ривароксабан 2р./день, диосмин 600 мг 1р./день. Ношение компрессионного трикотажа 2 класса.

Жалобы: активных нет

Болевой синдром купирован, отеки правой нижней конечности значительно уменьшились. Назначен контрольный осмотр через 2 месяца с выполнением УЗИ контроля вен конечностей.

Локальный статус: Состояние удовлетворительно, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 72 уд/мин. АД 120/80 мм. рт. ст. Живот не вздут, участвует в дыхании. Пальпаторно мягкий. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

Пациенту была оказана своевременная медицинская помощь, проведена консервативная терапия, что позволило предотвратить дальнейшее тромбообразование.

Список литературы

1. Флебология: Руководство для врачей / Под ред. В. С. Савельева. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.
2. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений // Флебология (прил.). — 2010. — Т. 4. — Вып. 2. — № 1. — 2010. — 37 с.
3. Клиническая ультразвуковая диагностика патологии вен нижних конечностей / Ю.В. Новиков [и др.]; под ред. Ю.В. Новикова. – Кострома: ДиАр. 1999. – 72с.
4. Кириенко А. И., Матюшенко А. А., Андрияшкин В. В. Острый тромбоз вен. — М.: Литтерра, 2006. — 108 с.
5. Клиническая ангиология: Руководство для врачей: В 2 т.: Т. 1. Под ред. А. В. Покровского. — М.: Медицина, 2004. — 808 с.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВОГО ЗОБА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Сафиуллин А.Н., Селимханов Э.Ш., Леднева А.В.

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

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

Введение. Заболевания щитовидной железы, в частности узловой патологии, имеет широкую распространенность особенно на йододефицитных территориях России [1][2]. В условиях дефицита йода распространенность зоба может достигать 90% [2]. По данным ВОЗ, в условиях дефицита йода живут более 2 млрд человек, среди них почти у 700 млн человек выявлен эндемический зоб [1]. По различным данным от 15 до 40% населения России страдают от тиреоидных патологий, при этом в отдельных регионах процент пациентов, нуждающихся в лечении, приближается к 95% [2]. Актуальность узлового зоба щитовидной железы складывается из высокой эпидемиологической обстановки в эндемичных районах России, дифференциации формы заболеваний щитовидной железы,

исключение злокачественного новообразования железистого эпителия щитовидной железы.

Цель и задачи исследования. Проанализировать клинический случай узлового зоба щитовидной железы при нормальных показателях тиреотропного и тиреоидных гормонов.

Материал и методы исследования. Анализ клинического случая по данному заболеванию на базе хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР». Изучение и анализ литературы по данному исследованию.

Результаты и их обсуждение. Пациентка Т. 40 лет поступила в хирургическое отделение Первой Республиканской клинической больницы г. Ижевска 9 марта 2023 года в плановом порядке с жалобами на наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, безболезненного, периодического дискомфорта при глотании. Из анамнеза известно, что узел в щитовидной железе впервые обнаружен 1 месяц назад. Признаков тиреотоксикоза не было. Обследована, консультирована эндокринологом, выполнена пункционная биопсия щитовидной железы. Госпитализирована для оперативного лечения.

При поступлении состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Изменений голоса, затруднения глотания и дыхания не отмечает. Тошноты, рвоты нет. Стул регулярный, нормальный. Мочеиспускание в норме. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Состояние подкожно-жировой клетчатки несколько повышенного питания. При физикальном исследовании дыхательной и сердечно-сосудистой систем, органов брюшной полости патологических изменений не выявлено.

Локальный статус: поверхность шеи деформирована за счет увеличенной левой доли щитовидной железы. При пальпации в левой доле железы определяется узел 5х3х4 см, округлый, эластической консистенции, безболезненный, смещаемый, с окружающими тканями не связан. Правая доля железы не пальпируется. Шейные лимфоузлы не увеличены. Кожные покровы шеи – без особенностей.

Лабораторное исследование клинического анализа крови показал повышенный показатель эритроцитов и в пределах референсного значения гемоглобин, сниженный объем эритроцитов и сниженное среднее содержание гемоглобина в эритроците, повышение ширины распределения эритроцитов по объему, повышение абсолютного показателя лимфоцитов, повышение тромбоцитов и тромбокрита. По имеющимся данным предполагается гипохромная анемия, анизоцитоз со склонностью к микроцитозу, лимфоцитоз, тромбоцитоз [3]. Перечисленные морфологические характеристики не позволяют отличить железодефицитную анемию от, так называемой, «анемии хронических заболеваний», в основе которой лежит перераспределительный дефицит железа, связанный с наличием в организме очага воспаления, инфекции или опухоли [3]. В клиническом анализе мочи наблюдалась гипостенурия. В биохимическом анализе крови наблюдалась незначительная гиперпротеинемия и гиперхолестеринемия. Показатели свертывающей системы крови в пределах нормы.

Исследование гормонов показало: Т4 свободный – 10,9 pmol/l (референсный интервал 9,3 – 24,5), ТТГ – 1,43 mIU/mL (референсный интервал 0,4 – 4). Данные показатели находились в пределах нормы. Антитела к тиреоидной пероксидазе 3,68 uIU/ml (референсный интервал 3,3 – 28,3). По последнему показателю исключается аутоиммунный характер заболевания щитовидной железы [4].

УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез с цветовым доплеровским картированием показал признаки очагового образования левой доли щитовидной железы (рис. 1), по шкале TI-RADS 4 – средний риск злокачественного образования.

Рисунок 1

Снимок ультразвукового исследования щитовидной железы с цветовым доплеровским картированием



Для исключения рака щитовидной железы проводится тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия (ТАПБ) [5].

Цитологическое заключение ТАПБ показал узловой коллоидный пролиферирующий зоб с тенденцией к образованию фолликулярных структур (аденоматоз), Bethesda II. По системе классификации Bethesda весь пункционный материал разделяется на 6 четких диагностических категорий, II категория подразумевает доброкачественное течение, одним из вариантов цитограмм является коллоидный и аденоматозный зоб [6].

На основании имеющихся жалоб, анамнеза, физикального, лабораторного и инструментального обследования выставлен клинический диагноз – узловой зоб 2 степени по ВОЗ, эутиреоз. Рекомендовано – оперативное лечение.

10.03.2023 г. под интубационным наркозом пациенту было проведено оперативное вмешательство по поводу гемитиреоидэктомии левой доли (рис. 2)

## Рисунок 2

### Удаленная левая доля щитовидной железы после гемитиреоидэктомии



Ход операции: Косым разрезом на передне-боковой поверхности шеи была послойно обнажена левая доля щитовидной железы с пересечением мышц передней поверхности шеи. Выделена левая доля щитовидной железы размером 5х6 см. После перевязки верхних и нижних щитовидных сосудов слева удалена левая доля щитовидной железы. Рана послойно ушита, на кожу наложен косметический шов.

Заключение. В диагностике заболеваний щитовидной железы необходимым условием является своевременное выявление риска развития, или уже развившегося, злокачественного образования, т.к. от этого будет зависеть дальнейшее лечение пациента. Пациентке 40 лет с диагнозом узловой зоб 2 степени по ВОЗ, эутиреоз провели оперативное вмешательство – гемитиреоидэктомию левой доли для того, чтобы исключить дальнейшее прогрессирование заболевания.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации «Заболевание и состояния, связанные с дефицитом йода» 2020, разработанные Российской ассоциацией эндокринологов, Российской ассоциацией врачей ультразвуковой диагностики – Утверждены Минздравом РФ.
2. Порываева, Е.Л. Оптимизация диагностики и хирургического лечения узловых форм зоба : хирургия 14.01.17 диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук/ Порываева Екатерина Леонидовна ; Ижевская государственная медицинская академия. – Ижевск, 2018 – 130 с. - Библиогр.: с. 13. - Текст : непосредственный.
3. Клинические рекомендации «Железодефицитная анемия» 2021-2022-2023 (09.09.2021), разработанные Национальным гематологическим обществом, Национальным обществом детских гематологов и онкологов – Утверждены Минздравом РФ.
4. Самыкина, Л.Н. Распространенность носительства антител к тиреоидной пероксидазе как показатель риска развития тиреоидной патологии / Сказкина О.Я., Богданова Р.А., Федосейкина И.В., Дудина А.И., Ибрагимов И.М. – Текст :

электронный // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2009. т. 11, №1(5). – С. 1024-126. <https://cyberleninka.ru/article/n/rasprostranennost-nositelstva-antitel-k-tireoidnoy-peroksidaze-kak-pokazatel-riska-razvitiya-tireoidnoy-patologii/viewer> (дата обращения 11.03.2023). - Режим доступа: Научная электронная библиотека «КиберЛенинка».

5. Ультразвуковая оценка узлов щитовидной железы по шкале TI-RADS : препринт № ЦДТ – 2020 – IV / сост. Е. П. Фисенко, Н. Н. Ветшева, Ю. П. Сыч [и др.] // Серия «Лучшие практики лучевой и инструментальной диагностики». – Вып. 71. – М. : ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ», 2020. - 40 с.

6. Абросимов, А.Ю. Система классификации цитопатологии щитовидной железы бетесда (пересмотр 2017 г.). Перспективы диагностики опухолей щитовидной железы и оптимизация тактики ведения пациентов. / Абросимов А.Ю., Абдулхабирова Ф.М. – Текст : электронный // Новости клинической цитологии России. – 2017. Том 21, № 3–4. – С. 23-31. <https://cyberleninka.ru/article/n/cistema-klassifikatsii-tsitopatologii-schitovidnoy-zhelezy-betesda-peresmotr-2017-g-perspektivy-diagnostiki-opuholey-schitovidnoy/viewer> (дата обращения 11.03.2023). - Режим доступа: Научная электронная библиотека «КиберЛенинка».

## **РЕДКОЕ АУТОИММУННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: БОЛЕЗНЬ СТИЛЛА ВЗРОСЛЫХ**

Киселева Н.С., Иванченко Е.Ю.

Научный руководитель: Иванченко Е.Ю. – к. м. н., доцент кафедры терапии и кардиологии

ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Введение. Болезнь Стилла взрослых (БСВ)- аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии с частотой встречаемости 0,16 случаев на 100 тыс. населения, дебютирующее с лихорадки неясного генеза [1]. Заболевание не имеет патогномоничных симптомов и специфических лабораторных изменений. В связи с этим нередко возникают трудности в постановке диагноза и лечении таких пациентов.

Цель исследования. На примере клинического случая показать сложности диагностики и постановки диагноза БСВ.

Материалы и методы. Обзор клинического случая проводился путем изучения медицинской документации пациента.

Результаты исследования. Пациентка Н., 49 лет, поступила в ГБУЗ НО ГКБ №5 с жалобами на мышечные боли, лихорадку до 40°, жжение языка и язвы в полости рта. Свое плохое самочувствие связывала с перенесенной 2,5 месяца ранее вакцинацией от COVID-19, недельным приемом противовирусных препаратов. На фоне терапии антибиотиками (цефтриаксон, ванкомицин) и нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) (ибупрофен) появилась сыпь на туловище и конечностях, боль в горле, ограничения движений в лучезапястных суставах, сохранялся субфебрилитет. При осмотре: состояние пациентки оценивалось как относительно удовлетворительное. Температура тела-37,5°. Мелкопятнистые папулезные ярко-розовые высыпания на коже по всему телу. Отмечались боль и ограничения движений в лучезапястных суставах. Доступные для пальпации лимфоузлы не

были увеличены. Дыхание везикулярное. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца приглушенные, ритмичные с ЧСС 87 в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. В лабораторных данных было выявлено повышение СОЭ до 87 мм/ч, лейкоцитоз до 10 тысяч, С-реактивного белка до 147,9 мг. Острофазовые показатели деструкции соединительной ткани (ревматоидный фактор(РФ) и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду(АЦЦП)) были отрицательные. Лабораторные маркеры диффузного заболевания соединительной ткани (антинуклеарные антитела и антитела к антигенам цитоплазмы нейтрофилов) также были отрицательными. Отмечалось повышение уровня печеночных трансаминаз (АЛТ-121 Ед/л, АСТ-140 Ед/л) в 3 раза выше нормы. Консультирована гематологом, инфекционистом, аллергологом: патологии не выявлено. Пациентке было проведено развернутое инструментальное обследование-патологии также не было выявлено. На основании полученных данных (фебрильная лихорадка, суставной синдром, полиморфная сыпь, лейкоцитоз, боль в горле, отрицательные РФ и АЦЦП) был выставлен диагноз: болезнь Стилла взрослых.

Трудности в постановке диагноза возникли из-за преобладания общих симптомов воспаления над местными симптомами (сыпь, суставной синдром), поэтому дифференциальная диагностика заболевания потребовала большего объема исследований.

Болезнь Стилла взрослых – редкая клиническая форма ревматоидного артрита, протекающая под маской инфекционного синдрома с фебрильной лихорадкой и катаральными явлениями. Широкий дифференциально-диагностический поиск, отсутствие патогномоничных симптомов доказывает, что БСВ является диагнозом исключения.

Список литературы:

1. Болезнь Стилла у взрослых (клинические наблюдения) / М.З.Каневская, Т.Б. Кондратьева // Клиницист. – 2018. –12(1) –С.57–62.

## **НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Балицкая А.А.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры неврологии, медицинской генетики Михайлов С.Н.

Оренбургский государственный медицинский университет

Введение. Инсульт является социально значимой проблемой. Во многих других странах, в том числе и России, данное заболевание занимает первое место по причине смертности. По данным всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире наблюдается регистрация 10 миллионов случаев инсульта, из которых 7 миллионов заканчиваются летальным исходом. В Оренбургской области с 2013 по 2019 год статистика по данной патологии имела тенденцию к постоянному прогрессированию и составляла 435,9 на 100 тысяч населения. За последние несколько лет – 2020–2021 годы наблюдается

положительная тенденция в статистике – снижение заболеваемости, которое достигло отметки 376,6 на 100 тысяч населения.

Цель. Провести диагностическое исследование пациентам, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) с целью формирования индивидуальной дальнейшей программы реабилитации.

Задачи.

1. Провести диагностическое исследование с использованием индекса ходьбы Хаузера (ИХХ).
2. Осуществить диагностическое неврологическое исследование – тест руки Френчай (ТРФ).
3. Сделать выводы о проведенных исследованиях.

Материалы и методы. Нами были проведены диагностические пробы – индекс ходьбы Хаузера (ИХХ), тест руки Френчай (ТРФ). Исследование проводилось в ГБУСО ГЦ Долголетие г.Оренбурга, в котором участвовали 7 женщин в возрасте от 65-85 лет и 3 мужчины в возрасте от 70-80 лет. У всех пациентов были взяты – добровольное согласие на обработку персональных данных и добровольное согласие на проведение диагностического исследования.

Результаты и обсуждения. Для исследования локомоторной функции использовался ИХХ, включающий распределение пациентов по 10 градациям в зависимости от необходимости внешней помощи, использования приспособлений для передвижения и времени прохождения тестового расстояния. Деление на градации основывается на качественных и количественных признаках (скорость ходьбы, одно- и двухсторонняя поддержка). ТРФ используется для оценки функции пораженной руки с осуществлением выполнений заданий пораженной рукой с различными предметами. По результатам ИХХ: 20% пациентов осуществляют ходьбу с двусторонней поддержкой, пользование инвалидной коляской: более 25 секунд; 20% ходят с односторонней поддержкой: 25 секунд и быстрее; 20% перемещаются только в инвалидной коляске с внешней помощью; 30% ходят с односторонней поддержкой: более 25 секунд; 10% - ходят без посторонней помощи и вспомогательных средств: 20 секунд и быстрее. По результатам ТРФ: у 60% пациентов функция руки не нарушена; у 30% имеются трудности в выполнении одного из 5 заданий; у 10% пациентов выполнение заданий невозможно.

Выводы. Приведенные исследования позволяют сформировать дальнейшую индивидуальную программу реабилитации с применением физических методов.

## **ПРОВЕДЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК ВРАЧА АКУШЕРА ГИНЕКОЛОГА» У СТУДЕНТОВ ИНСТИТУТА КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ФГБОУ ВО АГМУ МЗ РФ**

Бельницкая О.А., Батанова Е.В.

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава  
России

В системе преподавания акушерства важным звеном является производственная практика как завершение изучения дисциплины на 4 курсе. Производственная практика по акушерству является частью общей производственной практики обучающихся института клинической медицины.



Целью практики является приобретение практических навыков и формирование общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций в сфере профессиональной деятельности в соответствии с требованиями к уровню подготовки выпускника (специалиста).

Базой для прохождения практики является акушерский стационар и женская консультация. Участие студента в работе медицинского учреждения проходит в качестве помощника врача. Руководителем практики является куратор кафедры. Он же распределяет студентов по всем структурным подразделениям таким образом, чтобы за время прохождения практики каждый обучающийся смог пройти все структурные подразделения акушерского профиля.

Перед началом производственной практики проводится инструктаж, где кафедральный куратор распределяет студентов по отделениям, объясняет особенности работы в каждом отделении и определяет объем практических навыков, которыми студент должен овладеть. За время прохождения практики студенты выполняют учебно-исследовательскую работу и оформляют ее результат в виде реферата или мультимедийной презентации. Самостоятельная работа студентов осуществляется в отделениях акушерского стационара или на участке женской консультации под руководством практикующего врача, который контролирует качество работы. Студенты, проявляющие деловую активность, с интересом работающие с пациентами, получают большую возможность участвовать во врачебных обходах, операциях и на родах.

Основным отчетным документом студента является дневник, который заполняется студентом ежедневно. В последний день практики студентом оформляется сводный отчет о выполненной работе.

Промежуточная аттестация проводится в форме зачета с оценкой кафедральным куратором в несколько этапов. Первый этап - оценка отчетной документации, которая дает представление о степени самостоятельности студента, проведенной им санпросвет работы, и результатов учебно-исследовательской работы студента. Второй этап – компьютерное тестирование, третий – сдача обязательных практических навыков и умений у постели беременной и собеседование по неотложной помощи. Итоговая оценка по практике складывается из суммы баллов отчетной документации, компьютерного тестирования, приема практических навыков с учетом весовых коэффициентов.

Таким образом, в ходе прохождения практики используются, пополняются и углубляются все теоретические знания и практические навыки, полученные студентами при изучении физиологического и патологического акушерства на занятиях.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА СТАЦИОНАРА». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ПАХОВАЯ ГРЫЖА»**

Вершинина А.Б., Матвеева У.В., Мухаметзянова А.И.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

Научный руководитель- д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии  
Стяжкина С.Н.

Цель: Проверка и закрепление знаний по теме паховая грыжа, полученные при изучении дисциплины факультетской хирургии; дальнейшее углубление и совершенствование практических навыков, приобретенных в ВУЗе, ознакомление с организацией лечебного дела и условиями работы врача в городе, а также с основами организациями здравоохранения и противоэпидемической работы, закрепление практических навыков по санитарно-просветительной работе.

Задачи: Знание основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, изучаемых нозологических форм; Овладение алгоритмом формулировки предварительного и развернутого диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней; Знание принципов диагностики и лечения паховой грыжи;

Приведен клинический случай из практики по данной патологии на базе хирургического отделения БУЗ УР "Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР"

Грыжевой мешок вскрыт пустой, около ворот грыжевого мешка располагается аппендикулярный отросток подтянут. Аппендикулярный отросток инъецирован, утолщен. Вероятней всего отросток располагался в грыжевом мешке.

На основании жалоб, анамнеза, объективных данных и лабораторных данных установлен клинический диагноз: Большая вправимая правосторонняя пахово-мошоночная грыжа. Проведено оперативное лечение: Грыжесечение, пластика местными тканями, под местной анестезией. Установлен заключительный клинический диагноз: Большая пахово-мошоночная вправимая правосторонняя грыжа. Хронический аппендицит в стадии обострения. Наблюдалась положительная динамика, пациент выписан в удовлетворительном состоянии, послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

## **ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ**

Иванченко Е.Ю., Вайсберг А.Р., Гарбуз М.Е.

Научные руководители: Иванченко Е.Ю. – к.м.н., доцент кафедры терапии и кардиологии, Вайсберг А.Р. – к.м.н., доцент кафедры терапии и кардиологии

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Приволжский исследовательский медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение и актуальность. Гипотиреоз — клинический синдром, вызванный продолжительным стойким недостатком гормонов щитовидной железы (ЩЖ) или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне. По данным

исследования NHANES-III, распространенность первичного гипотиреоза составила 4,6% (0,3%—явный, 4,3%—субклинический). Клиническая картина варьирует в зависимости от длительности и выраженности снижения тиреоидных гормонов, возраста, пола, сопутствующих заболеваний.

Цель исследования. На примере клинического случая продемонстрировать особенности поражения органов желудочно-кишечного тракта и в частности печени у пациента с гипотиреозом.

Результаты. Во время прохождения производственной практики «Помощник врача стационара» к гастроэнтерологу обратилась пациентка А., 28 лет, с жалобами на тянущие боли в правом подреберье после приема жирной и острой пищи, сухость и горечь во рту, тошноту по утрам, снижение аппетита, вздутие живота, метеоризм, запоры, требующие приема слабительных 2-3 раза в неделю, снижение аппетита, увеличение массы тела на 5 кг за 3 месяца, общую слабость, утомляемость. По этому поводу в течение последних 2 лет неоднократно проходила лечение у гастроэнтеролога без существенного эффекта. Указанные жалобы усилились в течение 3 недель перед обращением.

При осмотре: обратили на себя внимание избыточное питание (ИМТ 28,9 кг/м<sup>2</sup>), пастозность лица, некоторая бледность кожи, умеренная сухость локтей. При пальпации живота определялась болезненность в эпигастрии и правом подреберье, положительный симптом Ортнера, пальпировался мягкий, безболезненный край печени +0,5-1 см из подреберной дуги. Данные инструментальных методов соответствовали результатам годичной давности: при ФГДС выявлен гастроэзофагеальный рефлюкс-эзофагит (тип А), неатрофический гастрит (тип В), хеликобактер (НР)–отрицательный; УЗИ органов брюшной полости обнаружены диффузные изменения печени (гепатоз 1 ст.) и поджелудочной железы, признаки хронического некалькулезного холецистита, деформация и полипоз желчного пузыря с явлениями холестаза.

При лабораторном исследовании: гипохромная анемия легкой степени: Нв 108 г/л, МСН 26 пг (27,0-34,0), минимальные проявления синдрома цитолиза и холестаза: АсАТ 53 Е/л, АлАТ 40 Е/л, ГГТП 84, ЩФ 162 Е/л, билирубин общий 23,8 мкмоль/л, общий холестерин 6,5 ммоль/л, ЛПНП 4,3 ммоль/л, триглицериды 2,4 ммоль/л. При дообследовании подтверждено наличие первичного субклинического гипотиреоза: повышение ТТГ 9,8 мкМЕ/мл (0,35–4,94) при нормальном уровне св. Т4 9,5 (9,01 – 10,05) пмоль/л; повышение титра АТ ТПО до >1000 МЕ/мл; выявление при УЗИ щитовидной железы признаков аутоиммунного тиреоидита: неоднородная структура, снижения эхогенности, объем не увеличен – 14,2 мл.

Трудности диагностики на догоспитальном этапе у данной пациентки обусловлены преобладанием в клинической картине жалоб со стороны органов желудочно-кишечного тракта при отсутствии классических для врача общей практики симптомов гипотиреоза.[2] Для гипотиреоза в целом характерна полиморфная симптоматика, описаны многочисленные «маски» гипотиреоза: кардиологические, ревматологические, нефрологические, неврологические, гематологические, гинекологические, дерматологические и др. В поздней диагностике сыграло свою роль постепенное развитие симптомов заболевания.

Заключение. Частые рецидивы и недостаточный эффект проводимой терапии при таких заболеваниях как гепатит, синдром холестаза, дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу, желчекаменная болезнь, запоры требует исключения гипотиреоза. Знание многочисленных клинических «масок» гипотиреоза, затрагивающих практически всю клинику внутренних болезней, позволяет заподозрить и подтвердить этот диагноз даже на догоспитальном этапе и своевременно начать заместительную терапию.

Список использованной литературы.

1. McQuillan GM, McLean JE, Chiappa M, Lukacs SL. National Health and Nutrition Examination Survey biospecimen program: NHANES III (1988–1994) and NHANES 1999–2014. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 2(170). 2015. – ISBN 0-8406-0671-0. – URL: [https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_02/sr02\\_170.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_02/sr02_170.pdf) – Текст : электронный.
2. Выявление факторов риска развития дисбиоза у лиц молодого возраста с метаболическим синдромом и без него с помощью информационно-компьютерных технологий / Шевченко Е.А., Загребин Е.А., Чилипёнок А.С., Залетина А.В., Успенский В.И., Иванченко Е.Ю., Кочеткова А.В. – Текст : непосредственный // МЕДИЦИНСКИЙ АЛЬМАНАХ : научно-практический журнал / учредитель и редактор Приволжский исследовательский медицинский университет – Нижний Новгород, 2019, N 1 (58). – С. 44-47. – ISSN: 1997-7689.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЭКЗАНТЕМЫ.**

Ли Ген Мин

Научные руководители - ассистент Долгих Т.А., к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией Зотова А.В.  
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Актуальность: Дальний Восток является эндемичным регионом по заболеваемости геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС). Ежегодный показатель составляет в среднем 2 на 100 тыс. населения и регистрируется, в основном, среди жителей Приморского и Хабаровского краев, Еврейской автономной и Амурской областей [1].

Цель исследования: изучить особенности клинического течения, диагностики и лечения ГЛПС.

Материалы и методы: клинико-лабораторный анализ истории болезни пациента Г. 48 лет.

Результаты: заболевание началось с лихорадочного периода (фебрильная температура тела, озноб, головная боль) – продолжительностью 3-е сут. Олигурический период протекал в течение 6-и дней с уменьшением диуреза, потемнением мочи и гипертермией. Полиурический период длился 10 дней с явлениями никтурии, суточный диурез максимально составил до 5 л. С момента клинических проявлений геморрагической экзантемы не регистрировалось.

Из эпидемиологического анамнеза было установлено, что пациент является сельским жителем. Накануне самостоятельно извлек труп крысы из капкана в сарае.

В общеклиническом обследовании: продолжительно регистрировались ускорение СОЭ и умеренный цитолитический синдром, кратковременная гиперфибриногенемия, гиперазотемия. По данным ИФА (на 10-е сут. заболевания) на Хантаан вирус получен положительный результат. УЗИ почек: деформация чашечно-лоханочного комплекса обеих почек. Умеренные диффузные изменения в паренхиме почек. Заключительный клинический диагноз: Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, среднетяжелая форма (ИФА ХантаанIgM «+»).

Пациенту была проведена комплексное лечение - антибактериальная (цефепим) и инфузионная терапия, спазмолитики, ингибиторы протонной помпы. На 14-е сут. от начала госпитализации был выписан с клиническим выздоровлением. Жалобы на момент выписки отсутствовали.

Выводы: сложностью дифференциальной диагностики ГЛПС на начальном этапе явилось отсутствие типичных геморрагических проявлений на коже при наличии других клинических симптомов, несмотря на характерный эпидемиологический анамнез.

Список литературы:

1. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом у взрослых: клинические рекомендации / Международная ассоциация специалистов в области инфекций, 2016.-С. 10-15 / КР347.

## **ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ГЕРПЕС КАК ОСЛОЖНЕНИЕ НА ФОНЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ.**

Маринина А.О.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Минздрава России

Научный руководитель - ассистент кафедры кожных и венерических болезней  
Ускова К.А.

Актуальность. Системная красная волчанка (СКВ) – хроническое мультифакториальное аутоиммунное заболевание соединительной ткани неизвестной этиологии, особенностью которого являются нарушения гуморального и клеточного иммунитета. Клинические проявления СКВ характеризуются выраженным клиническим полиморфизмом с вовлечением многих органов и систем. Современная терапия СКВ направлена на контроль над активностью заболевания, восстановление нарушенного баланса иммунной системы, минимизацию органного поражения и улучшение качества жизни пациента. Осложнения, в том числе инфекционные, возникающие при СКВ, могут быть обусловлены длительным приемом иммуносупрессивной терапии, а также прогрессированием самого заболевания. Цель исследования состояла в описании случая возникновения опоясывающего герпеса на фоне иммуносупрессивной терапии у пациента с системной терапией при СКВ.

Материалы и методы. При прохождении производственной практики был проведен сбор анамнеза жизни и заболевания пациента, физикальный осмотр, оценка результатов лабораторных исследований, полученных из медицинской документации.

Результаты исследования. Пациент Б., 52 года, более 5 лет наблюдаются проявления фотодерматита, алопеции, хейлита, эпизоды лихорадки и артралгий. К дерматовенерологу обратился с явлениями выраженной дисхромии кожи в сочетании со «свежими» высыпаниями. В лабораторном исследовании: повышение титров АНА, АТ к ДНК, анти-RNP/SM, анти-SM, анти-SSA, анти-Ro-52, анти-Rib.P-Protei, снижение C3-C4 компонентов комплемента, АТ к кардиолипину (КЛ). Пациенту поставлен диагноз: СКВ, хроническое течение, активность III степени, с поражением кожи и слизистых, сосудов, мышц, ЦНС, почек. Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь III степени, риск 4; Хронический гепатит неуточненный. Пациенту была назначена системная терапия глюкокортикостероидами (ГКС) и противомаларийными препаратами. Был достигнут хороший клинический эффект, однако пациент не соблюдал рекомендации врача по изменению образа жизни. При снижении дозы системной терапии наблюдалось резкое ухудшение состояния – генерализованные судорожные припадки, лихорадка, спутанность сознания. При госпитализации в биохимическом анализе крови: амилаза 66 Ед/л, ЩФ – 108 Ед/л, ГГТП – 422 Ед/л, общий билирубин – 14,2 мкмоль/л, прямой билирубин – 9,3 мкмоль/л, непрямого билирубин – 5,0 мкмоль/л, креатинин – 69 мкмоль/л, АСТ – 46,2 Ед/л, АЛТ – 187,7 Ед/л, КФК – 49 Ед/л, АТ к В2-ГП1 – 3,0 Ед/мл, АТ к КЛ – 8,1 Ед/мл, РФ – отрицательно. Коагулограмма: АЧТВ – 24,5 сек, МНО – 0,98, ПВ – 13,2 сек, фибриноген – 3,29 г/л, волчаночный антикоагулянт – отрицательно. В общем анализе мочи: удельный вес 1030, рН 5,0, белок – отрицательно, лейкоциты – 0-1, эритроциты – отрицательно. На фоне проведенной пульс-терапии ГКС наблюдалась нормализация температуры, исчезновение судорожных припадков, нормализация уровня КФК, купирован кожный синдром. Через месяц назначено контрольное исследование общего анализа крови – без патологии, биохимического анализа крови – ГГТП 171,36 Ед/л, общего анализа мочи и микроскопии осадка – повышение удельного веса 1036 мг/г, кристаллурия. После проведенной пульс-терапии отмечалась болезненность по ходу иннервации нервов, появились гиперемированные пятна в области верхней половины туловища, в пределах которых через несколько дней сформировались сгруппированные пузырьки с серозным содержимым. Был выставлен диагноз «Опоясывающий герпес» и назначена противовирусная терапия.

Заключение. При отсутствии должного лечения, систематического осмотра пациента специалистом при проведении системной терапии СКВ увеличивается риск развития осложнений, включая инфекционные.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА  
ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА».  
РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ  
«ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО  
ПАНКРЕОНЕКРОЗА».**

Сабирзанов Р.Р., Якимов Д.А., Исаев Д.Н.

ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии

Исаев Д.Н.

Несмотря на современные методы интенсивной терапии и хирургического лечения, острый панкреатит занимает высокий процент летальности среди острых хирургических патологий органов брюшной полости.

Основная проблема при остром панкреатите — токсемия за счет ферментов поджелудочной железы. Лечение зависит от формы и тяжести заболевания, может быть консервативной или хирургической. При хирургическом лечении выделяют два метода — «полуоткрытый» и «открытый». Выбор метода зависит от преимущественного распространения некротического поражения.

Цель исследования: изучить особенности хирургического лечения инфицированного панкреонекроза на клиническом случае.

Женщина, 38 лет. Г. Ульяновск, ГУЗ «ЦК МСЧ им. ЗВР В. А. Егорова», хирургическое отделение. Особенность данного клинического случая заключается в длительной интенсивной терапии с прогрессированием осложнений и дальнейшим успешным лечением. После двухдневной консервативной терапии в хирургическом отделении отмечается отрицательная динамика и кетоацидоз, пациентка переводится в АРО. На фоне эндотоксикоза отмечается психомоторное возбуждение, азотемия более чем в 4 раза за последние 5 суток, развитие почечной недостаточности, выделение из посева крови *Enterococcus faecalis*. На фоне медикаментозной седации, антибактериальной и заместительной почечной терапии на 15 день выполнено хирургическое лечение с последующим микробиологическим исследованием раневого отделяемого.

Проведена средне-срединная лапаротомия, ревизия сальниковой сумки, некросеквестрэктомия, оментобурсостомия, дренирование сальниковой сумки, санация и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Выделен полирезистентный *Acinetobacter Baumannii* 10<sup>8</sup>КОЕ.

На 22 сути выполнена релапаротомия, некросеквестрэктомия, оментобурсостомия, дренирование сальниковой сумки. Выделен полирезистентный штамм *Pseudomonas aeruginosa* 10<sup>8</sup>КОЕ. Антибактериальная терапия скорректирована. Амикацин 2.0 в/в/к 1р/д+ цефоперазон/сульбактам 2.0+2.0 в/в 3р/д.

На 38 сутки пациентка в удовлетворительном состоянии выписана.

Выводы:

1. Прогрессирование эндотоксикоза при панкреатите приводит к развитию гнойных осложнений в брюшной полости и сальниковой сумке, и требует хирургического лечения.
2. При остром инфицированном панкреонекрозе может наблюдаться динамика микробного пейзажа.

3. В послеоперационном периоде необходима повторная коррекция антибактериальной терапии с учетом резистентности микрофлоры, получаемой по дренажному отделяемому.

Заключение: Успешный случай лечения острого панкреатита, осложненным в виде субтотального смешанного панкреонекроза с преимущественным поражением головки и тела поджелудочной железы и некрозом забрюшинного пространства с контаминацией полирезистентных штаммов микроорганизмов показал необходимость совершенствования методов лечения данной патологии.

## **ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ГАНГРЕНЫ**

Сомова А.Н.

Научный руководитель - ассистент, к.м.н., Афанасьева Татьяна Сергеевна,  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава  
России

Гангрена – это гибель тканей, вызванная недостатком кровоснабжения. Актуальность данной статьи связана с тем, что для пациентов, которым показана ампутация конечности, требуется особенный, тщательный уход и сильная моральная поддержка.

Цель. Выявление особенностей по уходу за больным, перенёсшим операцию по ампутации нижней конечности вследствие гангрены.

Задачи. Изучение литературных источников, посвящённых проблемам, связанным с уходом за пациентом с гангреной в до- и послеоперационном периоде, разработка алгоритма ухода за ампутированной конечностью.

Материал и методы исследования. В течение трёх недель проводилось наблюдение за пациентом гнойно-хирургического отделения Сарапульской ГБ, Мужчиной шестидесяти лет, экстренно поступившего в больницу с диагнозом гангрена левой стопы. В стационаре пациент получал медикаментозное лечение, ему выполнялись ежедневные перевязки с использованием перекиси водорода и мази Левомеколь. По истечении двух недель наблюдалась отрицательная динамика: увеличилась зона некроза левой стопы, появились нестерпимые боли в ноге, не проходящие отёки. В гнойно-хирургическом стационаре мужчина проконсультирован врачом-ангиохирургом, и на основании заключения ангиохирурга, пациенту показана ампутация левой нижней конечности по средней трети бедра. В Сарапульской ГБ пациенту проведена экстренная операция по ампутации левой нижней конечности по средней трети бедра, дезартикуляция тазобедренного сустава, некрэктомия. В послеоперационном периоде пациенту были назначены обезболивающие внутримышечные инъекции, капельницы и антибиотикотерапия. Ежедневно пациента наблюдал врач-хирург, выполнялись перевязки культи, осуществлялось наблюдение за дренажами. Начиная с четвертого дня после операции больному показано вставать на здоровую ногу. Пациент способен самостоятельно подниматься с постели, садиться на кресло-каталку и перемещаться в пределах отделения, мужчина также способен осуществлять гигиенические процедуры без помощи медицинского персонала.



Посредством проведённых медицинских вмешательств и должного сестринского ухода удалось добиться положительной динамики в лечении пациента. После операции по ампутации левой нижней конечности удалось предотвратить распространение патологического процесса на вышележащие органы и ткани, препятствовать интоксикации организма. Отеки после операции примерно на 3-4 день спали, пациент стал чувствовать себя значительно лучше. В начальном послеоперационном периоде приходилось прибегнуть к использованию болеутоляющих препаратов. На настоящий день пациент спокойно справляется без обезболивающих средств. Послеоперационная рана постепенно заживает, повязки не мокнут, нагноений и отёков культи нет. Пациент пребывает в бодром настроении, способен к самостоятельному передвижению при помощи кресла-каталки. В скором времени он будет готовиться к выписке, после снятия швов, и реабилитации в домашних условиях.

Таким образом, правильная врачебная тактика и качественный сестринский уход способствовали предотвращению развития патологического процесса в больших масштабах. Чтобы избежать развития опасной патологии, нужно внимательно относиться к собственному здоровью, не пренебрегать посещениями врача, соблюдать профилактические мероприятия, особенно, если вы относитесь к группе риска, как мужчина в данной работе, вести здоровый образ жизни, придерживаться принципов рационального питания, отказаться от вредных привычек

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ ПО ПОВОДУ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

Спиридонов Т.Р., Новикова Е.Д., Ельцов Т.О.

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

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

Цель исследования: предложить наиболее эффективную профилактическую стратегию ведения больных с холедохолитиазом в послеоперационном периоде, направленную на снижение риска развития пост-эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) панкреатических осложнений.

Материалы и методы. В исследование было включено 559 историй болезни пациентов с диагнозами К80.4 – камни желчного протока с холециститом и К80.5 – камни желчного протока без холангита или холецистита, 319 из которых – проходившие эндоскопическую папиллосфинктеротомию на базе хирургического отделения БУЗ «1 РКБ МЗ УР» г. Ижевск в период с 2015 по 2022 год. Из них терапию по поводу панкреатических осложнений получали 89,4% (285 пациентов). Доля больных с острым пост-ЭПСТ панкреатитом составила 48,4% (138) и панкреонекрозом – 7,7% (22).

Результаты. В ходе работы было выявлено, что проведение инъекций с имбибицией краев папиллотомной раны Эпинефрином снижала риск развития пост-ЭПСТ панкреатита (ПЭП), по сравнению с отсутствием лечения (5,8 против 16,4%; ОШ 0,62; 95% ДИ 0,49-0,76), что делает его наиболее эффективным препаратом для монопрофилактики ПЭП. Антисекреторные препараты являются

эффективным альтернативным Эпинефрину методом профилактики ПЭП, в особенности Соматостатин, который по сравнению с Октреотидом приводит к релаксации сфинктера Одди и снижению внутрипротокового давления (9,3 против 31,7%; ОШ 0,55; 95% ДИ 0,38-0,81). Ректальные НПВП показали значительное снижение риска ПЭП, причем в подгрупповом анализе 154 пациентов которые получали Диклофенак, риск развития ПЭП был ниже при назначении НПВП до процедуры по сравнению с его назначением после (6 против 22%, ОШ 0,71; 95% ДИ 0,44-0,825). Также включение в терапию большого объема внутривенной гидратации Реамберином привело к резкому уменьшению выраженности эндогенной интоксикации и снижению риска развития ПЭП по сравнению с гидратацией лактатом Рингера стандартного объема (6,8 против 32,9%; ОШ 0,47; 95% ДИ 0,52-0,87). При анализе 135 историй болезни на предмет взаимодействия с другими лекарственными средствами было выявлено, что комплексная профилактика, включавшая интраоперационные инъекции Эпинефрина в сочетании с ректальными НПВП и внутривенной гидратацией Реамберином, являлась наиболее эффективной и приводила к снижению риска развития ПЭП по сравнению с монотерапией Диклофенаком (9 против 20,5%; ОШ 0,52; 95% ДИ 0,54-0,72).

**Заключение.** Транспапиллярные вмешательства имеют ряд серьезных, а иногда и фатальных осложнений, в первую очередь таких как острый постманипуляционный панкреатит и панкреонекроз. Полученные результаты подтверждают целесообразность применения лечебного алгоритма профилактики постпапиллотомических осложнений при лечении холедохолитиаза.

## **ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ПОДОСТРОГО ТИРЕОИДИТА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

Фомин Н.А., Рудаков А.С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры терапии и кардиологии Вайсберг А.Р.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Минздрава России, г. Нижний Новгород, Российская Федерация

Подострый тиреоидит (ПТ) — это заболевание щитовидной железы (ЩЖ) воспалительного характера, вирусной этиологии, имеющее склонность к рецидивированию, для которого характерны болезненность в проекции ЩЖ, лихорадка, продолжительность от одной недели до нескольких месяцев, возможно появление симптомов тиреотоксикоза. Сообщается о возникновении ПТ после перенесенной коронавирусной инфекции, причем в ряде наблюдений вирус SARS-Cov-2 обнаруживался непосредственно в ткани ЩЖ. ПТ относится к достаточно редким заболеваниям (4,9 случая на 100 000 населения в год) и как большинство заболеваний ЩЖ чаще встречается у женщин.

**Цель исследования.** Представить трудности диагностики ПТ во время пандемии COVID-19, взяв за основу клинический случай.

**Результаты исследования.** Пациент К., 37 лет, обратился к терапевту по месту жительства с жалобами на дискомфорт в горле и области передней поверхности шеи, который усиливался при повороте головы. Рекомендован прием амоксициллина и найза в течение 7 дней, болевой синдром был купирован, и пациент

улетел в Египет на отдых. На 3-й день пребывания за границей возобновились боли в горле и по передней поверхности шеи, лихорадка до 38,5 С, потливость, сердцебиение, выраженная слабость. Пациент самостоятельно принимал антибиотики (Амоксиклав, затем Таваник). После возвращения в РФ сохранялась лихорадка, сердцебиение, потливость, однако при КТ грудной клетки характерный для коронавирусной инфекции изменений выявлено не было, ПЦР на SARS-Cov-2 повторно отрицательные. В связи с нарастанием слабости, сохранением фебрильной лихорадки, сердцебиения, появление одышки при физической нагрузке, эпизодом кратковременной потери сознания пациент был госпитализирован с подозрением на коронавирусную инфекцию.

При поступлении в стационар СРБ 135,79 мг/мл, СОЭ 73 мм/ч, лейкоциты 14,7 тыс в 1 мкл. В соответствии с действовавшими рекомендациями проводилось лечение дексаметазоном (16 мг/сут), которое способствовало быстрому улучшению состояния: прекратились боли в шее, уменьшилось сердцебиение и слабость, нормализовалась температура, практически нормализовались СОЭ и СРБ. При поступлении в стационар было отмечено диффузное увеличение и болезненность при пальпации ЩЖ, заподозрен подострый тиреоидит. Диагноз был верифицирован с помощью ультразвукового исследования ЩЖ (объем 33,6 см<sup>3</sup>, эхогенность понижена, диффузно-неоднородная эхоструктура, чередование зон повышенной и пониженной эхогенности, усиление кровотока) и лабораторных показателей, характерных для манифестного тиреотоксикоза деструктивного генеза (ТТГ <0,01 мМЕ/л, св.Т4 - 27,34 пмоль/л, св.Т3 - 6,81 пмоль/л, АТ к рецепторам ТТГ - 0,57 Е/л). При выписке был рекомендован прием НПВС, на этом фоне через день возобновилась фебрильная лихорадка с ознобом до 38,6 С, выраженная слабость, дискомфорт в области шеи, СРБ - 91,2, СОЭ- 76 мм/ч. Стабилизация состояния была достигнута только при назначении преднизолона per os в дозе 35 мг в сутки.

Заключение. У данного пациента трудности диагностики были обусловлены возможностью развития ПТ после COVID-19, выраженностью лихорадки, интоксикации, яркими кардиальными проявлениями тиреотоксикоза, редкостью данной патологии у лиц мужского пола, бесконтрольным приемом антибиотиков и НПВС. В результате ПТ был расценен как проявление коронавирусной инфекции, что способствовало необоснованной госпитализации в инфекционный стационар и риску инфицирования SARS-Cov-2.

## **РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «БОЛЕЗНЬ НИМАННА–ПИКА»**

Галявкин А.В.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней

Миролюбов Б.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Болезнь Ниманна-Пика – является редким наследственным дегенеративным мультисистемным заболеванием, при котором происходит накопление липидов в головном и костном мозге, лимфатических узлах, селезенке и печени. При данной патологии проявляются очаговые неврологические симптомы: задержка нервно-психического развития, мозжечковые и глазодвигательные нарушения,

дистония, дизартрия, так же очень часто у пациентов наблюдаются эпилептические судорожные приступы.

На основе возраста, степени выраженности клинических проявлений и интенсивности накопления липидов, в тканях выделяют 3 типа:

– Тип А (классический) – характерно раннее поражение центральной нервной системы.

– Тип В (висцеральный) – преимущественное негативное влияние на паренхиматозные органы, выражение которых появляются в более поздние сроки.

– Тип С – медленное прогрессирование поражений нервной системы, дебют может быть в разном возрасте.

Распространённость первых двух типов среди общей популяции составляет 1 случай на 250 000 человек, типа С – 1 на 120-150 000 населения.

Патогенез типа А и В идентичен, различие только в процентном соотношении блокировки гена SMPD-1. Что в первом случае приводит к полной блокировке синтеза сфингомиелиназы, из-за чего накапливаются сфинголипиды в ЦНС и внутренних органов, а в втором случае лишь на 20-30%. При типе С наблюдается дефект гена NPC1 и NPC2 кодирующих белки-переносчики холестерина и других липидов.

Симптомы соответственно: тип А – первые признаки с самого рождения-увеличенная печень и/или селезёнка. Далее проявляется задержка в ФР и НПР. На втором году появляется спастичность мышц. Если же идёт сильное прогрессирование, то возможны нарушения работы сердца и лёгких; тип В – отсутствие воздействия на ЦНС, но при этом у пациентов возможно увеличение печени, лимфатических узлов, селезёнки, ИБЛ; Тип С – заболевание дебютирует в 7-12 лет. Задержка общего развития, атония мышц как наружных, так и внутренних (что приводит к тому что ребёнок постепенно перестаёт самостоятельно принимать пищу) [1].

Цель: продемонстрировать особенности наследственного заболевания Ниманна-Пика, а также паллиативное лечение, которое применялось в данном клиническом случае.

Задачи:

1. Изучить историю болезни пациента.
2. Изучить данные лабораторно-инструментальных исследований.
3. Изучить особенности течения заболевания.
4. Ознакомиться с проводимым паллиативным лечением данного заболевания.

Методы исследования: было проведено ретроспективное исследование – анализ и обработка истории болезни пациента.

Вывод: на начальных этапах заболевания производят симптоматическое лечение. Применяются противосудорожные, психотропные, статины, холиноблокаторы. Хирургическое лечение эффективно только при типе В, путём трансплантации стволовых клеток, что уменьшает степень висцеральных симптомов. В запущенной стадии, не зависимо от типа болезни производят только паллиативное лечение. Как такового лечение, гарантировавшего бы полное выздоровление, не существует, но с каждым годом масштаб экспериментальных исследований растёт.

Список использованной литературы:

1. Михайлова С.В. Нейрометаболические заболевания у детей и подростков диагностика и подходы к лечению / С.В. Михайлова, Е.Ю. Захарова, А.С. Петрухин. - Изд. 2-е, испр. и доп. - Москва : Литтерра, 2018. - 368, [5] с.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА-ХИРУРГА» РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С ПРОЛЕЖНЯМИ III СТАДИИ.**

Гайнутдинова Н.Р.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней Пикуза А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Пролежень является результатом длительного систематического давления на определенные участки тела с нарушением нейротрофики тканей. Также немаловажным условием возникновения трофических язв является ослабление резистентности организма, снижение репаративных процессов. Не смотря на изученность данной патологии, она сохраняет свою актуальность до сих пор. Чаще всего пролежни встречаются у лежачих пациентов, среди которых 80% больные с повреждениями спинного мозга [1].

Цель работы: Изучение клинического случая декубитальной язвы пояснично-крестцовой ягодичной областей, промежности и правого бедра, стадия III

Материалы и методы: Сбор и анализ данных из истории болезни, работа с медицинской документацией.

Результаты: Пациент М, 58 лет поступает в отделение гнойной хирургии ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ планово по поводу лечения пролежней в феврале 2023 года. Имеются жалобы на незаживающие раны пояснично-крестцовой ягодичной областей, промежности и правого бедра. Из анамнеза известно о перенесенной травме Th<sub>11-12</sub> позвонков в 2018 году, паралич нижних конечностей, в декабре 2021 некрэктомия.

В конце февраля была проведена некрэктомия (иссечение новообразованных некротических тканей). На протяжении всего пути лечения проводилась частая смена повязок с использованием антисептических растворов, а также применялись противопролежневые повязки. Помимо этого проводилась антибактериальная и антикоагулянтная терапия. Неотъемлемым этапом заживления ран поясничной области стала вакуумная терапия.

После очищения, деконтаминации раны и созревании грануляций была запланирована кожная пластика. Также во время тщательного обследования у пациента обнаружили сахарный диабет 2 типа (глюкоза 7,2 ммоль/л), однако пациент от лечения отказывался.

Неврологические нарушения данного пациента в значительной степени могут ухудшать течение заживления ран, поэтому был очень важен тщательный уход. В послеоперационном периоде особенно имело значение использование противопролежневых матрасов вплоть до заживления, частая смена положения тела пациента и его активная курация для исключения риска рецидивов.

Заключение: Лечение пролежней требует внимательного и комплексного подхода. Сюда можно отнести иссечение некротизированных тканей, частая санация раны антисептиками, использование противопролежневых повязок и применение вакуумной терапии для достижения очищения ран и появлений грануляций. Соблюдение данных этапов позволяют достигать лучшего приживления кожных лоскутов и снижению риска рецидивов и осложнений.

Список литературы:

1. Мухин А.С., Чеботарь В.И., Кузнецова Л.В., Букша М.А. Пролежни: этиология, классификация, профилактика и лечение. Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2019;22(4):49–64. doi 10.17223/1814147/71/07

## **ОЦЕНКА ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ЧРЕСКОЖНОЙ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМЫ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЧЕК**

Морозова Е.И., Набиева Р.Р., Обкова Е.Д.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней  
Казанского ГМУ Пикуза А.В.

Актуальность: чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС) - хирургическое вмешательство, необходимое для восстановления нарушенного пассажа мочи из почки и невозможности стентирования мочеточника в полостную систему почки. В 4% случаев наблюдаются различные осложнения, которые занимают особое место в снижении качества жизни пациента. Одна из задач современной медицины – уменьшить частоту их развития.

Цель исследования: оценить причину, частоту и характер осложнений после проведения пункционной нефростомии, а также лечебные мероприятия для их устранения.

Материалы и методы: было изучено 39 историй болезни пациентов урологической клиники г. Казани с 2018 по 2021 гг, у которых была проведена ЧПНС. Возраст пациентов варьировался от 25 до 74 лет, в среднем составил 42 года, из них 11 женщин и 28 мужчин. В 16 случаях нефростома была наложена слева, в 20 случаях - справа, в 3 случаях - с двух сторон. У 19 пациентов использование нефростомы было вызвано закупоркой мочеточника камнем, у 7 – аномальным сужением канала мочеточника, нарушающим его проходимость, у 5 - субтригональным ростом аденомы простаты, у 4 - опухолью мочевого пузыря с блокированием устья, у 2 - опухолью матки с блокированием тазового отдела мочеточника, у 1 - пролапсом органов малого таза и у 1 пациента – позади-брюшинным фиброзом.

Результаты: из 39 вмешательств у 13 пациентов (33,3%) процедура осложнилась болевым синдромом, причиной которой могла явиться инвазивность манипуляции или недостаточная степень обезболивания. Боль купировалась при применении спазмолитиков и анальгетиков. У 8 пациентов (20,5%) использование ЧПНС повлекло за собой развитие гематурии, так как нефростомический дренаж проходит через форникальный аппарат и травмирует почку. У 5 пациентов гематурия прошла самостоятельно, 2 пациентам была назначена транексамовая кислота в/в 500 мг однократно, у 1 пациента на фоне гематурии произошла

тампонада лоханки сгустками крови, которые были разрушены с помощью применения химотрипсина в дозе 5 мг в/м ежедневно в течении 7 дней. У 8 пациентов (20,5%) отмечилось повышение температуры, вызванное воспалительными реакциями. С помощью противовоспалительной терапии удалось нормализовать состояние пациентов в ближайший послеоперационный период. У 1 пациента (2,6%) произошла геморрагия в жировую капсулу почки с образованием гематомы, которая рассосалась самостоятельно. У 2 пациентов (5,1%), использование ЧПНС вызвало перфорацию чашечно-лоханочной системы, от чего произошла экстравазация мочи. Исправить обе ситуации получилось с помощью коррекции нефростомы под рентгено-телевизионным контролем. По данным литературы, осложнение в виде повреждения близлежащих органов встречается в 0,3% случаев, но у проанализированных нами 39 пациентов подобных осложнений не выявлено.

Также, у 7 пациентов (18%) развитие каких-либо осложнений обнаружено не было.

Вывод: чрескожная пункционная нефростомия, часто встречающаяся в хирургической практике, занимает важную позицию среди малоинвазивных оперативных вмешательств, которое может привести к ряду осложнений. Избежать их возможное развитие позволит правильно подобранная длина и диаметр нефростомического дренажа, адекватная анестезия и применение рентгено-телевизионного контроля.

## **АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА**

Набиева Р.Р., Морозова Е.И., Обкова Е.Д.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней  
Пикуза А.В.

Актуальность: образование, профилактика и лечение гнойно-септических осложнений — одни из главных целей хирургии в настоящее время. Осложнения увеличивают время пребывания больного в стационаре и занимают лидирующую позицию в причинах летальности. С каждым годом во всем мире количество случаев гнойно-септических осложнений растет, в зависимости от заболевания и вида хирургического вмешательства их частота может достигать 70%.

Цель исследования: изучение эффективности профилактики послеоперационных раневых осложнений после оперативного вмешательства по поводу грыж передней брюшной стенки во время прохождения производственной практики.

Материалы и методы: работа проводилась в отделении плановой и неотложной хирургии на базе ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Казани. Были проанализированы случаи 112 пациентов в возрасте от 27 до 74 лет планового или экстренного оперативного лечения по поводу грыж передней брюшной стенки за период с 2020 по 2022 год. Мужчин составило 39 (34,8%), женщин 73 (65,2%).

Результаты: среди всех исследуемых 64 (40,5%) пациента имели большие и гигантские грыжи. Для предотвращения послеоперационных раневых осложнений всем пациентам за 30 минут до начала операции внутривенно вводили антибиотики - цефтриаксон или цефобол по 1 – 2 г, а также во время операции и после по показаниям. В качестве профилактики ТЭЛА и венозных тромбозов нижние конечности всех пациентов были забинтованы эластической повязкой, также всем были показаны антикоагулянты в течение 7-10 дней - фраксипарин или фракмин. У 21 (17,65%) пациента дефект брюшной стенки закрылся собственными тканями, 98 (82,35%) пациентам провели герниопластику с использованием полипропиленового сетчатого эндопротеза «Линтекс» с макропористой структурой под или между мышечно–апоневротическими образованиями. Для пациентов с гигантскими грыжами применял метод истинно ненатяжной герниопластики с подшиванием протеза в край дефекта.

В качестве дренажа послеоперационной раны и профилактики гнойно–воспалительных осложнений было использовано устройство, которое состояло из однопросветной трубки с гофрированной поверхностью. Эту трубку промывали, используя 30–50% раствор гидрохлорида ксимедона. Во время ушивания раны дренаж устанавливали на всем ее протяжении. Дренажи в течение длительного времени выполняли основные функции, не сдавливали прилежащие ткани и принимали форму дренируемой полости.

Трубчатый дренаж устанавливался в нисходящем направлении на дне дренируемой полости, что обеспечивало пассивный отток серозной жидкости, основанный на силе ее тяжести и капиллярности. Рана, оставленная вследствие операции, через отводящий конец дренажа промывалась 30% водным раствором гидрохлорида ксимедона. На 3 день отделяемое не наблюдалось, поэтому дренажное устройство было удалено.

Вывод: среди 45 (39,9%) пациентов, которые в качестве профилактики гнойно-воспалительных осложнений и дренирования раны использовали традиционные методы, серомы были обнаружены у 11(9,5 %) человек, инфильтраты послеоперационных ран у 28 (25,4%). Появление нагноения раны и их дальнейшее разрешение консервативными методами было у 2 (1,6%) пациентов. Из 67 (60,1%) пациентов, которым провели разработанные методы профилактики и дренирования послеоперационной раны, серомы встречались у 8 (7,4%) человек, а инфильтрат - у 12 (10,5%). Нагноения послеоперационных ран не отмечали.

## **СЛОЖНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В ОТДЕЛЕНИИ КОЛОПРОКТОЛОГИИ ГАУЗ РКБ МЗ РТ**

Набиева Р.Р., Обкова Е.Д., Морозова Е.И.  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней  
Казанского ГМУ Пиккуза А.В.

Актуальность: несмотря на прогрессивное развитие лабораторных и инструментальных методов исследования, бывают случаи, когда возникает проблема постановки диагноза, в связи со сложностью дифференциальной



диагностики заболеваний, полисиндромным течением болезни и отсутствием однозначных морфологических изменений.

Цель исследования: описать клинический случай во время прохождения производственной практики с анализом методов диагностики и плана лечебных мероприятий.

Материалы и методы: анализ истории болезни, курация больного в отделении колопроктологии на базе ГАУЗ РКБ МЗ РТ.

Результаты: пациентка Н., 67 лет, была доставлена бригадой СМП с предположительным диагнозом дивертикулит в стадии обострения в отделение колопроктологии РКБс жалобами на приступообразные длительные боли в животе слева, иррадиирующие к пупку и в ягодичную область. Из анамнеза заболевания: 4 октября 2022 г. у пациентки появились умеренные боли в левых отделах живота, которые купировались через 3 часа после применения кеторолака 10 мг, ощущения жжения в кишечнике и в области половых органов, ощущение трещины в прямой кишке, запоры с образованием каловых камней, боли после дефекации в области сигмовидной кишки. Амбулаторно получала цефтриаксон 2,0 1 раз в день в/в, метронидазол 500 мг 3 раза в день в/в, раствор глюкозы 5% - 400 мл 1 р/д в/в капельно + инсулин 6 ед в/в капельно. Отягощенная наследственность: частые запоры и боли в животе у отца. Проведенные операции: аппендэктомия (1978 год), операция по поводу ПОВГ (2022 год). Объективный осмотр: живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, при пальцевом обследовании прямой кишки анальный канал б/о, кал физиологической окраски, отмечается резкая болезненность в области крестца и копчика с напряжением мышц тазового дна. В ОАК: лейкоцитоз ( $12,6 \times 10^9/\text{л}$ ), ускорение СОЭ (22 мм/ч). Биохимический анализ крови: общий белок 88 г/л, креатинин 104 мкм/л, АЛТ 29,5 Ед/л, АСТ 56,7 Ед/л, щелочная фосфатаза 137,4 Ед/л, СРБ 8,6 мг/л. На КТ брюшной полости признаков воспалительно-деструктивных изменений не выявлено. На УЗИ органов брюшной полости выявлена каликопиелозктазия. На основании вышесказанного был предположен диагноз «Кокцигодия», была рекомендована консультация невролога, который в дальнейшем опроверг наличие неврологической патологии. Анализируя данные анамнеза и результаты диагностики, мы можем предположить диагноз «Синдром раздраженного кишечника». Для его подтверждения или исключения пациентке следует провести колонскопию, ирригоскопию, видеокапсульную эндоскопию. Вывод: данный клинический случай представляет собой интерес ввиду трудности постановки диагноза, который связан с несоответствием между жалобами пациентки и результатами первичной диагностики, а также отсутствием однозначных признаков заболевания. Окончательные выводы будут представлены на основе дальнейшего комплексного исследования и катamnестического наблюдения.

# **В ВИДЕ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА, МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ВЫЗВАННОЙ СТЕНОЗОМ ХОЛЕДОХА. ДИСЛОКАЦИЯ РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ДИСФУНКЦИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ ДРЕНАЖА».**

Баязитова Л.Р.

Научный руководитель – к.м.н., доц. Пикуза А.В.  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Развитие дисфункции трансплантата печени сопряжено с высокой частотой утраты трансплантатов и смертельных исходов в течение первых 6 недель после ортотопической трансплантации печени (ОТП) [1]. Отторжение вызвано распознаванием чужеродных донорских аллоантигенов Т-клетками реципиента [2]. Частота острого клеточного отторжения составляет 15-25% после пересадки печени, в то время как при хроническом отторжении она выше [3].

Цель работы: анализ клинического случая производственной практики с определением диагностики и лечебной тактики.

Клинический случай: Пациентка М поступила в ГАУЗ «РКБ» г. Казани с жалобами на болезненность в правом подреберье по ВАШ 7-8 баллов, рвоту, общую слабость. Считает себя больной в течение длительного времени. С апреля 2022 года появились жалобы на тошноту, головокружение, общую слабость. Наблюдается у гастроэнтеролога с диагнозом: Цирроз печени смешанного генеза класс В по Child-Pugh (9б) с минимальным синдромом цитолиза, холестаза, портальной гипертензии (ВРВП 1 ст), печеночно-клеточной недостаточности, синдромом гиперспленизма, по MELD 19 баллов. Хронический гастрит, вне обострения. Консультирована гастроэнтерологом РКБ, включена в лист ожидания на трансплантацию печени. В связи с наличием совместимого донора госпитализирована в х/о №2 ГАУЗ «РКБ» для проведения ОТП. Находилась на стационарном лечении с 23.09.2022 по 10.10.2022. Состояние после ОТП от 27.09.2022: Осложнение основного заболевания: Портальная гипертензия, печеночно-клеточная недостаточность, гиперспленизм. Выписалась в удовлетворительном состоянии.

21.11.2022 отметила желтушность кожных покровов, зуд, обесцвечивание каловых масс, отсутствие отделяемого по дренажу, с последующим выходом дренажа из передней брюшной стенки, в связи с чем, самостоятельно обратилась в ПДО №1 ГАУЗ «РКБ». Обследована, были проведены следующие методы исследования: УЗИ, КТ, МРТ ОБП, анализы на вирусы простого герпеса типа 1 и 2, Эпштейна Барра, цитомегаловирус, сцинтиграфия, эластография печени, пункционная биопсия трансплантата. Госпитализирована в х/о №2 с диагнозом: Дисфункция трансплантата печени в виде синдрома холестаза, механической желтухи, вызванной стенозом холедоха. Дислокация дренажа холедоха, который был проведен через культю пузырного протока в холедох ниже билиарного анастомоза. Состояние после ОТП. Назначили Метилпред Орион 1 раз в день в/в, медленно, 1000мг 3 дня, 500мг 1 день, 250мг 1 день, 125мг 1 день до отмены. На фоне лечения состояние пациента стабилизировалось.

Вывод: Данный клинический случай демонстрирует необходимость более раннего и тщательного подхода к дифференциальной диагностике отторжения трансплантата, как на амбулаторном, так и на стационарном этапе и подбора

адекватной терапии на всех этапах наблюдения. Дисфункция трансплантата (ДТ)ухудшает выживаемость пациентов в раннем периоде после ОТП. Наиболеезначимым и модифицируемым фактором риска являетсявременяхолодовой ишемии. При сочетании факторов риска донора и реципиента риск ДТ первично нефункционирующего трансплантатавозрастает.

Список литературы:

1. Ранняя дисфункция трансплантата печени: факторы риска, клиническое течение и исходы // cyberleninka.ru: сайт. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rannaya-disfunktsiya-transplantata-pecheni-factory-riska-klinicheskoe-techenie-i-ishody> (дата обращения: 12.03.2023)
2. The Immunological Basis of Liver Allograft Rejection // pubmed.ncbi.nlm.nih.gov: сайт. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32983177/> (датаобращения: 12.03.2023)
3. Current state of clinical trials regarding liver transplant rejection // pubmed.ncbi.nlm.nih.gov: сайт. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34954324/> (датаобращения: 12.03.2023)

## **ОЦЕНКА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ СТУДЕНТОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАРАЖЕНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

Куликова П.В.

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней Ботникова Е.А.

Производственная практика является очень важной, неотъемлемой частью учебного процесса [1]. Во время практики закрепляются теоретические знания полученные во время лекций и практических занятий в Мультипрофильном аккредитационно-симуляционном центре ИГМА. После 1 курса знания и умения студентов использовались и осуществлялись на уровне профилактики распространения инфекций и ухода за пациентами. Студенты-практиканты после 2 курса выполняют обязанности помощников палатных медицинских сестер. Формирование практических навыков связано с проведением манипуляций предполагающих возможный контакт с различными биологическими жидкостями пациентов (кровь, моча, пот и др.). Инструктаж по технике безопасности предписывает обязательное соблюдение персоналом инструкций, в том числе по профилактике инфекций передаваемых парентеральным путем.

**Цель.** Оценить уровень подготовленности студентов к работе с потенциально опасным биологическим материалом; изучить понятие «аварийная ситуация» и состав «Аптечки экстренной профилактики парентеральных инфекций».

**Задачи.** Определить комплекс мероприятий по локализации и ликвидации последствий «аварийной ситуации»; выявить уровень знаний студентов-практикантов по проблеме «парентеральных инфекций» и умений по профилактике заражений этими инфекциями до начала производственной деятельности и после прохождения практики.

Материалы и методы исследования. После изучения литературы по проблеме инфекций передаваемых парентеральным путем была составлена анкета-опросник о путях заражения, мерах профилактики и мероприятиях при возникновении «аварийной ситуации». В анкетировании приняло участие 70 студентов педиатрического факультета 2 курса ИГМА и медицинских факультетов других ВУЗов. Анкетирование было проведено в 2 этапа: 1 этап – до начала прохождения производственной практики и 2 этап – по ее завершению. Ответы интервьюентам не были предоставлены до окончания исследования. Оценка результатов производилось по балльной системе.

Результаты. Суммарная балльная оценка уровня знаний студентов на первом этапе составила 64,4%, на втором достиг 85,6%. Большая часть студентов 2 курса имели знания в области профилактики профессионального заражения «парентеральными инфекциями» медицинского персонала, в частности ВИЧ. Более успешные ответы после завершения производственной практики свидетельствовали об умении студентов в практическом использовании знаний. Соблюдение мер безопасности, аккуратность, четкость и быстрота выполнения манипуляций, использование «Аптечки экстренной профилактики» в аварийно-критических ситуациях поможет снизить риск профессионального заражения медицинского персонала.

Список литературы:

1. Ермакова М.К. Опыт преподавания «сестринского дела» в медицинском вузе / Оптимизация медицинского образования: качество и инновации: материалы конференции, посвященной 70-летию Победы в Великой Отечественной войне. / Ермакова М.К., Ясавиева Р.И., Ботникова Е.А. и др.// - Ижевск, 2015. - С. 33-36

## **БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ВЫСОКОГО РИСКА**

Михайлова Светлана Алексеевна

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Хайруллина Гузьяль Равилевна, к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Ахметгалиев Артур Ринатович

Предлежание плаценты — это ситуация, которая препятствует безопасным естественным родам, является фактором риска послеродового кровотечения, может привести к заболеваемости и смертности матери и новорожденного.

Предлежание плаценты - аномалия положения плаценты, характеризующаяся прикреплением плаценты к нижнему полюсу матки и частичным или полным перекрытием, или очень близким положением к ней. Предлежание может произойти у женщин, у которых в анамнезе были аборт, послеродовые септические заболевания.

Предлежание плаценты является одной из важных проблем в современном акушерстве, поскольку аномалии расположения плаценты в необычном месте являются основной причиной массивных акушерских кровотечений. Кровотечения, возникающие во время беременности или родов, характеризуются высоким риском материнской и перинатальной смертности.

Материнская смертность с предлежанием плаценты, по мнению многих авторов, колеблется от 2,3% до 10,3%, а перинатальная смертность колеблется от 22,1‰ – 41,8‰ и обусловлена недоношенностью, функциональной незрелостью плода, а также зависит от величины кровопотери. Если плацента прикреплена так низко, что в некоторой степени закрывает внутренний зев, говорят о предлежании. При развитии предлежания плаценты во время беременности необходима ранняя диагностика аномалий, рациональное управление беременностью, с учетом всех рисков, оптимальные роды. При полном (центральном) предлежании роды проводятся только путем кесарева сечения.

## **ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ КАК ЭЛЕМЕНТ ОБУЧЕНИЯ ОРДИНАТОРОВ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ №2**

Писоцкая Ю.В., Богачева С.М., Устюжанина Д.В.

ФГБУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»

Минздрава РФ

Научный руководитель – зав. кафедрой педиатрии №2, д.м.н.

Бурлуцкая А.В.

**Актуальность.** Цель обучения в ординатуре — приобрести обширный и глубокий объём знаний, формирующих профессиональные навыки высококвалифицированных специалистов. Для осуществления профессиональной деятельности по специальности Педиатрия необходима интеграция теоретических знаний в практику, чему способствует углубленное изучение отдельных вопросов педиатрии [2,4].

**Цель исследования.** Проанализировать самостоятельную работу ординаторов и углубленное изучение отдельных вопросов педиатрии.

**Материалы и методы.** Самостоятельная работа ординаторов на кафедре Педиатрии №2 на примере изучения темы «Синдром Лайелла».

**Результаты.** Профессиональная деятельность врача-педиатра основывается на профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической составляющих. Ключевым моментом в получении знаний является углубленное изучение отдельных вопросов педиатрии [1,3]. С этой целью на кафедре Педиатрии №2 создаются все условия для приобретения ординаторами не только глубоких знаний, умений и навыков, но и максимальное развитие их познавательных способностей. Самостоятельная работа в современных условиях является одним из ведущих факторов подготовки специалиста. Залогом успешной организации самостоятельной работы ординаторов является введение в учебный процесс активных методов обучения. Решающая роль в организации самостоятельной работы на кафедре Педиатрии №2 принадлежит преподавателям, которые работают не с ординаторами «вообще», а с конкретной личностью, с ее сильными и слабыми сторонами, индивидуальными способностями и наклонностями. Ежедневно с ординаторами в индивидуальном порядке проходят занятия. Каждый ординатор основательно и глубоко погружается в отдельные вопросы педиатрии. Для организации самостоятельной работы используются задания следующих видов:

1. Работа с пациентами в отделениях является основной частью учебного процесса. Кафедра Педиатрии №2 находится на базе ведущих лечебных

учреждений Краснодарского края, что представляет еще больше возможностей для углубленного изучения вопросов по педиатрии. Работа в отделениях включает поиск и разбор интересных клинических случаев, закрепление теоретических знаний практическими навыками у постели больного, изучение современных методов высокотехнологичной медицинской помощи.

2. Для дальнейшего углубленного изучения отдельных тем осуществляется изучение большого количества современной литературы и информации с использованием ресурсов электронных библиотек, учебных пособий, участия в конференциях, съездах, вебинарах и др.

3. Результаты собственной работы реализуются в виде написания статей, подготовки докладов на обзорные темы, темы интересных клинических случаев, участия в научно - практических конференциях, конкурсах, олимпиадах.

Углубленное приобретение ординаторами знаний в отдельных вопросах педиатрии на кафедре можно представить на примере изучения темы «Синдром Лайелла». Токсический эпидермальный некролиз (Синдром Лайелла) – это острое, тяжёлое, угрожающее жизни заболевание. В процессе изучения этой патологии было проведено описание клинического случая заболевания у ребенка, находившегося на лечении в специализированном отделении ГБУЗ «ДККБ» МЗ КК. Первый этап - работа в отделении. Она подразумевает изучение ординатором истории болезни больного, общение и осмотр пациента, общение с лечащим врачом. На втором этапе ординатором кафедры был осуществлен поиск и изучение современной, актуальной литературы по данному заболеванию. Третий этап - обобщение полученных знаний и навыков. Изучив все материалы по заболеванию, был подготовлен доклад с описанием клинического случая, а также тезисы и статья. На всех этапах работа ординаторов курируется преподавателями кафедры. Активно проходит обсуждение темы и необходимая корректировка данных. Такая работа позволяет ординатору более глубоко изучить проблему и закрепить полученные знания практическими навыками.

Доклад, посвященный описанию клинического случая, представлен на рисунке 1.

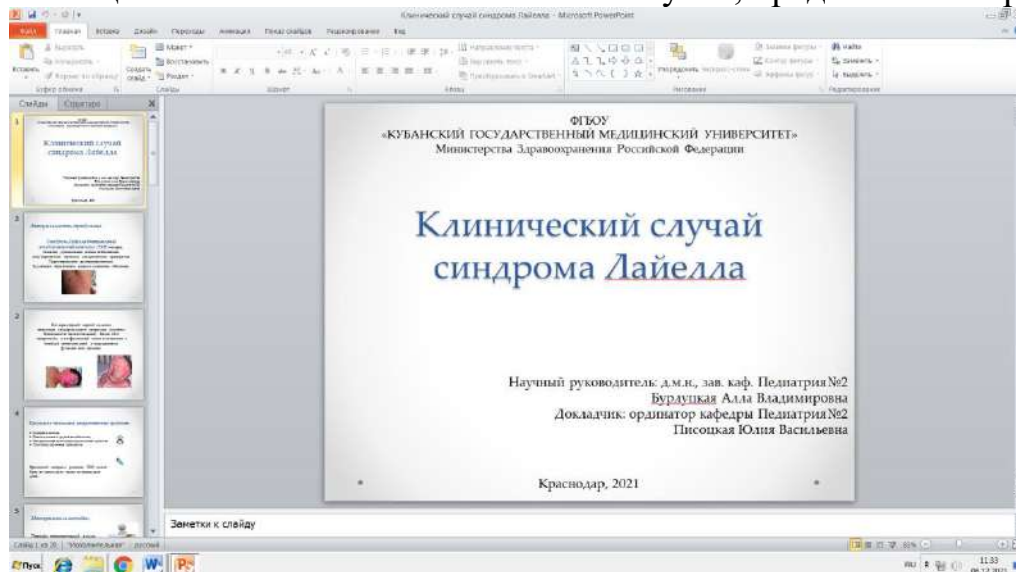


Рис.1. Фотография доклада, подготовленного ординатором кафедры Педиатрия №2

Заключение. Таким образом, на кафедре Педиатрия №2 уделяется большое внимание самостоятельной работе ординаторов в вопросах изучения отдельных

тем. Это оказывает значительное влияние на глубину и прочность знаний обучающихся по изучаемой специальности, на развитие их познавательных способностей.

Список литературы

1. Я. Я. Яковлев, Ф. К. Манеров, В. И. Фурцев, В. А. Щербак. Знания будущих врачей (студентов старших курсов, интернов, ординаторов). 2021.
2. Е.И. Данилова. Г.Ю. Евстифеева, О.Ю. Трусова. Особенности формирования профессиональных и общих компетенций у врачей-ординаторов. 2018.
3. Васильева Е.Ю., Гайкина М.Ю., Тагаева Т.В. Педагогика в клинической практике врача. Учебное пособие. — Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета; 2017. — 118 с.
4. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования. Уровень высшего образования. Подготовка кадров высшей квалификации 2017.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ». ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ: «ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С»**

Юлташев Р.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней Садыкова А.Р.

Актуальность исследования: в настоящее время в мире хроническим гепатитом С страдают примерно 58 миллионов человек, при этом каждый год происходит около 1,5 миллиона новых случаев заражения.

Цель исследования: при изучении клинического случая оценить эффективность трехкомпонентной терапии по сравнению с двухкомпонентной терапией хронического вирусного гепатита С.

Материалы и методы: Пациент с хроническим вирусным гепатитом С.

Как известно из истории болезни, точно пути заражения вирусом гепатита С неизвестны. Эпидемиологический анамнез: в 80-х годах было проведено переливание крови из-за острой кровопотери (дорожно-транспортное происшествие). Из истории болезни также известно, что у пациента имеются сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения; гипертоническая болезнь III стадии, 3-й степени, риск 4. Ранее от вирусного гепатита С он не лечился.

Пациенту с умеренной биохимической активностью, 1-м генотипом, провели двухфакторную противовирусную терапию: рибавирином в дозе 1200 мг в сутки в течение 48 недель с 01.10.2014 и селективным интерфероном альфа - 2β в дозе 1,5 мкг/кг в неделю.

Результаты: быстрый вирусологический ответ, ранний вирусологический ответ наблюдались в контексте лечения, и в конце терапии РНК вируса гепатита С не была обнаружена.

Побочные явления терапии в виде тяжелой тромбоцитопении, нейтропении и лейкопении наблюдались в течение всего периода двухкомпонентной противовирусной терапии.

После окончания контрольного периода (24 недели) у пациента фиксировалось вирусологическое дублирование РНК вируса гепатита С.

Пациенту было предложено провести повторный курс. Был проведен повторный курс противовирусной терапии в течение 24 недель со следующими препаратами: 1. Софосбувир в дозе 400 мг в день; 2. Дакла-Тасвир в дозе 60 мг в день; 3. Рибавирин - 1200 мг в сутки.

Препараты вводились внутривенно, отмечался ранний вирусологический ответ. В рамках проведенного лечения наблюдался побочный эффект в виде лишь умеренной тромбоцитопении.

Согласно контрольным данным, у пациента отмечался ранний и быстрый вирусологический ответ. После применения трехкомпонентной терапии у пациента не отмечалось и по настоящее время отмечается наличия РНК вируса гепатита С.

Выводы. Трехкомпонентная схема противовирусной терапии вирусного гепатита С оказалась более эффективной и безопасной, по сравнению с двухкомпонентной.

## **НАСЛЕДСТВЕННАЯ БОЛЕНЬ ОБМЕНА – НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИРУВАТДЕГИДРОГЕНАЗНОГО КОМПЛЕКСА. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК.**

Сабирова А. З.

(Научный руководитель – к.м.н., доц. кафедры госпитальной педиатрии

Сабирова Д. Р.)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. В связи с длительным развитием характерных признаков заболевания у младенцев затруднена ранняя диагностика НБО, которая важна для своевременного начала патогенетической терапии.

Цель и задачи: представить клинический случай ребенка с НБО - Дефицитом пируватдегидрогеназы.

Материалы и методы: анализ медицинской документации и литературы.

Результаты: мальчик 2-х месяцев наблюдается в ДРКБ МЗ РТ с диагнозом «НБО - Дефицит пируватдегидрогеназы. ВПР головного мозга: гипоплазия мозолистого тела. Кистовидная трансформация шишковидной железы».

Из анамнеза известно, что ребенок от 2 беременности, 2 срочных родов. С момента рождения находился в ОПН, где него отмечалась неврологическая симптоматика (не открывал глаза, снижение рефлексов), а также гипераммониемия, гиперлактатемия по лабораторным показателям. В динамике аммоний нормализовался. По согласованию с генетиком к лечению подключают смесь Нутриген NG. Ребенку проводят МРТ головного мозга - расширение наружных субарахноидальных пространств больших полушарий ГМ, расширение полости прозрачной перегородки, перивентрикулярная киста правой лобной доли, мелких кисточек в проекции базальных ядер с обеих сторон кисточек, кисты промежуточного паруса, гипоплазии мозолистого тела, кистозной трансформации



пишкovidной железы. Гипоплазия сегмента V4 правой позвоночной артерии. На основании вышеприведенных данных, а также выявленной при исследовании образца крови методом tandemной масс-спектрометрии (ТМС) повышение соотношения C3/C2 ребенку выставлялся диагноз «НБО-Метималоновая ацидурия?»

В связи с появлением метаболического криза (апноэ с нарастанием в динамике, сопровождающееся цианозом, метаболическим ацидозом) ребенок переведен в реанимацию, где находился на ИВЛ. В период нахождения ребенка в реанимации выставленный ранее диагноз был поставлен под сомнение (нет изменений в повторно взятом образце крови методом ТМС, в моче на органические ацидурии).

В реанимации у ребенка отмечался системно-воспалительный ответ в виде лейкоцитоза с нейтрофилезом, повышение уровня СРБ.

Ребенку проводится полноэкзомное секвенирование в результате которого выявляют гемизиготный вариант нуклеотидной последовательности в гене PDHA1 (X-19359612-C-T), приводящей к замене аминокислоты 378 позиции белка (p.Arg378Cys, NM\_000284, rs863224147). Вариант описан в гемизиготной форме у пациентов с дефицитом пируватдегидрогеназы, в том числе как возникший de novo. По результатам сведений из рекомендаций ACMG и российских рекомендаций по интерпретации данных вариант следует рассматривать, как патогенный. С учетом клинико-анамнестических данных, прогрессирующего и волнообразного течения заболевания, данных МРТ головного мозга и полученных данных полного геномного секвенирования ребенку выставляется: НБО- Недостаточность пируватдегидрогеназного комплекса E1.

В лечении на всем протяжении ребенок получал курс: в/в меронем, тейкопланин, левокарнитин, цитофлавин, витамин B6, в/м витамин B1, внутрь кудесан, кормление грудным молоком и смесь Нутриген NG, с последующей заменой на NAN Оптипро.

На фоне проводимой терапии отмечалось улучшение состояния – восстановление самостоятельного дыхания, отсутствие лабораторных проявлений ацидоза, снижение уровня СРБ и лактата.

В настоящее время состояние ребенка остается стабильно тяжелым, сатурацию ребенок держит, мышечный тонус снижен, малоактивен, фиксации взгляда нет.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует сложность ранней диагностики НБО у младенцев и новорожденных, что приводит к более позднему началу поддерживающей терапии. К сожалению, специфическая терапия у данного заболевания отсутствует.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПРОФПАТОЛОГИЯ». РАЗБОР  
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ  
«КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19, ВИРУС  
ИДЕНТИФИЦИРОВАН  
ОСЛОЖНЕНИЯ: ДВУСТОРОННЯЯ ПОЛИСЕГМЕНТАРНАЯ ВИРУСНАЯ  
ПНЕВМОНИЯ, ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ. ТРОМБОЗ МЕЛКИХ ВЕТВЕЙ  
ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ  
ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД ОТ 03.12.21».**

Шарифуллина Н.Ф.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры гигиены, медицины  
труда

Актуальным остается вопрос: является ли постковидная симптоматика осложнением COVID-19 или продолжающимся патологическим процессом. Осложнение – это новое проявление болезни или новое заболевание, вызванное этой болезнью. Осложнение - присоединившийся к основному заболеванию патологический процесс, отягощающий типичное течение болезни; обусловлен не её причиной, а дополнительными изменениями, возникшими в организме в ходе заболевания (напр., воспаление лёгких в послеоперационном периоде). Последствие - то, что возникает, появляется в результате, вследствие чего-либо (синоним – исход). Постковидный синдром: возникновение новых симптомов болезни (свойственных инфекции COVID-19) или появление вновь уже бывших у пациента симптомов через несколько месяцев после выздоровления от острой инфекции (исчезновение симптомов, свойственных инфекции COVID-19); по определению NICE - признаки и симптомы, которые развиваются во время или после инфекции, соответствующей COVID-19, продолжаются более 12 недель и не объясняются альтернативным диагнозом (рекомендаций МГНОТ). В письме Министерства здравоохранения РФ, Министерства труда и социальной защиты РФ и Профессионального союза работников здравоохранения РФ от 15 июня 2022 г. N 30-7/и/2-9644/15-3/10/В-7885/1Д-4/34-540 «О порядке расследования и установления профессионального заболевания работникам медицинских организаций вследствие развития заболеваний (синдромов) или осложнений, вызванных новой коронавирусной инфекцией COVID-19» для инфекционных и паразитарных заболеваний, связанных с воздействием инфекционных агентов, применяются следующие коды МКБ-10: первый - T75.8 "Другие уточненные эффекты воздействия внешних причин", второй - Y96 "Факторы, имеющие отношение к работе". При этом код по МКБ-10 T75.8 является собирательным понятием и включает в себя все нозологические формы инфекционных и паразитарных заболеваний, возникшие вследствие доказанного воздействия вредного и (или) производственного фактора на рабочем месте медицинского работника. Например, в данном случае к указанному коду T75.8 можно отнести COVID-19 - U07.1 и U07.2.

Рассмотрим частный случай:

1) Медицинская сестра врача общей практики ЦРБ. По данным СГХ вредный производственный фактор – биологический: патогенные микроорганизмы II и III

групп, в том числе с возбудителем SARS-CoV-2) (п.8.3 и 8.4). За 2 недели до заболевания имела профессиональные контакты при оказании медицинской помощи на дому с пятью больными, у которых доказана лабораторно новая коронавирусная инфекция (полные данные пациентов имеются в СГХ).

- В соответствии с картой эпидемиологического обследования: наиболее вероятное место заражения - работа;
- вероятный источник инфекции – контакт с больными COVID-19;
- вероятный основной фактор передачи возбудителя инфекции – воздушно-капельный путь.

• Больна 06.07., когда появилась слабость, отсутствие аппетита, принимала арбидол

- 07.07 – мазок +
- 10.07 появилась одышка.
- 15.07 прошла РКТ ОГК – КТЗ, направлена в РКИБ
- 18.07 РКТ ОГК – двусторонняя пневмония КТ- 4
- 19.07 – мазок отриц.21.07 - мазок отриц.23.07 – мазок отриц.
- 23.07 – положительная динамика
- 15.07-27.07 лечилась в инфекционном госпитале с диагнозом: Коронавирусная инфекция COVID-19, осложненная двусторонней пневмонией тяжелой степени, ДН 2

- Направляется на реабилитацию в поликлинику по месту жительства
- После выписки принимала ингаляционные бронхолитики, кислород через концентратор, антикоагулянты, муколитики

Осмотр пульмонолога в ноябре (через 4 месяца)

- Жалобы на боли в грудной клетке, затрудненное дыхание при малейшей физической нагрузке, кашель со скудной светлой мокротой, слабость, потливость, сухость во рту.

• Объективно: состояние средней степени тяжести, акроцианоз, видимая на глаз одышка, в акте дыхания принимает участие вспомогательная мускулатура. ЧД – 26 мин, сатурация кислорода – 89%. Легкие: дыхание жесткое, в нижних отделах выслушивается крепитация, сухие хрипы с обеих сторон. Сердце – ЧСС – 90 уд/минА/Д – 177/104

- Диагноз – Диффузный интерстициальный пневмофиброз как исход внебольничной двусторонней пневмонии тяжелой степени, вызванной COVID-19. ДН 2-3ст

Осмотр пульмонолога в январе (через 6 месяцев)

- Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, кашель со слизистой мокротой

• Результаты ранее проведенных обследований РКТ ОГК – картина двустороннего пневмофиброза. Поствоспалительного

- РКТ – диффузный пневмофиброз
- Бодиплетизмография – ОЕЛ – 58%, ЖЕЛ – 46%
- Диагноз: Поствоспалительный пневмофиброз как исход тяжелой вирусной пневмонии. ДН 2-3

Данные обследования через 2 года: РКТ ОГК – воздушность легочных полей неравномерная, субплевральные фиброзные изменения, участки нормальной и

пониженной пневматизации, единичные субплевральные кисты. Корни легких умеренно расширены. Бронхососудистый рисунок усилен, утолщение интерстиция. Границы сердца умеренно расширены  
Заключение – РКТ признаки диффузного пневмофиброза, признаки идиопатического фиброзирующего альвеолита.

- Бодиплетизмография – ОЕЛ – до 56%, ЖЕЛ – до 42%
- $PO_2$  - 18,0 мм.рт.ст

Окончательный диагноз РЦПП: Т 75.8 U 07.1 Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован

- Осложнения: J16.8 Двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония, тяжелое течение с исходом в диффузный интерстициальный фиброз
- J96.0 Дыхательная недостаточность II-III степени

2) Медицинская сестра хирургического кабинета поликлиники

• По данным СГХ вредный производственный фактор – биологический: патогенные микроорганизмы II и III групп, в том числе с возбудителем SARS-CoV-2) (п.8.3 и 8.4). За 2 недели до заболевания имела профессиональные контакты с 3 больными, у которых доказана лабораторно новая коронавирусная инфекция (полные данные пациентов имеются в СГХ).

• В соответствии с картой эпидемиологического обследования: наиболее вероятное место заражения - работа;

- вероятный источник инфекции – контакт с больными COVID-19;
- вероятный основной фактор передачи возбудителя инфекции – воздушно-капельный путь

• Заболела 29.09.21, обратилась за медицинской помощью в поликлинику по месту работы.

• На листе нетрудоспособности с 29.09.21 по 05.10.21 с диагнозом ОРВИ

• 05.10.21 вызов участкового терапевта поликлиники на дом. При осмотре жалобы на слабость, ломоту во всем теле, повышение температуры до  $37,5^{\circ}C$ . При объективном осмотре – температура  $36,7^{\circ}C$ , пульс 86 в мин., ЧД 16 мин, А/Д – 130/85, сатурация 94%. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет

• Взят мазок из зева и носоглотки, по результатам которого вирус был обнаружен. Листок нетрудоспособности продлен с 06.10 по 13.10.21

• 07.10.21 осмотр терапевта активно на дому. Учитывая низкую сатурацию, была направлена на госпитализацию во ВИГ, где находилась на стационарном лечении с 07.10.21 по 18.11.2021 с диагнозом: Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (не подтвержденная ФБУЗ), тяжелое течение. Осложнение: внебольничная двусторонняя пневмония тяжелой степени. КТ 3. ДН 1-2. U07.2 J12.8

• РКТ ОГК от 07.10.2021 – двусторонние интерстициальные изменения легких. КТ 3

• РКТ ОГК от 19.10.21 – умеренное уменьшение распространенности инфильтрации. КТ2

• РКТ ОГК от 27.10.21 – по сравнению с РКТ от 19.10.21 сохраняются уплотнения по типу матового стекла в прежнем объеме, появление зоны матового стекла в верхней доле справа с полостью распада в толще. Общий объем поражения легких 50%

- РКТ от 06.11.2021 – высокая вероятность двусторонней вирусассоциированной пневмонии. КТ 2
- За время стационарного лечения произошла стабилизация состояния, уменьшение дыхательной недостаточности, нарастание сатурации до 95% без кислорода.
- 18.11.2021 выписана в удовлетворительном состоянии в стадии разрешения внебольничной двусторонней пневмонии
- С 18.11.2021 по 21.11.2021 находилась на амбулаторном лечении дома
- 22.11.2021 осмотр терапевта на дому.
- В связи с ухудшением состояния госпитализирована в провизорную зону терапевтического отделения.
- Жалобы на одышку при минимальной физической нагрузке, общую слабость, повышение температуры, озноб, дискомфорт в области груди, отечность лица.
- На РКТ ОГК признаки двусторонней полисегментарной пневмонии.
- Смерть констатирована 03.12.21.
- По патологоанатомическому заключению: Основное заболевание. Дилатационная кардиомиопатия: гипертрофия миокарда с расширением полостей сердца (масса сердца 600 г.), относительная недостаточность клапанного аппарата.
- Осложнения: Тромбоз мелких ветвей легочной артерии. Двусторонняя застойная пневмония. Отек легких и головного мозга.
- Сопутствующие: Атеросклероз аорты, коронарных, церебральных сосудов, клапанного аппарата сердца. Гипертоническая болезнь: гипертрофия миокарда, артериолосклеротический нефросклероз.
- Справка о смерти
- Причина смерти:
- а) Тромбоз легкого
- б) Кардиомиопатия дилатационная
- Диагноз в РЦПП: Т 75.8 U 07.1 Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован
- Осложнения: J16.8 Двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония, тяжелое течение.
- I 26.9 Тромбоз мелких ветвей легочной артерии
- J96.0 Дыхательная недостаточность
- Летальный исход от 03.12.21
- В приказе МЗ и СР от 27 апреля 2012 г. № 417н нет осложнений, а есть последствия при острых отравлениях, связанных с воздействием производственных химических факторов и последствия от заболеваний, связанных с воздействием производственных физических факторов. Последствий при заболеваниях, связанных с воздействием производственных биологических факторов, нет.

## РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С ПРИБРЕТЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Насырова Э.И., Булатова А.Х.

Научный руководитель – д.м.н., доцент кафедры детских инфекций  
Хаертынов Х.С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Одной из наиболее распространенных герпесвирусных инфекций у детей является цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ). Актуальность ЦМВИ определяется разнообразием клинических проявлений, высокой вероятностью развития заболевания у иммунодефицитных пациентов. Одним из редких проявлений ЦМВИ является развитие тромбогеморрагического синдрома.

Цель: описание клинического случая приобретенной цитомегаловирусной инфекции у ребёнка, протекавшего с развитием геморрагического синдрома.

Материал и методы: Ребенок К. 17 лет, находился на стационарном лечении в ГАУЗ «Детская республиканская клиническая инфекционная больница имени профессора А.Ф.Агафонова» (ГАУЗ «РКИБ») с 25.11.2022 по 02.12.2022 с диагнозом «Цитомегаловирусная инфекция, тяжелой степени тяжести, приобретенная, гепатит, тромбоцитопеническая пурпура, острое течение». Заболел 05.11.2022 – повысилась температура тела до 38,5°C. 13.11.22, на ногах появилась геморрагическая сыпь в виде петехий. В периферической крови выявлено снижением числа тромбоцитов до  $13 \times 10^9/\text{л}$ , был госпитализирован в ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» с подозрением на иммунную тромбоцитопеническую пурпуру. При обследовании в крови обнаружена ДНК ЦМВ и IgM- и IgG-антитела к ЦМВ. Лечение включало назначение ацикловира внутрь, преднизолона и этамзилата натрия внутривенно, внутривенного иммуноглобулина. На фоне проводимой терапии отмечалась регрессия геморрагической сыпи и повышение уровня тромбоцитов до  $74 \times 10^9/\text{л}$  на 29 день болезни. В связи с повторным выделением из крови ДНК ЦМВ и сохраняющейся тромбоцитопенией был назначен валганцикловир в дозе 1800 мг в сутки внутрь. На фоне терапии валганцикловиром на 39 день болезни уровень тромбоцитов составил  $276 \times 10^9/\text{л}$ , а ДНК ЦМВ перестал определяться в крови.

Заключение. Сочетание тромбоцитопении с геморрагическим синдромом у детей является основанием для обследования на маркеры активной ЦМВИ.

# **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ В КАЧЕСТВЕ ПОМОЩНИКА ВРАЧА (ТЕРАПИЯ, АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ, ХИРУРГИЯ)»**

## **ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКИМ СЕПСИСОМ**

Хафизова Л.И., Китова И.В., Равзутдинова Э.Н.

Научный руководитель- Пикуза Алексей Валерьевич, к.м.н., доцент кафедры хирургии, врач отделения гнойной хирургии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Минздрава Республики Татарстан», хирург высшей квалификационной категории; Ахунзянов Айрат Алмазович - к.м.н., ассистент, врач отделения гнойной хирургии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Минздрава Республики Татарстан», хирург высшей квалификационной категории.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: На сегодняшний день, несмотря на тяжелое течение и нередкие летальные исходы, нет официальной статистики по распространенности хирургического сепсиса. Из 3660 больничных выписок из отделения гнойной хирургии ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» за 2017-2021 года было отобрано 87 пациентов (2,337%), в диагнозе у которых указан хирургический сепсис. По результатам статистики, можно сделать вывод о том, что сепсис наиболее часто встречается у мужчин (52 случая - 59,77%), чем у женщин (35 случаев- 40,23%). Средний возраст пациентов составил 58 лет. Смертность от сепсиса составила 10,34% (9 пациентов). Наиболее частой причиной развития сепсиса являются послеоперационные осложнения и наличие системных заболеваний (ДВС-синдром, сахарный диабет).

Цели и задачи: изучить особенности диагностики и лечения хирургического сепсиса, анализ клинического случая пациента с хирургическим сепсисом и системными осложнениями.

Материалы и методы: был проведен анализ выписок из отделения гнойной хирургии ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» за 2017-2021, 2023 года.

Результаты:

Клинический случай: Пациент М, 76 лет, в тяжелом состоянии доставлен в ГАУЗ РКБ, в ОРИТ 1 за отделением гнойной хирургии из Арской ЦРБ по поводу инфильтрата в области левого бедра.

Основной диагноз: Сепсис. Флегмона левого бедра, левой ягодичной области. Синдром полиорганной недостаточности, двухсторонняя септическая пневмония. ДВС синдром. Токсическая энцефалопатия. Острое почечное повреждение. Сахарный диабет 2 тип.

Были проведены:

УЗИ мягких тканей: ЭХО признаки инфильтрации ПЖК левого бедра. УЗ признаки инфильтративно - воспалительных изменений мягких тканей левого бедра.

УЗИ органов брюшной полости (комплексное): УЗ признаки гепатомегалии, гепатоза.

УЗИ почек и надпочечников: УЗ признаки кисты правой почки.

РКТ головного мозга, органов грудной и брюшной полостей, органов малого таза и нижних конечностей.

Из лабораторных анализов обращают на себя внимание: нейтрофилия, лимфоцитопения, высокий уровень С-реактивного белка (341.9 мг/л при норме 0.0 - 5.0), гипергликемия.

Проведенные операции: вскрытие гематомы левого бедра, некрэктомия, спустя неделю вторая некрэктомия.

Антибиотикотерапия: линезолид в течении 6 дней, меропенем в течении 3 дней, ванкомицин в течении 14 дней, максиктам в течении 14 дней.

Состояние пациента при выписке средней тяжести.

**Заключение:** Прогноз при сепсисе зависит от сроков начала патогенетической терапии, эффективности санации очага инфекции, наличия сопутствующих заболеваний. Осложнение заболевания инсулинозависимым сахарным диабетом второго типа приводит к нарушению иммунитета и метаболизма, что значительно повышает риск развития инфекции и сепсиса. Основным условием успешного лечения является своевременная диагностика и неотложное хирургическое вмешательство.

## **СОХРАНЕНИЕ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Зиганшина Д. М., Щеглова К. Р.

Научный руководитель - асс. Салимова Л.М., асс. Молостцова А.Ф.

Казанский государственный медицинский университет

**Введение:** В настоящее время распространённость гематологических заболеваний взрослого населения возрастает с каждым годом. Каждое из них оставляет непоправимый след на здоровье пациенток в целом. Следовательно, влияние онкогематологических заболеваний и методов их лечения на репродуктивную функцию требуют повышенного внимания [1].

**Цель:** Изучить отношение женщин с онкогематологическими заболеваниями к методам сохранения фертильности и полноту их осведомленности этим вопросом.

**Методы исследования:** Было проведено анонимное анкетирование 28 пациенток на базе ГАУЗ “РКБ МЗ РТ”, а также в социальной группе “Leikozunet” - фонд борьбы с лейкемией.

**Результаты исследования:** По результатам проанализированных анонимных анкет было установлено, что большинство респондентов относятся к возрастной группе от 28-39 лет, что составляет 51% (15 чел.) от общего числа опрошенных женщин; 25-28 лет составило 20% (5 чел.), 39-45 лет - 29% (8 чел.).

Наличие у женщин в анамнезе наследственных онкологических заболеваний составило 65% (18 чел.), остальные 10 женщин (35%) отрицают у близких родственников онкозаболевания.

На вопрос об имеющихся у пациенток сопутствующих заболеваниях мы получили следующие ответы: большее число ответов пришлось на то, что в анамнезе у них имеется анемия (10 человек, что составило 37%), также немало женщин (7 человек и 25.9%) указали наличие у них заболеваний сердечно-сосудистой системы. На основании данных о длительности основного



заболевания женщин 40% (чел.) составляет от 1 года до 3-х лет, остальная же часть приходится от 2-х до 9 месяцев.

Проведя данное исследование, было выявлено, что 48% (13 чел.) женщин задумывались о сохранении фертильности до начала лечения заболевания и выражали желание иметь детей в будущем.

Осведомленность женщин о методах сохранения репродуктивной функции составило 63% (17 чел.). Но отношение к вопросу о сохранении фертильности имеющимися методами положительно ответили лишь 16 женщин (59%), нейтральное отношение к вопросу выразили 9 женщин (33%). Нейтральное отношение к данной проблеме было объяснено тем, что немалое количество женщин больше озадачены вопросами лечения основного заболевания.

Вывод: Большинство опрошенных женщин выявляют желание о сохранении фертильности в период заболевания. Однако результаты, полученные в данном исследовании, доказывают необходимость информирования молодых пациенток о возможной потере фертильности при проведении лечения, и методах сохранения репродуктивной функции для дальнейшего вынашивания и рождения детей [2].

Использованные источники:

- 1) Савченко В.Г., Паровичникова Е.Н. Острые лейкозы // Клиническая онкогематология: руководство для врачей. Под ред. Волковой М.А. 2-е изд., перераб. и доп. 2007. Р. 409–502.
- 2) Kulsoom B. et al. Clinical presentation of acute myeloid leukaemia - A decade-long institutional follow-up. // J. Pak. Med. Assoc. 2017. Vol. 67, № 12. Р. 1837–1842

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ПОЛИМОРФНАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯЭКСТРАСИСТОЛИЯ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ».**

Хабилова Г.И, Харисова Ю.И группа 2505

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – ассистенты кафедры внутренних болезней, А.

Ф. Молостова, Л.М. Салимова.

Актуальность. В ходе нашей производственной практики «Помощник врача-терапевта» мы столкнулись с интересным клиническим случаем – полиморфной желудочковойэкстрасистолией у беременной женщины.

Цель и задачи исследования. Ознакомиться с историей болезни пациентки и с источниками отечественной и зарубежной литературы.

Материалы и методы. Выписки из истории болезни пациентки, литературные источники, посвящённые данной теме.

Результаты и обсуждение. Пациентка Г.Л.Н, 38 лет обратилась к терапевту с жалобами на одышку, перебои в работе сердца, эпизоды понижения артериального давления, чувство заложенности в ушах. Пациентка на момент осмотра была беременна (3 беременность, 2 роды)

Терапевтом было назначено ЭКГ, на котором было выявлено множественныеэкстрасистолы, после чего пациентка была направлена к кардиологу. Кардиологом было назначено ЭХОКГ, где был выявлен пролапс митрального клапана и консультация аритмолога. После консультации

аритмолога пациентка было назначено суточное мониторирование, где было выявлено 13 тысяч экстрасистол по типу бигеминии. Так как экстрасистолы наблюдались преимущественно в ночное время, было принято решение об исключении назначения  $\beta$ -блокаторов. Назначены рациональное и сбалансированное питание с исключением животных жиров, прогулки на свежем воздухе, препараты магния, омега -3, наблюдения кардиолога. Пациентке рекомендовано родоразрешение в акушерском стационаре третьего уровня согласно приказу № 769 от 23.04.2021 года. После назначенного лечения повторное суточное мониторирование показало уменьшение количества экстрасистол в 2 раза.

Заключение: Производственная практика позволяет студентам сталкиваться с различными нозологическими формами заболеваний, нередко, протекающими в каждом персонифицированном случае по своему сценарию, подталкивает их к изучению данных случаев и формированию багажа знаний для последующего опыта работы в своей специальности.

## **ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ КАРДИОСТИМУЛЯТОРА**

Гимранов Р.Р., Мухамадиева А. И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней

Пальмова Л. Ю.

Актуальность темы. Инфекционный эндокардит (ИЭ) – инфекционно-воспалительное сердечно-сосудистое заболевание, обусловленное прямой инвазией микроорганизмами эндокарда клапанных структур. Рост использования имплантируемых кардиологических устройств неизбежно обуславливает увеличение числа лиц, подвергающихся риску инфицирования. Частота инфекции внутрисердечных устройств (ВСУ) составляет 1,9 на 1000 устройство-лет [1].

Цель работы – представить клиническое наблюдение, связанное с инфекцией ВСУ, предложить оптимальный вариант лечебной тактики.

Материалы и методы. Обследование и наблюдение пациента с ИЭ, изучение медицинской документации (амбулаторная и стационарная карты, выписки из стационаров).

Результаты. Пациентка В., 61 год. Жалобы на повышение температуры до 40°C, сжимающие длительные боли в перикардиальной области умеренной интенсивности после обычной физической нагрузки, инспираторную одышку в покое, выраженную потливость, головокружение, тошноту и снижение веса за последние 2 месяца на 8 кг. В 2015 году больной в связи с синдромом слабости синусового узла (СССУ) был установлен электрокардиостимулятор (ЭКС). В марте 2022 г была произведена реимплантация ЭКС, осенью 2022 г – стационарное лечение по поводу ИЭ.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски, петехиальные геморрагические высыпания на лице и кистях. Дыхание везикулярное, частота дыхания 16. ЧСС – 60 ударов в минуту, приглушенные сердечные тоны, АД – 120/80 мм.рт.ст. Живот безболезненный, периферических отеков нет.

Лабораторное обследование. В ОАК: СОЭ - 29 мм/ч, Leu – 10,98x10<sup>9</sup>/л. Биохимический анализ крови: АСТ – 42,7 Ед/л, СРБ – 109,6 мг/л, ПТИ – 62,4%, МНО – 1,43, прокальцитонин – 6,17 нг/мг. Бактериальный посев крови: Enterococcus faecalis.

ЭХОКГ. В полости правого предсердия лоцируется зонд-электрод с подвижными образованиями умеренной эхогенности размерами 12 x 6 мм. Умеренная регургитация на трикуспидальном клапане.

Консультация кардиохирурга. Инфекция ВСУ. Показано удаление электрода.

На основании клинических и лабораторно-инструментальных данных выставлен диагноз: Инфекционный эндокардит, подострое течение. Вегетации электрода ЭКС. Реимплантация ЭКС по поводу СССУ. ХСН I ФК II.

Проведено лечение: ванкомицин 1 г 2 раза в день внутривенно, амоксицилин 1,2 г 3 раза в день внутривенно, верошпирон 25 мг 2 раза в день, лозартан 25 мг 1 раз в день. В ходе лечения отмечалась положительная лабораторная динамика и нормализация температуры.

Заключение: В случае инфицирования внутрисердечных устройств благоприятный исход возможен только путем длительной адекватной комбинированной АБ терапии при условии удаления источника инфекции. В данной ситуации предпочтительной является методика эндокардиальной экстракции электрода.

Список литературы:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Инфекционный эндокардит и инфекция внутрисердечных устройств». Доступ: [https://scardio.ru/content/Guidelines/KP\\_Inf\\_Endokardit.pdf?ysclid=leiadgeupi153323086](https://scardio.ru/content/Guidelines/KP_Inf_Endokardit.pdf?ysclid=leiadgeupi153323086)

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОЙ НЕМАССИВНОЙ ТЭЛА У 18-ЛЕТНЕГО ЮНОШИ**

Глинкина А.В., Сарматина М.М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней Пальмова Л. Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Сердечно-сосудистые заболевания – серьезная проблема здравоохранения во всём мире по причине широкой распространённости и высокого уровня смертности. В большинстве случаев болезням сосудов и сердца подвержены лица пенсионного возраста, однако за последние десятилетия эти заболевания существенно «помолодели» и разбор данного клинического случая яркий тому пример.

Цель: Проанализировать клинический случай и выработать настороженность у будущих врачей в отношении тромбоэмболии у молодых лиц.

Материал и методы исследования: сбор анамнеза, объективное исследование, анализ данных истории заболевания и листа назначения.

Результаты и их обсуждение: пациент А., 18 лет заболел остро с подъемом температуры до 39 градусов и развитием малопродуктивного кашля с зеленоватой мокротой. С этими жалобами обратился в приемный покой многопрофильного

стационара, где была проведена рентгенограмма органов грудной клетки (далее Ro-грамма ОГК) и мазок на COVID-19 (отрицательный). При объективном осмотре: состояниесредней тяжести, за счет респираторного и интоксикационного синдрома. Частота дыхания- 22 в минуту. Левая половина грудной клетки отставала в акте дыхания, при сравнительной перкуссии в заднебоковой области слева выявлялось притупление перкуторного звука, а при аускультации здесь же - дыхание резко ослаблено. В аксилярной области слева определялось умеренное количество влажных мелкопузырчатыххрипов. Сердечно-сосудистая и пищеварительная системы без патологий. По данным лабораторных исследований выявлена нейтрофилия, смещение лейкоцитарной формулы влево, моноцитоз, повышение СОЭ. По данным Ro-граммы ОГК отмечается затемнение в проекции нижней доли левого легкого, средней интенсивности, неомогенное. Контуры неровные, нечеткие. Левый синус не просматривается - левосторонняя нижнедолевая пневмония. В связи с поставленным диагнозом была назначена антибиотикотерапия с положительной динамикой. Однако на 5 сутки нахождения в стационаре пациент почувствовал боль в левой голени, которой не придали значения. На следующие сутки присоединилисьболи в переднебоковой областигрудной клетки слева выраженной интенсивности, кровохарканье. С подозрением на ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии, острый венозный тромбоз левой голени в срочном порядке были проведены следующие обследования: коагулограмма, Д-димер, ЭХО-кардиоскопия, ультразвуковая доплерография сосудоввен нижних конечностей, РКТ ОГК. Была выявлена гиперкоагуляция, тромбоз задней большеберцовой и подколенной вены левой конечности и КТ признаки острой немассивной ТЭЛА с окклюзией нижнеждолевой ветви легочной артерии, сегментарных ветвейнижней доли левого легкого. Предполагаемый диагноз подтвердился, пациент для дальнейшего лечения был переведен в отделение неотложной ангиохирургии.

Заключение: Ввиду молодого возраста пациента, отсутствия сопутствующих заболеваний и факторов рискапредставленный случай острой ТЭЛА нельзя отнести к числу широко распространенных. Клиническая настороженность и высокая компетенция лечащих врачей позволили своевременно диагностировать грозную патологию. У молодых лиц необходимо иметь ввиду наличие врожденных тромбофилий, среди которых лидирует лейденовская мутация.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ХИРУРГА».**  
**РАЗБОР**  
**КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**  
**«ПОСТСТЕРНОТОМНЫЙ ПЕРЕДНИЙ СЕРОЗНЫЙ МЕДИАСТИНИТ С**  
**ОСТЕОМИЕЛИТОМ**  
**ГРУДИНЫ»**

Гатиатуллин А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней,

Пикуза А.В.

**Актуальность:** Постстернотомный медиастинит (ПСМ) является самым серьезным осложнением после операции на органы средостения. Несмотря на достигнутые успехи в профилактике развития этого осложнения, сохраняется достаточно высокий уровень летальности.

**Цель:** описать клинический случай с диагнозом «постстернотомный передний серозный медиастинит с остеомиелитом грудины»

**Материалы и методы:** проведен анализ истории болезни пациента Н. с данным заболеванием и изучена тактика лечения.

Пациент 58 лет 04.10.22 поступил в ГАУЗ «РКБ» г. Казань с жалобой на боль в грудной клетке в области операции. Анамнез заболевания: С 13.09.2022 по 04.10.2022 находился в ГАУЗ «МКДЦ» г. Казань с диагнозом ишемическая болезнь сердца. Стернокардия напряжения ФК 3. ПИКС с 2017 г. со снижением сократительной способности миокарда левого желудочка, фракция выброса 38%. Постинфарктный дефект межжелудочковой перегородки. ГБ 3 стадии. Контралируемая АГ. Атеросклероз брахиоцефальных артерий. 21.09.2022 проведена операция - пластика митрального клапана на опорном кольце «Карпанть» № 30, пластика трикуспидального клапана по Де-Вега, мамкоронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения и фармакоолодовой кардиоopleгии. Пластика постинфарктных дефектов межжелудочковой перегородки, геометрическая реконструкция левого желудочка по Дору-Жатане с пликацией межкапиллярного пространства в условиях ИК и ФХКП. От 23.09.22 Рестернотомия. Гемостаз.

**Сопутствующие заболевания:** сахарный диабет 2 типа, инсулинопотребный. Ожирение 1 степени. Хронический гастрит. Хронический панкреатит. Мочекаменная болезнь. Хроническая болезнь почек.

**Лекарственный анамнез:** лизаноприл, бисопролол, аторвастатин, ацетилсалициловая кислота, инсулин.

Гематрансфузия не проводилась.

**Объективно:** общее состояние при поступлении – удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. В пространстве и времени ориентирован. Положение малоактивное. Телосложение: нормостеническое. Вес 85 кг, рост 160 см. индекс массы тела 33,2 (ожирение 1 ст.) Температура тела 36,6<sup>0</sup>С. Кожные покровы: чистые. Видимые слизистые розовые чистые. Склеры нормальной окраски. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, эластичные. Щитовидная железа не пальпируется. Грудные железы мягкие,

безболезненные, без уплотнений. ЧСС– 77 уд. в минуту. ЧД 16. Дыхание везикулярное, без патологических шумов.

Компьютерная томография от 04.10.2022: В полости перикарда слой жидкости до 10 мм. Дефект мягких тканей на уровне грудины, дефект грудины. Консолидированные переломы 2- 5 ребер.

Биохимическое исследование от 05.10.2022: С-реактивный белок- 27,5 мг/л  
ОАК от 05.10.2022: анемия, лейкоцитоз, тромбоцитоз, лимфоцитоз.

На основании анамнеза, лабораторно-инструментальных исследований и критериев ПСМ выставлен диагноз постстернотомный передний серозный медиастинит с остеомиелитом грудины.

06.10.2022 проверили ВХО и установили вакуум-дренирование. Систему меняли с периодичностью в 3-4 дня. Применение данного метода дало свои результаты. С-реактивный белок с 81,4мг/л уменьшился до 32,7,мг/л, а на 10 день по краям раны и на дне появились свежие грануляции.

Заключение: Анализ клинического случая показывает сложность введения и этапность лечения пациента с данным заболеванием. Крайне важно правильный подбор тактики лечения. Применение вакуум-дренирования позволяет эффективно провести очистку раны, ускорить процесс регенерации.

## **РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ИНГИБИТОРЫ SGLT2 В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТКИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ».**

Гибадуллина Л.А., Зарипова А.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

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

Актуальность: У значительной части пациентов на фоне сахарного диабета 2 типа (СД2) развиваются хронические осложнения, среди которых наиболее частым является хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают 52% среди причин смертности от СД2. В связи с этим всю большую популярность получают сахароснижающие лекарственные препараты с кардиопротективными свойствами. Одним из представителей данной группы препаратов являются ингибиторы SGLT2 (иSGLT2).

Цель: Определить эффективность применения иSGLT2 в лечение пациентки, страдающей СД2 в сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Методы: Клинический разбор пациентки, принимающей эмпаглифлозин более 6 месяцев; анализ научных статей, посвященных возможности применения иSGLT2.

Результаты: Механизм действия эмпаглифлозина является инсулиннезависимым и осуществляется за счет блокирования белков ко-транспортеров в проксимальных канальцах почек, что приводит к повышенному выведению глюкозы с мочой. Кардиопротективные свойства объясняются гемодинамическими и метаболическими эффектами. Для оценки эффективности применения и SGLT2 у данной пациентки нами предлагается рассматривать такой критерий, как качество жизни. Часто применяемым инструментом для

определения данного критерия является Миннесотский опросник "Жизнь с сердечной недостаточностью". До включения в схему лечения и SGLT2 качество жизни оценивается на 40 баллов, после – на 29, что свидетельствует о положительном влиянии эмпаглифлозина на самочувствие пациентки. Кроме того, выявлено влияние эмпаглифлозина на уменьшение висцеральной жировой ткани, что является немаловажным с точки зрения снижения инсулинорезистентности. Через 24 недели у пациентки отмечалось снижение массы тела на 2,6 кг. К нежелательным эффектам применения и SGLT2 относится развитие диабетического эугликемического кетоацидоза в отсутствие кетонурии, что определяет необходимость установления уровня кетоновых тел в плазме. По результатам биохимических анализов крови у данной пациентки повышение кетоновых тел во время приема эмпаглифлозина не выявлено. Учитывая, что пациентка находится в группе риска развития кандидозной инфекции (женский пол, предшествующая инфекция в анамнезе), при назначении и SGLT2 была проведена беседа по соблюдению гигиенических правил. В результате возникновение генитальных инфекций на фоне приема эмпаглифлозина не установлено.

Заключение: И SGLT2 являются новой группой препаратов с уникальным инсулиннезависимым механизмом действия. Добавление в терапию СД 2 типа и SGLT2 позволяет улучшить качество жизни пациента. При соблюдении правил назначения и SGLT2 побочные эффекты предотвратимы и управляемы.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «БОЛЕЗНЬ НИМАННА–ПИКА».**

Галявкин А.В.

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней  
Миролюбов Б.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Болезнь Ниманна-Пика – является редким наследственным дегенеративным мультисистемным заболеванием, при котором происходит накопление липидов в головном и костном мозге, лимфатических узлах, селезенке и печени. При данной патологии проявляются очаговые неврологические симптомы: задержка нервно-психического развития, мозжечковые и глазодвигательные нарушения, дистония, дизартрия, так же очень часто у пациентов наблюдаются эпилептические судорожные приступы.

На основе возраста, степени выраженности клинических проявлений и интенсивности накопления липидов, в тканях выделяют 3 типа:

- Тип А (классический) – характерно раннее поражение центральной нервной системы.
- Тип В (висцеральный) – преимущественное негативное влияние на паренхиматозные органы, выражение которых появляются в более поздние сроки.
- Тип С – медленное прогрессирование поражений нервной системы, дебют может быть в разном возрасте.

Распространённость первых двух типов среди общей популяции составляет 1 случай на 250 000 человек, типа С – 1 на 120-150 000 населения.

Патогенез типа АиВ идентичен, различие только в процентном соотношении блокировки гена SMPD-1. Что в первом случае приводит к полной блокировке синтеза сфингомиелиназы, из-за чего накапливаются сфинголипиды в ЦНС и внутренних органов, а в втором случае лишь на 20-30%. При типе С наблюдается дефект гена NPC1 и NPC2 кодирующих белки-переносчики холестерина и других липидов.

Симптомы соответственно: тип А – первые признаки с самого рождения-увеличенная печень и/или селезёнка. Далее проявляется задержка в ФР и НПР. На втором году появляется спастичность мышц. Если же идёт сильное прогрессирование, то возможны нарушения работы сердца и лёгких; тип В – отсутствие воздействия на ЦНС, но при этом у пациентов возможно увеличение печени, лимфатических узлов, селезёнки, ИБЛ; Тип С – заболевание дебютирует в 7-12 лет. Задержка общего развития, атония мышц как наружных, так и внутренних (что приводит к тому что ребёнок постепенно перестаёт самостоятельно принимать пищу) [1].

Цель: продемонстрировать особенности наследственного заболевания Ниманна-Пика, а также паллиативное лечение, которое применялось в данном клиническом случае.

Задачи:

1. Изучить историю болезни пациента.
2. Изучить данные лабораторно-инструментальных исследований.
3. Изучить особенности течения заболевания.
4. Ознакомиться с проводимым паллиативным лечением данного заболевания.

Методы исследования: было проведено ретроспективное исследование – анализ и обработка истории болезни пациента.

Вывод: на начальных этапах заболевания производят симптоматическое лечение.

Применяются противосудорожные, психотропные, статины, холиноблокаторы.

Хирургическое лечение эффективно только при типе В, путём трансплантации стволовых клеток, что уменьшает степень висцеральных симптомов. В запущенной стадии, не зависимо от типа болезни производят только паллиативное лечение. Как такового лечение, гарантировавшего бы полное выздоровление, не существует, но с каждым годом масштаб экспериментальных исследований растёт.

Список использованной литературы:

1. Михайлова С.В. Нейрометаболические заболевания у детей и подростков диагностика и подходы к лечению / С.В. Михайлова, Е.Ю. Захарова, А.С. Петрухин. - Изд. 2-е, испр. и доп. - Москва: Литтерра, 2018. - 368, [5] с.



# **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ХИРУРГА». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «СЕГМЕНТЭКТОМИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КАВЕРНОЗНОЙ ГЕМАНГИОМЕ».**

Алимова Ю.Р., Хисматова М.Р.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней  
Пикуза А.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Гемангиома — одна из наиболее распространенных доброкачественных опухолей, обнаруживаемых в печени, поражающая как мужчин, так и женщин всех возрастов. Хотя точная распространенность гемангиом печени точно не установлена, исследования показали, что они могут составлять от 5% до 15% всех опухолей печени. Данное новообразование в основном поражает кости, печень, легкие. В нашей практике встретился пациент с таким заболеванием. Данное изменение поразило печень и частично селезенку больной. В этой работе разбираются особенности самого случая, лечение и результат, проведенной работы.

Наличие гемангиомы печени не обязательно оказывает прямое влияние на здоровье или качество жизни пациента. Однако в некоторых случаях размер и расположение гемангиомы могут вызывать дискомфорт или боль, а также другие симптомы, такие как усталость, тошноту, желтуху и так далее. В редких случаях большие гемангиомы могут вызвать сдавление окружающих органов и привести к более серьезным проблемам со здоровьем, таким как печеночная недостаточность или кровотечение.

В то время как большинство гемангиом печени требуют консервативного лечения, те, которые вызывают симптомы или влияют на функцию органа потребуется удалить с помощью хирургических или минимально инвазивных методов. Это может улучшить качество жизни пациента и облегчить любой дискомфорт или боль, вызванные гемангиомой.

Сегментэктомия печени при гемангиоме - это метод хирургического удаления определенного сегмента печени, который поражен гемангиомой. Эта процедура может быть необходимой в некоторых случаях, когда гемангиома увеличивается в размерах и начинает давить на соседние ткани. Однако, принимать решения о том, нужна ли сегментэктомия, должен квалифицированный врач. В нашем клиническом случае было решено провести хирургическое лечение гемангиомы, а именно сегментэктомию 4а, 7, 8 долей печени, так как для консервативного лечения размер новообразования велик.

Пациентам с гемангиомами печени важно регулярно проходить медицинские осмотры и мониторинг, чтобы убедиться, что гемангиома не растет и не вызывает каких-либо проблем со здоровьем в будущем. В заключение, хотя распространенность и последствия гемангиом печени могут варьироваться от пациента к пациенту, надлежащая медицинская помощь и ведение могут помочь поддерживать хорошее здоровье и качество жизни для тех, кто страдает этим заболеванием.

Целью нашей работы является демонстрация клинического случая кавернозной гемангиомы печени, охватившей 4а, 7, 8 доли.

Поставленные нами задачи:

1. Изучить историю болезни пациентки.
2. Изучить данные лабораторно-инструментальных исследований.
3. Ознакомиться методами лечения гемангиом печени, в особенности методикой проведения сегментэктомии при гемангиомах печени.

Вывод: Была проведена сегментэктомия 4а, 7, 8 долей. Операция прошла успешно. На фоне инфузионной терапии повысились показатели АЛТ и АСТ. Образовалась гематома послеоперационной раны, которая разрешилась консервативно. Пациентку выписали на 5 сутки.

## **СЛОЖНОСТИ ПОДБОРА АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Салимзянова А.Р.

Научный руководитель - ассистент кафедры внутренних болезней Зиннатуллина А. Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Несмотря на широкий выбор антимикробных препаратов, до сих пор лечение инфекционного эндокардита (ИЭ) является сложной задачей. Основной принцип терапии — ранняя, массивная и длительная (4-6 недель) антибактериальная терапия (АБТ) с учетом чувствительности выделенного возбудителя к антибиотикам. Данный клинический случай доказывает важность соблюдения этих принципов.

Мужчина 75 лет поступил в ГАУЗ ЦГКБ №18 2.01.2023г. с жалобами на лихорадку до 39<sup>0</sup>С. В общем анализе крови (ОАК) лейкоцитоз 10,27 10<sup>9</sup>/л, С-реактивный белок(СРБ) 216,6 мг/л, прокальцитонин 0,9512 нг/мл. Из крови высеян *Staphylococcus epidermidis*, чувствительный к следующим антибиотикам: ко-тримоксазол, линезолид, норфлоксацин, тетрациклин, тигециклин, хлорамфеникол. По данным ЭХО-КС вегетации на протезе митрального (МК) и трикуспидальном клапанах (ТК).

В анамнезе инфекционный эндокардит в декабре 2021 г., когда он проходил лечение в ГАУЗ «ГБ №11» по поводу лихорадки. При поступлении в ОАК СОЭ 25 мм/час, лейкоцитоз 9,28x10<sup>9</sup>/л, СРБ 36,9 мг/л. Вегетации на МК и электроде кардиостимулятора (ЭКС). Из крови высеян *Staph. epidermidis*. В течение 20 дней получал амоксициллин/клавулановую кислоту (АКК), цефепим/сульбактам, ципрофлоксацин. При выписке СОЭ 16 мм/ч, СРБ 5 мг/мл, лейкоциты 3,6x10<sup>9</sup>/л, лихорадки нет. АБТ домой не назначалась.

В январе 2022 г. произведено биопротезирование МК в сочетании с пластикой трикуспидального клапана (ТК), удаление ЭКС. Получал цефтриаксон 8 дней.

21.09.22г. госпитализация в ГАУЗ «КМУ» с жалобами на подъем температуры до 39<sup>0</sup>С. В ОАК СОЭ 37 мм/час, лейкоцитоз 12,75x10<sup>9</sup>/л, СРБ 111,6 мг/л. По данным ЭХО-КС вегетация на передней стенке биопротеза МК. Был выставлен диагноз: подострый ИЭ протеза митрального клапана. Получал цефотаксим/сульбактам, левофлоксацин, цефтриаксон 8 дней. При выписке СРБ 84,6 мг/л, СОЭ 36 мм/час, лейкоциты 8,42x10<sup>9</sup>/л, лихорадки нет. АБТ на дом не рекомендована.

Повторная госпитализация 27.10-28.11.22 г. в МСЧ «КФУ» с лихорадкой до 38,1<sup>0</sup>С. В ОАК СОЭ 47 мм/час, лейкоцитоз 11,6x10<sup>9</sup>/л. Из крови повторно высеян Staph.epidermidis. Получал ванкомицин 10 дней, линезолид 7 дней. При выписке лихорадки нет, рекомендовано продолжить левофлоксацин 1000 мг в сут. и АКК 2000 мг в сут. 14 дней.

После прекращения АБТ повторно лихорадка 38<sup>0</sup>С, госпитализирован в ГАУЗ «КМУ» 26.12-30.12.22г. Получал цефтриаксон, меропенем, ципрофлоксацин. На дом рекомендовано цефексим 400 мг в сут., ципрофлоксацин 1000 мг в сут. месяц.

В ЦГКБ №18 получал имепенем 7 дней, линезолид 3 дня, моксифлоксацин 7 дней. Выписан 13.01.23: лейкоциты 9,95x10<sup>9</sup>/л, СРБ 150,7 мг/л, СОЭ 25 мм/час, лихорадки нет. Домой рекомендовано продолжить линезолид 1200 мг/сут 6 недель. В динамике через 6 недель лихорадки нет, лейкоциты, СРБ в норме. Пациент готовится к повторной операции в кардиохирургии.

Терапия инфекционного эндокардита требует не только подбора адекватной антибиотикотерапии с учетом чувствительности возбудителя к АБТ, но и соблюдения длительности терапии.

**«ПОМОЩНИК МЕДСЕСТРЫ РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОГО  
ОТДЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО  
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА».  
РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «МИОМА МАТКИ».**

Усманова Н.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – декан факультета ВСО Морозова Ольга Николаевна

На данный период времени в гинекологической практике процент заболеваемости миомой матки варьируется от 20% до 77% возникновения данного случая, именно поэтому проблема выбора метода лечения миомы матки так актуальна в современное время. Также в связи с ухудшением уровня жизни и экологической составляющей в целом увеличивается число женщин репродуктивного возраста, страдающих миомой матки, а также возрастных первородящих (после 35 лет).

Кроме того, мы можем рассмотреть патологию матки со стороны социального аспекта, где главной фигурой выступает именно сама женщина. По развитию истории мы наблюдаем как менялся образ женщины в целом, ее роль в семье и обществе, ее основные функции и права как личности. Женщина 21 века ведет активный и ритмичный, не переносящий застоев, образ жизни, в связи с этим увеличивается нагрузка, возлагаемая на нее, что может привести к ухудшению качества жизни, снижению работоспособности, увеличению дисфункций организма, частоты обращений в медицинские организации и гинекологические отделения, увеличению затрат государства на реабилитацию таких пациенток.

Цель исследования является выявление основных лечебно-профилактических методов, проводимых медицинской сестрой реанимации в отношении пациента

Основные задачи исследования:

1. Выявить в ходе практики лечебно-профилактические методы, направленные на помощь женщинам
2. Сделать анализ работы сестринской помощи женщинам при миоме матки.
3. Проследить за состоянием пациенток после оперативного вмешательства, также оценить качество жизни и его влияние на дальнейшее послеоперационное восстановление.

Миома матки (лейомиома, фиброма, фибромиома) – доброкачественная моноклональная гормонально-зависимая опухоль, развивающаяся из мышечных и соединительно-тканых элементов. Клинические проявления миомы матки могут отсутствовать, быть минимальными или иметь остро выраженную клиническую симптоматику и снижать качество жизни пациентки. Основными симптомами патологии являются: боль, кровотечение, нарушение функции соседних органов, железодефицитная анемия, нарушение репродуктивной функции [3].

Список литературы:

1. Воронцов И. М. Оптимизация рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения миомы матки / И. М. Воронцов – Омск: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2017 –
2. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – Москва: Медиа Сфера, 2006. – 305 с.
3. Миома матки. Современные подходы к органосохраняющему лечению: учебное пособие / сост.: И.В. Сахаутдинова, Т.П. Кулешова, А.Р. Хайбуллина, Э.М.Зулкарнеева, С.Ю.Муслимова, И. М. Таюпова. - Уфа: Изд-во БашНИПИнефть, 2014. - 44 с.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИНЫ С ДИПЛАЗИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВРЕМЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Зарипов Имиль Радикович, гр. 2405, Рашитова Элина Ленаровна, гр. 2505

Научные руководители – к.м.н., профессор кафедры детских инфекций Халиуллина Светлана Викторовна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна, ассистент кафедры акушерства и гинекологии Мугинова Аделя Маратовна  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Навыки и умения, полученные во время прохождения производственной практики (ПП) крайне необходимы и полезны, поскольку они позволяют закрепить накопленные теоретические знания. Участие в клинических разборах мотивирует студентов медицинских вузов к участию в научно-исследовательской работе и дает стимул к дальнейшему обучению в рамках профессиональных компетенций.

Цель. Проанализировать и описать клинический случай ведения беременности у женщины с дисплазией шейки матки во время прохождения ПП на базе родильного дома ГАУЗ Чистопольская ЦРБ МЗ РТ.

Задачи исследования. Ознакомиться с работой родильного дома в режиме круглосуточного оказания акушерско-гинекологической помощи населению; овладеть навыками выполнения манипуляций из перечня практических навыков и умением общения с пациентами. Описать клинические случаи ДШМ у женщины во время беременности.

Материал и методы исследования. Присутствие на осмотрах, консилиумах врачей акушеров-гинекологов с разбором клинических случаев и индивидуальным подходом к диагностике и лечению. Углубленное изучение литературы, работа с первичной медицинской документацией, осмотр и сбор анамнеза пациентки, анализ полученных данных.

Результаты. В ходе выполнения НИР при динамическом наблюдении детально изучен и проанализирован клинический случай ДШМ у женщины, 28 лет, во время беременности. ДМШ - нарушение созревания и дифференцировки клеток многослойного плоского эпителия; наиболее частая морфологическая форма предрака. Рак шейки матки является четвертым по распространенности видом рака среди женщин во всем мире. По оценкам, в 2020 г. произошло 604 000 новых случаев заболевания и 342 000 случаев смерти от него. Порядка 90% новых случаев заболевания и смерти в 2020 г. При поступлении был проведен осмотр, взят мазок на гистологическое исследование, по результатам которого выставлен диагноз дисплазия шейки матки высокой степени. Также, исходя из результатов диагностики у пациентки имеется высокий риск возникновения ИЦН, приводящее к самопроизвольному прерыванию беременности. Не смотря на все опасения, консилиумом врачей при участии онкологов было принято решение о сохранении беременности и коррекции терапевтической тактики с учетом выявленного патологического состояния. Дальнейший диагностический поиск включал гистологическое исследование в динамике, наблюдение у врачей-онкологов.

Заключение. Описание клинических случаев способствует расширению кругозора у студентов, формированию клинического мышления, а также понимания и оценки важности диагностики заболевания. ПП позволяет полноценно овладеть необходимыми навыками, закрепить теоретические знания, полученные на дисциплинах и обрести опыт в коммуникациях с пациентами

## **ОРГАНИЗАЦИЯ РЕЖИМА РАБОТЫ И ОТДЫХА СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОТДЕЛЕНИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ ГАУЗ ГКБ №7**

Бектимирова Регина Рамисовна группа 2102.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – Фатыхов Руслан Ильгизарович - к.м.н., ассистент, врач-хирург.

Введение. Работа в отделении анестезиологии и реанимации ассоциирована с большой физической и психоэмоциональной нагрузкой. Как для качественного выполнения должностных обязанностей средним медицинским персоналом, так и для поддержания их собственного здоровья на должном уровне, в отделении необходим сбалансированный режим работы и отдыха.

Актуальность: повышенный градус ответственности и значительные масштабы работы в отделении анестезиологии и реанимации на фоне ненормированного режима отдыха могут отрицательно сказываться на состоянии здоровья среднего медицинского персонала, что в свою очередь оказывает влияние и на их профессиональной деятельности. Было установлено, что сотрудники ОРИТ в 7 раз чаще врачей других специальностей встречаются с эмоциональным истощением и в 4 раза чаще страдают от ИБС. Также велик процент суицида (2-е место согласно статистике, после психиатров).

Цель исследования - провести анализ удовлетворенности среднего медицинского персонала отделения анестезиологии и реанимации №1 ГАУЗ ГКБ#7 условиями действующего в отделении режима работы и отдыха.

Задачи исследования:

- 1) Ознакомиться с установленным режимом работы и отдыха среднего медицинского персонала в отделении анестезиологии и реанимации
- 2) Провести анкетирование среди среднего медицинского персонала с помощью GoogleForms
- 3) Графически отобразить результаты исследования, проанализировать и сделать выводы.

Материалы и методы исследования: была создана гугл форма с анкетой и распространена среди работников отделения.

В исследовании принимают участие работники ОАиР№1 ГАУЗ ГКБ№7, в том числе ординаторы и врачи.

Результаты исследования:

Основной мотивационный фактор, привлекающий на работу в ОАиР№1 – желание обрести колоссальный опыт в области ухода за пациентами.

Около 75% опрошенных работают в отделении 1-2 года. При этом три четверти респондентов отметили работу в реанимационном отделении как крайне тяжелую.

Послесменный отдых в достаточной мере не восполняет потраченные силы – что единогласно подчеркнули все опрашиваемые, а достаточность внутрисменных перерывов выделило лишь 25% участников опроса.

Половина опрошенных в целом довольны имеющимся режимом в отделении, большая часть отметила, что в отделении выполняются требования ТК РФ о минимальной продолжительности времени отдыха. ОАиР№1 располагает

специальными помещениями для отдыха, но большинству респондентов это кажется недостаточным (Рис.1).

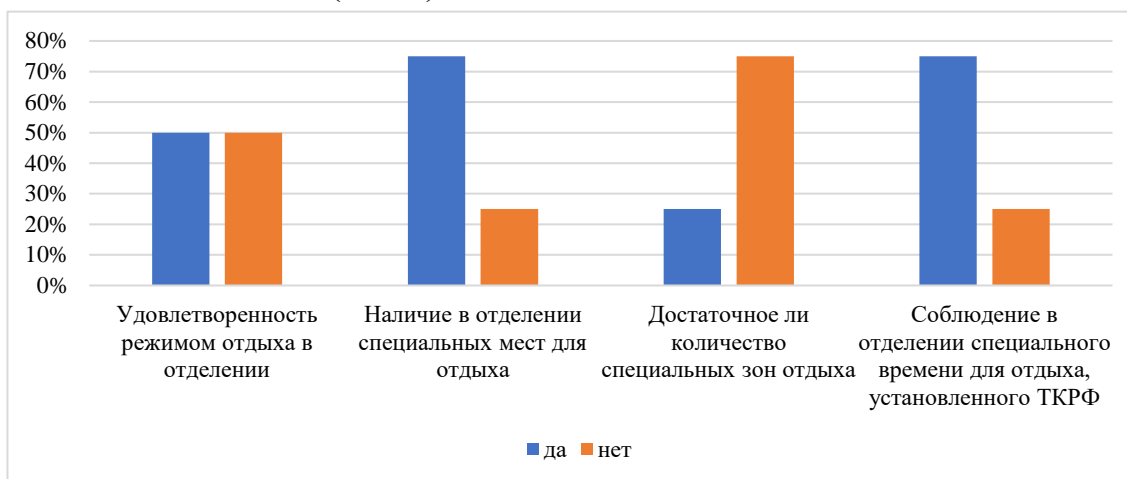


Рисунок 1. Результаты анкетирования

Вывод: специфика отделения, несмотря на выполняющиеся требования в организации режима работы и отдыха, не дает возможности персоналу в полной мере восстановить силы. Респондентами в ходе анкетирования для совершенствования режима работы и отдыха было предложено увеличить штат среднего медицинского персонала, оптимизировать рабочий график, ввести день для выходного в случае 36-часовых смен, дополнительно оборудовать места для отдыха персонала в отделении.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВО ВРЕМЯ ПРАКТИКИ: ГИДРОЦЕФАЛИЯ У РЕБЕНКА 11 ЛЕТ

Ефремова Ксения Анатольевна, группа 2302, Сыроева Альбина Юрьевна, группа 2405, Рашитова Элина Ленаровна, группа 2505

Научные руководители – д.м.н., профессор кафедры детских инфекций Халиуллина Светлана Викторовна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Во время прохождения производственной практики (ПП) «Помощник палатной медсестры» на базе ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ удалось освоить и провести многие манипуляции из перечня практических навыков, а также наблюдать интересный клинический случай гидроцефалии у подростка. Гидроцефалия - наиболее частое заболевание нервной системы у детей. По данным различных источников гидроцефалия наблюдается у 5-15 из 1000 новорожденных.

**ЦЕЛЬ.** Описать случай гидроцефалии у ребенка 11 лет.

**Задачи исследования.** Выполнить манипуляции, закрепить полученные знания, писать клинический случай.

**Материалы и методы.** Анализ историй развития и болезни, объективный осмотр и сбор анамнеза, описание клинического случая, обзор литературы.

**Результаты и их обсуждение.** Во время ПП выполнено большинство из перечня манипуляций (раздача лекарственных препаратов детям, проведение очистительной и лекарственной клизм, заполнение медицинской документации,

сбор биологических жидкостей для анализов и другие). Пациент N, 11 лет. Ребенок от 3 беременности, 2 естественных родов со стимуляцией на сроке 36 недель, с массой 3257 грамм. Родители здоровы. Нервно-психическое развитие ребенка с задержкой на 2 эпикризных срока. Профилактические прививки по индивидуальному плану. Появление и развитие заболевания связывают с перенесенным внутриутробно (28 недель) гриппом (H1N1). Мать неоднократно госпитализировалась на сохранение беременности. Из истории родов известно: околоплодные воды зеленого цвета, внутриутробная гипоксия плода. В возрасте 2-х месяцев при плановом осмотре у участкового педиатра фонегармоничного, пропорционального физического развития было отмечено увеличение окружности головы, назначена консультация невролога, проведена магнитно-резонансная томография (расширение боковых желудочков, истончение мозолистого тела и его поджатость со стороны желудочков) и компьютерная томография (перивентрикулярное снижение плотности мозговой ткани в лобных, затылочных областях). При офтальмологическом осмотре отмечены застойные явления на глазном дне, атрофические процессы, кровоизлияния, изменения тонуса и калибра сосудов. Поставлен диагноз «Гидроцефалия». Терапевтическая тактика включала назначение диуретиков с целью снижения внутричерепного и внутриглазного давления и витаминотерапию. Ребенок находится на диспансерном наблюдении у невропатолога.

**Заключение.** Представленный клинический случай демонстрирует необходимость ограничения контактов беременных, с целью минимизировать вероятность возникновения вирусных и инфекционных заболеваний; важность динамического наблюдения у врача женской консультации, а также своевременное диагностирование формирования патологии и определение адекватной терапии для возможности сохранения качества жизни на должном уровне.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА  
«ПОМОЩНИК ПАЛАТНОЙ МЕДСЕСТРЫ».  
РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «5-МЕСЯЧНЫЙ ПАЦИЕНТ С  
ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ  
СИСТЕМЫ  
И ПОСТНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИЕЙ».**

Гафиатуллина Лилиана Айдаровна, группа 2307, Киселев Роман Павлович,  
группа 2507

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – д.м.н., доцент кафедры детских инфекций Халиуллина  
Светлана Викторона, к.м.н., доцент кафедры  
пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия  
Мидхатовна

**Введение.** Производственная практика проходила в отделении для детей раннего возраста (от 1 месяца до 4 лет) с психоневрологическими, физическими отклонениями, оставшихся без попечения родителей на базе детского стационара МУЗ ЦГКБ №18 г. Казани. Часто детей в отделение доставляют сотрудники полиции, подразделений по делам несовершеннолетних (ПДН) и скорой помощи.



**Цель.** Описать клинический случай пациента в возрасте 5 месяцев сперинатальным поражением центральной нервной системы и постнатальной гипотрофией.

**Задачи.** Описать особенности прохождения производственной практики в отделении, представляющим детей из социально-опасной группы населения. Охарактеризовать навыки и умения из перечня манипуляций, которыми овладели, а также знания, полученные при изучении дисциплин на практических и лекционных занятиях.

**Материалы и методы.** Работа с историей болезни, общий осмотр пациента.

**Результаты и их обсуждение.** При прохождении производственной практики полученные при изучении различных дисциплин знания и умения были реализованы нами при выполнении манипуляций из перечня практических навыков. Согласно цели исследования описан клинический случай пациентки Л.В.В. 10.01.2022 года. Из анамнеза известно, что ребенок от 6 беременности, преждевременных оперативных родов на сроке 30 недель на фоне осложненного акушерско-гинекологического анамнеза (тяжелая преэклампсия с плацентарной недостаточностью, задержка роста плода). При рождении 5-6-7 баллов по шкале Апгар, масса 990 грамм, длина 38 см. Ребенок родился в тяжелом состоянии, обусловленном дыхательной недостаточностью, цереброваскулярными нарушениями и экстремально-низкой массой тела. При поступлении в возрасте 5 месяцев состояние средней степени тяжести, за счет общего переохлаждения, неврологической симптоматики и дефицита массы. Ребенок был изъят у мужчины в состоянии алкогольного опьянения, не являющимся законным представителем. Получала лечение: адаптированная смесь НАН-1, каша гречневая; с целью улучшения метаболизма холекальциферол и левокарнитин; массаж общий; курс; ноотропные препараты; иммуномодуляторы и иммуноглобулин. На фоне лечения отмечалась положительная динамика, 02.09.2022 года пациентка переведена в дом малютки в удовлетворительном состоянии с массой тела 5999 грамм.

**Заключение.** Во время практики мы смогли реализовать полученные знания и умения при изучении теоретических и клинических дисциплин и закрепить навыки (кормление, проведение термо- и антропометрии, раздача лекарственных препаратов, заполнение документации) у постели пациентов. Производственная практика позволила приобрести опыт в курации пациентов младшего возраста и описании клинического случая.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВИ.**

Шарафиева Л.З.

Научный руководитель – к.м.н., доцент Макаров Максим Анатольевич  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

**Актуальность:** Кровь один из самых важных элементов нашего организма. Именно кровь обогащает питательными веществами наши органы и ткани, то есть выполняет питательную функцию. И у такой важной части организма, конечно же, бывают и патологические случаи- заболевания системы крови. Эти явления не такие частые, но можно отнести к одним из самых тяжелых заболеваний.

Некоторые из них могут привести к злокачественным опухолям. Они нередко дают летальный исход.

Цель исследования: изучение проявления пролиферативных синдромов при гемобластозах – острого миелобластного лейкоза на примере клинического случая.

Материалы и методы: в ходе работы изучены история болезни и предыдущие выписки госпитализаций, проанализированы результаты медицинских исследований.

Результаты. Пациентка, 1971 года рождения, поступила в онкогематологическое отделение в г. Казань с жалобами на быструю утомляемость, потерю веса, боли в суставах, костях и мышцах. Состояние пациентки тяжелое, кожные покровы бледные, тоны сердца ясные, в печени небольшое увеличение, селезенка в норме, температура 37,4<sup>0</sup>С. В общем анализе крови выявлено 20% бластных клеток. Выполнена стерильная пункция, в пунктате костного мозга выявлена инфильтрация опухолевыми клетками различных размеров. На основании цитологической картины костного мозга и на основе цитохимических анализов поставлен предварительный диагноз – острый миелоидный лейкоз. Затем, сопоставляя полученные результаты исследования костного мозга и результаты цитологического анализа миелограммы, поставили точный диагноз. В данном случае заключительный диагноз соответствовал предварительному. Был проведен курс химиотерапии, после которого количество бластных клеток составляло уже не более 2%.

Вывод. Анализ данного клинического случая подтверждает необходимость своевременной диагностики и адекватной терапии проявлений и осложнений такого сложного заболевания, как острый миелобластный лейкоз.

## **УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

Короткова М.Л.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители - к.м.н., доцент кафедры детских инфекций Сабитова А.М., ассистент кафедры оториноларингологии Салимов Л.И., к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии Фатыхов Р.И.

Заболевания носа и околоносовых пазух относятся к одним из наиболее частых заболеваний, развивающихся на фоне ОРВИ и имеющих в 90-98% случаев вирусную этиологию, в 2-10% - бактериальную. При неправильном или несвоевременном лечении эта патология часто приобретает хроническое течение и может иметь тяжелые внутричерепные осложнения. Поэтому очень важно обеспечить необходимый уход и правильное выполнение манипуляций пациентам в ЛОР-отделении стационара.

Цель работы: выявить особенности ухода за пациентами с заболеваниями носа и околоносовых пазух в условиях стационара. Задачей исследования явилось описание методики основных манипуляций в ЛОР-отделении стационара, в которых принимают участие медсестры.

Медсестра лор-отделения помогает врачу при следующих манипуляциях:

1) Аппликация и инстилляция лекарственных средств с использованием носорасширителя или носового зеркала разных размеров.

2) Остановка кровотечения.

Умеренное носовое кровотечение останавливают с помощью носового ватного тампона. При сильном носовом кровотечении больному проводят переднюю тампонаду полости носа, а при ее неэффективности прибегают к задней тампонаде носа [1].

3) Туалет полости носа. Он включает в себя различные виды дренирования околоносовых пазух:

а) Промывание носа методом перемещения жидкости по Проетцу («кукушка»). Этот способ заключается в выведении из околоносовых пазух патологического отделяемого за счет создания отрицательного давления в полости носа. Больного во время процедуры просят произносить «ку-ку» для отделения носоглотки от полости носа поднятием мягкого неба.

б) При гайморите проводятся пункции гайморовой пазухи с последующим промыванием полости носа раствором антисептика и введением антибиотика. Манипуляция выполняется под местной аппликационной анестезией 10%-ным раствором лидокаина. Перед пункцией проводят анемизацию слизистой носа, сосудосуживающее средство вводят в нижний носовой ход. При остром гайморите пункция проводится через 1 – 2 дня, при хроническом – через 1-3 суток [2]. В некоторых случаях после пункции проводится дренирование полости носа с помощью силиконовой трубки, которую на несколько дней прикрепляют к щеке пациента.

в) ЯМИК-метод, как правило, используется в качестве альтернативы пункции. Это промывание полости носа через синус-катетер, при котором происходит создание положительного и отрицательного давления в полости носа и околоносовых пазухах. Манипуляция проводится под местной анестезией.

Туалет полости носа может включать в себя также и другие процедуры, такие как, например, удаление корок при атрофическом рините [3].

4) Забор биоматериала с помощью стерильного зонда с ватой и носового зеркала.

5) Наложение повязок при травмах и после операций.

6) Контроль за температурой тела, АД, состоянием дыхания, общим самочувствием, чистотой в палате и др.

Таким образом, сестринский уход за пациентами с заболеваниями носа и околоносовых пазух включает большое количество манипуляций, проведение которых играет важную роль в успешном лечении пациентов.

Список литературы:

1) Сестринская помощь при заболеваниях уха, горла, носа, глаза и его придаточного аппарата: учебное пособие / под ред. А. Ю. Овчинникова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 176 с.

2) Пальчун, А. В. Гуров. Болезни уха, горла и носа: учебник. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 336 с.

3) Э. Д. Рубан. Болезни уха, горла, носа: учебное пособие. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021. - 302 с.

# **МОЯ НАУЧНАЯ РАБОТА ВО ВРЕМЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ» - РОЛЬ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ В-КЛЕТОЧНЫХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Караманян О.В., гр. 2410, Рыкова А.Р., гр. 2410, Караманян А.В., асс. кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

Научные руководители: к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна, к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней Гатина Ландыш Нафиковна  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Работа в отделении ГАУЗ РКОД МЗ РТ им М.З. Сигала г. Казани во время прохождения производственной практики (ПП) предоставила возможность провести углубленный анализ роли позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) в диагностике и лечении В-клеточных лимфопролиферативных заболеваний (В-клеточных ЛПЗ). Как известно, на лимфому Ходжкина приходится около 10%, а остальные 90% относятся к неходжкинским, которые имеют широкий спектр гистологических проявлений и клинических признаков при появлении, что может затруднить диагностику.

**ЦЕЛЬ.** Оценить роль ПЭТ в диагностике и лечении В-клеточных ЛПЗ в рамках ПП «Помощник процедурной медсестры».

**Задачи исследования.** Описать возможности ПП студентов медицинских вузов. Провести углубленный анализ роли ПЭТ в диагностике и лечении В-клеточных ЛПЗ.

**Материалы и методы.** В ходе исследования был произведен отбор и анализ 31 истории болезни с установленным диагнозом В-клеточной неходжкинской лимфомы (В-НХЛ). Компьютерная томография (КТ) являлась главным способом оценки размеров и локализации образований, а также стадии и распространенности патологического процесса. ПЭТ была проведена пациентам на трех этапах: до лечения – в 16 (51,6%) случаях, для контроля эффективности лечения - промежуточная ПЭТ (П-ПЭТ) — 26 (83,8%) пациентам и после полной программы лечения – всем пациентам.

**Результаты и их обсуждение.** ПП позволила мне отработать большинство практических навыков, входящих в обязанности процедурной медицинской сестры, что значительно расширило полученные знания, а также провести научную работу под руководством наставников. Так, в ходе исследования по результатам промежуточной ПЭТ полная ремиссия была достигнута у 18 (69,2%) из 26 пациентов, частичная ремиссия и стабилизация заболевания наблюдались в равных количествах - по 4 (1,06%) пациента. Примечательно, что на фоне П-ПЭТ ни в одном случае не отмечено прогрессирования заболевания и ухудшения состояния пациентов. Результатом эффективности ПЭТ после лечения было достижение полной ремиссии в 29 (93,5%) случаях; частичной ремиссии - у 2 (6,4%) пациентов, также не было зарегистрировано прогрессирования заболевания и ухудшения состояния ни в 1 случае.

**Заключение.** ПП предоставляет студентам наблюдения за пациентами, проводить научные исследования, отрабатывать практические навыки.

Проведенный анализ показал, что внедрение в клиническую практику ПЭТ - как лучшего современного метода диагностики и оценки терапии при клеточных злокачественных В-НХЛ - позволило более точно диагностировать данное заболевание и отслеживать эффективность лечения. Таким образом, своевременная диагностика важна, так как для многих подтипов доступны излечивающие методы лечения на раннем этапе выявления заболевания.

## **ОСОБЕННОСТИ ДЕОНТОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ДЕТСКОМ НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ**

Габдрахманова И.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители- к.м.н., доцент кафедры детских инфекций

Сабитова А.М, к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии Фатыхов Р.И.

Свою первую производственную практику я проходила в январе этого года в отделении неврологии ДРКБ. Работа была очень интересной и побудила меня ближе познакомиться с новой медицинской специальностью.

Детская неврология изучает закономерности развития, методы диагностики, лечения и предупреждения заболеваний центральной и периферической нервной системы. Наиболее распространённые из них - вегето-сосудистая дистония, ДЦП, эпилепсия, невралгия, невроз. Наблюдая за такими пациентами, я заметила, что они отличаются от других детей в поведении, общении, восприятии мира, выражении эмоций. Следовательно, такие больные требуют особенного обращения с ними медицинского персонала.

С целью изучения особенностей деонтологии медицинского работника в детском неврологическом отделении был проведен анализ медицинской литературы, а также опрос сотрудников и родителей.

Деонтология является важным аспектом успешной диагностики и лечения в педиатрии [1]. Неврологические заболевания у детей часто сопровождаются торможением развития речи, коммуникативных способностей, навыков самообслуживания. У них наблюдаются нарушения сна, головные боли, низкий эмоциональный статус и познавательная активность. У маленького пациента может быть невнятной речь, он не способен держать столовые приборы, посуду, протирать салфетками лицо и руки, не заинтересован в игре и общении с другими, кажется отрешённым, чрезмерно плаксивым, нетерпеливым, ребёнок боится медицинских процедур, пугается медицинского персонала, с большим трудом идёт на контакт [2].

Результаты опроса показали, что по отношению к детям с заболеваниями нервной системы стоит проявлять особую чуткость, внимательность и эмпатию. Пациенты должны чувствовать искренность и доброту медицинского персонала. В общении с ними стоит быть терпеливыми. Ласковое обращение, непринуждённый разговор помогают наладить контакт с детьми. Во время проведения болезненных и неприятных медицинских процедур медсёстры должны отвлекать ребёнка беседой, игрушками, успокаивать, утешать его и только в крайних случаях удерживать. Детям с нарушением когнитивных способностей медицинский персонал должен помогать в понимании, терпеливо объяснять на доступном языке. Во время практики мы сопровождали

таких детей на медицинские процедуры и осмотры, напоминали им о необходимости приема лекарств. Также в неврологическом отделении часто бывают пациенты с нарушением тонуса мышц, параличами, проблемами с движением и координацией. Для таких детей должны быть доступны кресла-каталки. Медицинский персонал, в том числе и студенты, должны помогать им в передвижении по медицинскому учреждению. Немаловажным является знание особенностей неврологических болезней пациентов, поскольку медперсонал и родители должны быть готовы оказать неотложную помощь при судорожных приступах и других патологических состояниях.

Родители пациентов с неврологическими заболеваниями бывают психологически травмированы болезнью своего ребенка. В общении с ними медицинским работникам также необходимо быть крайне тактичными и терпеливыми.

Несмотря на развитие медицинских технологий, деонтология не теряет своей значимости, и по-прежнему в значительной мере определяет успех лечения неврологических заболеваний у детей.

Список литературы:

1. Пикуза О.И., Закирова А.М., Шошина Н.К. Актуальные вопросы медицинской деонтологии в подготовке врача-педиатра // Казанский мед.ж. - 2014.-№3.- С.469-471.

2. Кочерова О.Ю., Филькина О.М., Пыхтина Л.А. Особенности нервно-психического развития детей с различными исходами перинатальных поражений центральной нервной системы к 1 году жизни и психологические характеристики их родителей // Вестник Ивановской медицинской академии. - Иваново: 2010. - С. 8-10.

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА РАПУНЦЕЛЬ ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ»**

Кадриев Амир Альбертович, группа 2409; Фазуллин Марат Шамилович, группа 2409; Камалова Снежана Ленаровна, группа 2408

Научные руководители – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна, к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии Фатыхов Руслан Ильгизарович  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Синдром Рапунцель - трихобезоаржелудка (ТБЖ) - волосяной ком, «хвост» которого, как правило, идет из желудка в двенадцатиперстную, тощую и подвздошную кишку. Чаще встречается у девочек, имеющих патологическую склонность выдёргивать и глотать волосы с тела. Заболевание встречается крайне редко, поскольку ранняя диагностика затруднена из-за отсутствия специфических клинических симптомов, нередко требует хирургического вмешательства и может привести к летальному исходу.

Цель. Описать клинический случай синдрома Рапунцель во время прохождения производственной практики (ПП) «Помощник процедурной медицинской сестры»

Задачи. Охарактеризовать работу во время ПП. Разработать рекомендации по тактике ведения пациентов с синдромом Рапунцель и описать клинический случай.

Материалы и методы. Работа с первичной документацией и историей болезни пациентки, а также анализ отечественной и зарубежной литературы.

Результаты и их обсуждение. Работа в отделении вовремя ПП позволила на практике применить полученные знания и умения и выполнить манипуляции из перечня практических навыков. Клинический случай: пациентка, 5 лет, поступила с жалобами на повышение температуры до 38,5°C и боли в животе. Анамнез развития ребенка без особенностей. Больна в течение года, появились запоры (1 раз в 2-3 дня), редкие мочеиспускания и увеличение живота. Выделены социальные факторы риска: раннее начало посещения детского дошкольного учреждения, повторное замужество матери и неблагоприятные отношения с отчимом. Объективно: состояние тяжелое за счет выраженного интоксикационного и анемического синдромов; микрополиадения; живот увеличен в объеме; печень выступает из под края реберной дуги на 4 см; селезенка – на 1,5-2 см (из-за давления трихобезоара на соседние органы). В общем и биохимическом анализах крови - тяжелая гипохромная анемия, признаки воспаления. В анализе мочи - лейкоцитурия. Проведены ультразвуковое исследование гепатолиентальной системы и почек, фиброэзофагогастродуоденоскопия, рентгенограмма органов брюшной полости. Консультирована специалистами. Диагноз: Хронический пиелонефрит на фоне гипоплазии левой почки в стадии обострения. ТБЖ, занимающий 2/3 полости желудка. Анемия железодефицитная тяжелой степени. Белково-энергетическая недостаточность 1 степени. Обсессивно-компульсивное расстройство в виде нарушения пищевого поведения. Проведена лапаротомия, гастротомия и удаление ТБЖ размером 14,4x4,0x4,0 см. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Заключение. ПП предоставляет студентам наблюдения за пациентами, проводить научные исследования, отрабатывать практические навыки. Приведенный клинический случай демонстрирует необходимость терапевтической настороженности у педиатров с целью своевременной диагностики и лечения пациентов с ТБЖ.

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Сысоева Альбина Юрьевна, группа 2413, Ефремова Ксения Анатольевна, группа 2302, Рашитова Элина Ленаровна, группа 2405

Научные руководители – д.м.н., доцент кафедры детских инфекций Халиуллина Светлана Викторовна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Широкая распространенность и высокая заболеваемость гломерулонефритом (ГН) среди детей, тяжелая форма течения болезни, особенно за счет её хронизации и возможностью последующего развития хронической

почечной недостаточности (ХПН), которая требует в терминальной стадии дорогостоящего и сложного лечения обуславливают медико-социальную значимость проблемы.

Цель. Представить клинический случай ГН после перенесенного инфекционного эндокардита.

Задачи исследования. Показать возможности производственной практики (ПП) для формирования умений и навыков у студентов медицинских вузов. Описать клинический случай ГН после перенесенного инфекционного эндокардита

Материалы и методы. В ходе работы изучена медицинская литература по данному заболеванию, история болезни и предыдущие выписки из лечебных учреждений, проведен опрос и осмотр пациента.

Результаты и их обсуждение. ПП в медицинском вузе предоставляет студентам у постели пациента отработать практические умения и навыки, курировать пациентов с различными заболеваниями. Описание клинического случая: пациент N., 15 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на боли в поясничной области, недомогание, общую слабость, выраженные отеки, головную боль, рвоту и потерю аппетита. В анамнезе перенесенный инфекционный эндокардит. Объективно: состояние средней степени тяжести, масса тела 55 кг., рост 158 см, индекс массы тела – 22; пульс 90 ударов в минуту, артериальное давление 140/70 мм. ртутного столба, симптом Пастернацкого положительный, диурез 900 мл. Пациенту были проведены лабораторные исследования: в общем анализе мочи выявлены макрогематурия, протеинурия (3,5 грамма в сутки), цилиндрурия; в биохимическом исследовании крови отмечены повышение креатинина и снижение скорости клубочковой фильтрации; в иммунограмме наблюдается снижение уровня комплемента (фракции С3 и С4) и увеличение IgM и IgG. При ультразвуковом исследовании определяется симметричное увеличение почек в объёме. Паренхима утолщена. Пациенту была проведена патогенетическая и симптоматическая терапия: режим постельный, диета с ограничением потребления соли и жидкости в первый период болезни. После проведенного лечения пациент выписан в удовлетворительном состоянии и взят на диспансерный учёт.

Заключение. При прохождении ПП под руководством опытных наставников и руководителей практики дает возможность студентам у постели пациента отработать полученные знания на практике, изучать развитие заболеваний в каждом конкретном случае. Представленный клинический случай демонстрирует необходимость проведения ранней диагностики ГН, чтобы предотвратить осложнения, которые могут не только ограничивать возможности, но и привести к летальному исходу.



# ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ И ОБЕЗДВИЖЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ахмедова Камила Садыковна

Группа 3103

Научный руководитель – к.м.н., доцент Макаров Максим Анатольевич  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

**Введение.** Сосудистые заболевания головного мозга интересуют учёных всего мира. Это связано с их распространённой, высокой летальностью, деформацией пациентов среднего и пожилого возраста, и делает эту проблему не только медицинской, но и социальной. Инсульт, нередко, оставляет после себя тяжёлые последствия в виде двигательных, речевых и множества других нарушений, значительно деформируя пациентов, снижая качество жизни их ближайших родственников.

**Цель.** Выявить потенциальные проблемы тяжелобольных и обездвиженных пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

**Задачи исследования.** Дать оценку участия медицинской сестры в лечении и ранней реабилитации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

**Материал и методы исследования.** Изучение нормативных документов и алгоритмов участия среднего медицинского персонала в лечении и ранней реабилитации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения на примереработы отделения реанимации ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Казани.

**Результаты и их обсуждение.** В этой работе отражена роль медицинской сестры на этапе ранней реабилитации при оказании помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в отделении реанимации ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» г. Казани.

Восстановление нарушенных функций можно дополнить и приблизить проведением реабилитационных мероприятий. Правильная и своевременная диагностика, методы лечения, ранняя реабилитация, диспансерное наблюдение, организация помощи на дому, обучение родственников по уходу за пациентом позволяет уменьшить число осложнений, максимально адаптировать пациентов к своему состоянию, избежать глубокой деформации и повысить качество их жизни. На каждом этапе лечения и реабилитации средний медицинский персонал является важным звеном в работе мульти-дисциплинарной реабилитационной бригады по восстановлению пациента и его возвращению в социум.

**Заключение.** В настоящее время необходимым условием для осуществления профессионального ухода является процесс ранней реабилитации пациентов, перенёсших острое нарушение мозгового кровообращения. Процесс реабилитации позволяет улучшить качество сестринского ухода и способствует повышению качества жизни пациента.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ОЧАГОВАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ»**

Ефремова Мария Сергеевна, Хайруллина Диляра Ильгизовна  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – д.м.н., доцент кафедры детских инфекций Халиуллина Светлана Викторовна; к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна

Введение. Во время производственной практики “Помощник палатной медицинской сестры”, которая проходила на базе кардиологического отделения ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ, нами было получено множество важных практических навыков. В отделении находились пациенты с различными нозологическими формами заболеваний.

Цель. Описать клинический случай склеродермии у четырнадцатилетней девочки во время производственной практики.

Задачи. Охарактеризовать цели и результаты прохождения производственной практики. Осветить проблему заболевания склеродермия по литературным данным. Описать клинический случай.

Материал и методы. Работа с первичной документацией, опрос и объективный осмотр пациента.

Результаты. Во время практики нами были проделаны большинство манипуляций из перечня практических навыков, отработаны умения и применены знания на практике полученные в ходе изучения дисциплин. Клинический случай: у пациентки жалобы на кожные высыпания на нижних конечностях и туловище, а также со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Был выставлен диагноз системная склеродермия – полиорганное заболевание, характеризующееся иммунными нарушениями и вазоспастическими сосудистыми реакциями по типу синдрома Рейно, сопровождающиеся активацией фиброобразования и избыточным отложением компонентов внеклеточного матрикса в органах и тканях. В анамнезе нет данных о наследственной предрасположенности и о влиянии тератогенных факторов во время внутриутробного развития. Пациентка перенесла ангину за 2-3 недели до дебюта склеродермии. По лабораторным данным отмечается повышение титра антинуклеарного фактора (свидетельствует об аутоиммунном и системном ревматическом заболевании), антистрептолизина О (АСЛ-О) (маркер стрептококковой инфекции, чаще вызванной  $\beta$ -гемолитическими стрептококками группы А (БГСА)), показателя ревматоидного фактора (аутоантитело, связывающееся с собственными иммуноглобулинами, обнаруживается у пациентов с аутоиммунной, хронической воспалительной патологией и высокой активностью деструкции соединительной ткани). Пациентке назначены иммуносупрессивные, сосудистые и противовоспалительные препараты.

Обсуждение. Кожные высыпания и гастродуоденит наблюдаются в результате образования эндогенных нуклеопротеиновых аутоантигенов в ходе процесса апоптоза эпителиальных клеток. В результате форсированной гибели клеток эпителия происходит их замещение соединительной тканью. Иммунные комплексы ауантител запускают иммунологическое воспаление, объясняя жалобы

со стороны кожи, сердечно-сосудистой и дыхательной системы. БГСА выделяет токсины и ферменты, повреждающие ткани.

Заключение. Производственная практика позволяет применить полученные знания, отработать умения и навыки на пациентах; способствует развитию клинического мышления, изучая клинические случаи.

Список литературы.

1. Ташинова Л.Х., Зиядуллаев Ш.Х. Клинический случай из ревматологической практики: осложнение системной склеродермии // UZBEK JOURNAL OF CASE REPORTS.-Узбекистан, 2021.-Т.1 ,№ 1.-С. 30-33
2. Ананьева Л.П. Новые направления в лечении системной склеродермии ( системной прогрессирующей склеродермии ) //ТЕРАПИЯ .-Россия, 2021.-Т.20, № 7.-С .32-38

## **ОПЫТ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ» В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СМОТРОВОЙ ПРИЕМНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ «ГАУЗ» «ГКБ № 7»**

Кулькова Полина Сергеевна, группа 2301.

Научные руководители- к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна, к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии Фатыхов Руслан Ильгизарович  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Производственная практика (ПП) «Помощник палатной медицинской сестры» направлена на формирование компетенций будущего специалиста. Моя ПП проходила на базе ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России в приемно-диагностическом отделении (ПДО) ГАУЗ ГКБ №7 г. Казани – Центре экстренной медицины.

Цель. Обобщение личного опыта прохождения ПП «Помощник палатной медицинской сестры» в контексте полученных компетенций.

Задачи исследования. Изучить структуру и организацию лечебно-диагностического процесса отделений ГАУЗ ГКБ №7 г. Казани. Описать освоение манипуляций и полученных знаний и умений в ходе ПП.

Материал и методы. Приказы, внутренние документы стационара.

Результаты. В процессе ПП изучена структура и организация лечебно-диагностического процесса отделений многопрофильного стационара, оказывающего неотложную и экстренную помощь по терапевтическим и хирургическим профилям. Условия ПДО позволяют проводить экстренную реанимационную помощь пациентам с критическими и терминальными состояниями, одновременно принимать поток пострадавших при чрезвычайных ситуациях. После поступления пациент осматривается врачом-хирургом, ему определяется план обследования и лечения. В ходе ПП в рамках компетенций мною изучены функциональные обязанности медицинской сестры: ведение медицинской документации, измерение артериального давления, температуры тела, снятие электрокардиограммы, введение лекарственных средств внутрь, постановка клизм и промывание желудка в санпропускнике. Производственная практика в многопрофильном стационаре предусматривает

работу с современными технологиями и оборудованием. Работа палатной медицинской сестры включает разъяснения пациенту о ходе предстоящих диагностических и терапевтических манипуляций, а также транспортировку его в кабинеты лечебного учреждения. По результатам и заключениям лабораторно-инструментальных методов обследования пациенту выставляется диагноз и, при необходимости, предлагается госпитализация. После принятия решения оформляется информированное согласие или отказ от госпитализации.

Заключение. Практическая деятельность в рамках практики помогла мне освоить все теоретические знания и усовершенствовать выполнение медицинских процедур, пройденные в течение 2 курсов обучения, благодаря компетентному и опытному медицинскому персоналу, который всегда давал правильные и важные наставления. Кроме того, я получила важный опыт в коммуникациях с пациентами и медицинскими работниками.

## **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ К ЛЕЧЕБНОМУ ПИТАНИЮ В СТАЦИОНАРЕ ДЕТСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА КАЗАНИ**

Гайнутдинова Н. Р., Валлиулова А.А., Юнусова Л. А.

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

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Лечебное питание является одним из важных факторов на пути выздоровления ребенка. Низкая приверженность к диетотерапии может привести к осложнению течения основного и сопутствующих заболеваний, а также присоединению ряда различных синдромов: болевые, диспепсические и интоксикационные. В некоторых случаях, из-за несоблюдения пациентом выбранной врачом-специалистом лечебной диеты возникают дисметаболические нарушения, такие как появление избыточной массы тела, выше ожирение или, наоборот, снижение массы тела и истощение – кахексия.

Актуальностью данного вопроса является не только отсутствие приверженности к питанию маленьких пациентов, но и безответственное отношение родственников к данному вопросу.

Цель: Изучить возможность проблемы питания пациентов в стационаре с точки зрения его влияния на выздоровление. Проанализировать результаты анкетирования пациентов детского возраста и ухаживающих по соблюдению рекомендаций лечащего врача по диет-столам.

Материалы и методы: Анализ статистических, анамнестических, клинических и лечебных данных пациентов в гастроэнтерологическом, неврологическом и кардиологическом отделениях Детской республиканской клинической больницы города Казани.

Результаты: Всего в анкетировании приняло участие 44 ребенка. Условиями выборки детей были: возрастная группа пациентов от 6 до 18 лет, передача продуктов питания родителями или навещающими. В ходе исследования были заданы всего 5 вопросов. При анализе результатов было отмечено, что лишь 50% детей (22 человека) нравится питание в условиях стационара, поэтому остальная половина предпочитала получать еду посредством передач. Ответом на вопрос «Что дети любят спрашивать у родителей для передачи?» были пакетированные

соки, детское сухое печенье и др. кондитерские изделия, сладкие молочные продукты и фрукты, а также хлебобулочные изделия. Частота приема передач от навещающих в среднем составила 1-2 раза в 3 дня. Чаще всего дети получают от родственников те самые продукты, которые были перечислены ранее, кроме любимых детьми мармеладок, шоколадных конфет и других кондитерские изделий. На вопрос «Контролируются ли медицинскими сестрами состав получаемых детьми передач» пациенты отвечали положительно. Таким образом, мы можем прийти к выводам, что, не смотря на присутствие в рационе ребенка сторонних продуктов питания, ими соблюдается режим и рацион питания, прописанных медицинским учреждением. В большинстве случаев родители очень категорично настроены при выборе ассортимента продуктов для передачи, понимая важность соблюдения правил лечебного питания.

**Выводы:** Соблюдение пациентами прописанных рекомендаций относительно лечебной диеты очень важно при выздоровлении маленького организма. Несоблюдение комплаентности может привести не только к возможным осложнениям, но и к экономическим проблемам. Сюда можно отнести углубление негативных тенденций к неправильному питанию и потреблению в больших количествах лекарственных средств, которое можно было бы избежать, соблюдая рекомендации врача. Предложенным методом для решения этой проблемы являются мини-лекции в стационарах детям и их родителем, электронные методички или использование ярких стендов и плакатов о важности соблюдения лечебного питания и его влияния на исход заболевания.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ». ПЕРИКАРДИАЛЬНЫЙ ВЫПОТ: ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ.**

Драгунова И.Д., Филина А.М.

Научные руководители: к.м.н. Вайсберг А.Р., доц. к.м.н. Иванченко Е.Ю.  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

"Приволжский исследовательский медицинский университет"

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Нижний Новгород,  
Россия

**Введение.** Перикардиальный выпот является одним из классических синдромов поражения перикарда. Перикардит чаще встречается у мужчин в возрасте 16-65 лет (относительный риск 2,02) и является причиной до 0,2% всех госпитализаций и до 5% госпитализаций в отделения экстренной помощи, связанных с болью в грудной клетке. Заболевания перикарда могут встречаться как изолированно, так и являться частью системных заболеваний, включая инфекционные, неопластические, аутоиммунные, травматические, ятрогенные и метаболические. Выпот и тампонада перикарда могут относиться к разным нозологическим группам и встречаться без перикардита [1,3].

**Цель.** Провести дифференциальную диагностику перикардиального выпота на догоспитальном и госпитальном этапах на примере конкретного клинического случая

Материалы и методы: Во время прохождения летней производственной практики «Помощник фельдшера скорой и неотложной помощи» на базе Советской подстанции поступил вызов к пациентке А. 49 лет. При осмотре пациентка жаловалась на головокружение, одышку в покое, отеки лица, голеней, ноющие и сжимающие боли за грудиной и в области сердца без четкой связи с физической нагрузкой. Состояние ухудшилось в течение 3 дней. В анамнезе в феврале 2021 г после проведения вакцинации Гам-КОВИД-Вак (Спутник V) в течение недели появилась сонливость, общая слабость, лихорадка до 37,5С, одышка при физической нагрузке, сердцебиение, тяжесть в области сердца, отеки стоп до нижней трети голеней. За 2 недели до вызова бригады СМП пациентка обращалась в поликлинику по поводу нарастания одышки, слабости, при проведении рентгенографии грудной клетки обнаружена кардиомегалия.

При осмотре пациентка была заторможена, сонлива, голос низкий, хриплый, отечность лица, особенно периорбитальной области, сухость кожи, поредение волос, участки гиперкератозов в области локтевых и коленных суставов, отеки до верхней трети голеней. В нижних отделах легких с обеих сторон определялось притупление перкуторного звука, выраженное ослабление везикулярного дыхания, ЧД 20. АД 160/100 мм рт ст. Выявлено расширение границ сердечной тупости в обе стороны, тоны сердца глухие, ЧСС 86 уд/мин. На ЭКГ диффузные нарушения процессов реполяризации, низкоамплитудная кривая. Больная была госпитализирована с подозрением на перикардит в отделение рентгенохирургии ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России. Зон гипокинезии и дилатации полостей при ЭХО-КГ выявлено не было, ФВ 61%, в полости перикарда в области верхушки - жидкость до 35 мм. При дренировании перикарда было получено 1000 мл серозной опалесцирующей жидкости. Посев на микрофлору отрицательный.

При дообследовании в стационаре подтверждено наличие первичного гипотиреоза (повышение ТТГ до 56,3 мМЕд/л, снижение св. Т3, св. Т4, повышение АТ ТГ и АТ ТПО, при УЗИ - признаки гипоплазии щитовидной железы, аутоиммунного тиреоидита).

Обсуждение. Трудности диагностики на догоспитальном этапе у данной пациентки обусловлены как игнорированием классических симптомов гипотиреоза при отсутствии перикардального воспалительного синдрома, так и наличием характерной для гипотиреоза полиморфной симптоматики (анемические, терапевтические, неврологические «маски» гипотиреоза, имевшие место у пациентки). [2] Способствовало поздней диагностике постепенное развитие клинических проявлений, т.к. при изучении фотографий пациентки еще 5 лет назад присутствовали изменения внешности, характерные для гипотиреоза.

Выводы. При выявлении перикардального выпота у пациента необходимо исключить гипотиреоз. Информированность врача о «терапевтических масках» гипотиреоза позволяет заподозрить диагноз даже на догоспитальном этапе, что позволит выбрать оптимальную тактику ведения конкретного пациента и улучшить его прогноз.

Список литературы:

1. Вербовой А.Ф., Долгих Ю.А. Гипотиреоз в практике врача-терапевта: сложности диагностики и лечения. Медицинский Совет. 2019;(21):206-212. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-21-206-212>

2. Вернигородский В.С., Власенко М.В., Паламарчук А.В., Нежинская-Остапенко З.П., Литвинова С.В., Вильчинская Н.В., Шкаровская С.В. Терапевтические маски гипотиреоза. Международный эндокринологический журнал. 2018;14(5):503-507. <https://doi.org/10.22141/2224-0721.14.5.2018.142688>.
3. Клинические рекомендации – Гипотиреоз – 2021-2022-2023 (22.04.2021) <https://congress-med.ru/assets/files/2021/2021-rossijskie-rekomendaczii-po-gipotireozu.pdf>

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ОПТИМИЗАЦИИ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ»**

Зиганшин Д.Р.

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

Научный руководитель-к.м.н., доцент кафедры общей хирургии А. Ю. Михайлов

Актуальность. В настоящее время престижность Российской высшей школы все больше возрастает на мировой арене. С каждым годом все больше и больше студентов приезжают в Россию для получения образования. По мере увеличения числа иностранных студентов, должны и увеличиваться меры поддержки, а также улучшаться условия для приезжих. Необходимо облегчить интеграцию в культуру и скорейшее вливание в учебный процесс. Нами предлагается временное решение проблемы, при невозможности обеспечить переводчиком на производственной практике группу иностранных студентов.

Цель. Изучить особенности социо-медицинских контактов студентов 1 курса ФГБОУ ИГМА МЗ РФ, не владеющих русским языком, в период прохождения производственной практики, наметить пути улучшения проблемы дефицита вербальных контактов.

Задачи. Описать значимость производственной практики для формирования профессиональных качеств. Определить, какие трудности возникают при организации производственной практики для иностранных студентов. Наметить пути решения некоторых проблем. Оценить эффективность предлагаемой методики.

Материалы и методы: Опыт взаимодействия как тьютора группы англоговорящих студентов ФГБОУ ВО ИГМА со студентами и персоналом при прохождении производственной практики.

Ежегодно с целью получения образования в России приезжает множество студентов. Согласно статистики с сайта Министерства науки и высшего образования Российской Федерации общее количество иностранных студентов, получающих высшее образование в России, выросло за последние три года более чем на 26 тысяч человек. Так, в 2019 году в России училось 298 тысяч иностранных студентов, в 2020 году — 315 тысяч, в 2021 году — 324 тысячи [1]. В основном за высшим образованием в Российскую Федерацию приезжают студенты из Казахстана (61 тыс. студентов), Узбекистана (48,7 тыс. студентов), Китая (32,6 тыс. студентов), Туркменистана (30,6 тыс. студентов), Таджикистана (23,1 тыс. студентов), Индии (16,7 тыс. студентов), Египта (12,4 тыс. студентов), Беларуси (10,2 тыс. студентов), Украины (9,1 тыс. студентов) и Киргизии (8,6 тыс.

студентов). Наиболее востребованным направлением для приезжих является Лечебное дело согласно данным того же источника.

В процессе получения образования, иностранные студенты сталкиваются со множеством проблем [2,3,4]. Это и психологические, и социально-культурологические и другие проблемы. Все это очень трудно разрешить самому студенту, а потому задача государства и учебных заведений облегчить процесс интеграции студентов [5].

Программы обучения для иностранных студентов адаптированы. Обучение чаще всего проходит на языке-посреднике – английском языке, а для жителей стран бывшего СНГ на русском. Также обязательной составляющей программы обучения для англоговорящих групп является изучение русского языка. Этот курс длительный и продолжается, как в случае ИГМА, 3 года. По окончании данного периода большинство студентов овладевают русским языком на уровне достаточном для коммуникации с носителями языка.

Обязательной составляющей учебного процесса является производственная практика. Именно в этот момент возникают большие проблемы у иностранных студентов... Несмотря на изучение русского языка, к концу первого года обучения не способны овладеть им на достаточном уровне, чтобы без проблем пройти первую производственную практику, они нуждаются в посреднике – человеке, который бы мог стать мостом над пропастью языкового барьера, другими словами, нуждаются в переводчике. Таковыми чаще всего выступают студенты того же учебного заведения.

Однако существует проблема, ведь далеко не каждый русскоговорящий студент владеет английским на приемлемом уровне, переводчиков сильно не хватает. Как и не все студенты владеют английским, так и не все члены медперсонала говорят на нем. И если все-таки группе не удастся найти переводчика, то возникает большой вопрос о прохождении практики.

При данных обстоятельствах нужно задумываться о других мерах поддержки в период практики. Самое первое, о чем можно подумать, это использовать онлайн-переводчик. Однако, на практике эта идея реализовала себя не удовлетворительно. При использовании данного метода значительно страдала скорость работы, а отвлечение персонала на длительный период может стать причиной осложнения пациента, что недопустимо. Также порой возникают трудности, связанные с корректностью перевода, ведь несмотря на прогресс систем онлайн-перевода, некоторые предложения после перевода теряют свой изначальный смысл, подобное наблюдается как при переводе с английского языка на русский, так и с русского на английский. И в английском, и в русском языках есть полисомные (многозначные) слова [6,7]. И этот факт порой ускользает от внимания носителя языка. Всех этих трудностей, конечно, можно избежать, но перефразирование предложений – это отдельный навык, который нужно развивать. Также, важным фактором при использовании данного метода является скорость набора текста, что также требует определенного умения, которым можно овладеть, но это занимает достаточно длительный срок и требует практики. Что же касается голосового ввода, то тут ситуация с корректным вводом стоит еще острее. Множество ошибок при использовании голоса не позволяют на данный момент эффективно пользоваться данной функцией. И также стоит не



забывать о том, что онлайн переводчик требует наличие интернета, что также ограничивает эффективность, ведь в некоторых частях здания сигнал не может полноценно передаваться или же передается, но с большой задержкой. Таким образом, все выше перечисленные факторы ограничивают использование онлайн переводчиков на текущем этапе развития данных систем.

Возможным решением проблемы языкового барьера может стать использование таблиц с готовыми вариантами заданий, вопросов, решений (в дальнейшем паттернов). Данные таблицы должны быть гибкими: при сочетании нескольких паттернов (простейших команд) должны образовываться совершенно новые варианты. Эти схемы должны быть понятны, а также содержать паттерны, которые может задать как член персонала, так и сам студент. Также, необходимо заранее подготавливать переводы текстов инструктажа: правила безопасности, особенности отделения, особенности больных данного отделения и др. Подобный подход поможет в условиях нехватки переводчиков справиться с некоторыми трудностями.

К примеру, необходимо объяснить, как правильно нужно кормить пациентов. Студенту выдается подготовленный заранее перевод основных этапов в кормлении, далее демонстрация, после попытка самого студента и исправления персоналом ошибок. После прочтения инструктажа студентом при помощи схемы дальнейшее обучение может выглядеть так: Паттерн (в дальнейшем П): «Показываю -Ishowyou», П: «Смотри и учись-Watchandlearn», П: «Ты попробуй – Yourtern», П: «Не торопись – Donotrush».

Можно справедливо заметить, что данная методика, в частности варианты паттернов, не слишком красноречивы и, возможно, грубоваты, однако они очень конкретны и точны в закладываемом смысле.

Данная методика была протестирована в отделении неврологии для больных с острым нарушением мозгового кровообращения. Группе из студентов 1 года обучения количеством 10 человек и персоналу отделения были предоставлены варианты таблиц с готовыми заданиями. Каждому участнику было объяснено, как пользоваться данным инструментом. Данный эксперимент длился один рабочий день и в период данного исследования студент-переводчик не вмешивался в рабочий процесс.

По окончании данного эксперимента были собраны отзывы персонала и студентов.

Получено: каждый участник отмечал высокую скорость подобного способа коммуникации. Персонал отметил, что в случае, когда у них не было переводчика, а иностранные студенты были, то данная методика положительно бы сказалась на рабочем процессе. Студенты также положительно отозвались о таком подходе. Однако, было замечено, что коммуникация с больным между студентом затруднена, поэтому перед транспортировкой пациента необходимо объяснение со стороны человека, владеющего русским языком, это нужно для спокойствия самого пациента.

Выводы. Производственная практика играет большую роль в формировании профессиональных качеств будущего врача, так как наглядно демонстрирует, с чем сталкиваются врачи в своей практики.

Основной проблемой при организации производственной практики для иностранных студентов является преодоление языкового барьера; основной способ – это совместное прохождение практики иностранных студентов со студентами, владеющими английским языком, однако не всегда удается организовать подходящие условия.

Одним из методов решения проблемы языкового барьера в условиях нехватки студентов – переводчиков – это использование таблиц с готовыми вариантами заданий, вопросов, решений (в дальнейшем паттернов).

Данная методика по результатам эксперимента продемонстрировала свою эффективность.

Список литературы:

1. Министерство науки и высшего образования Российской Федерации: официальный сайт. – Москва. - URL:<https://minobrnauki.gov.ru/press-center/news/mezhdunarodnoe-sotrudnichestvo/46158/> (дата обращения 19.02.2023).
2. Чибвур Шайлин, Симанго Бриан, Проблемы аккультурации иностранных студентов в России (на примере чеченского государственного университета) // Скиф. 2019. №4 (32). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-akkulturatsii-inostrannyh-studentov-v-rossii-na-primere-chechenskogo-gosudarstvennogo-universiteta> (дата обращения: 12.02.2023).
3. Унежева Марита Кушбиевна Некоторые аспекты социально-культурной адаптации иностранных студентов к процессу обучения в России // Филологические науки. Вопросы теории и практики. 2016. №10-2 (64). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-aspekty-sotsialno-kulturnoy-adaptatsii-inostrannyh-studentov-k-protsessu-obucheniya-v-rossii> (дата обращения: 12.02.2023).
4. Попов Александр Степанович, Прохоров Александр Валентинович, Хурошвили Ирина Николаевна Проблемы обучения иностранных граждан в техническом университете на неродном для них языке // Научный вестник МГТУ ГА. 2005. №94. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-obucheniya-inostrannyh-grazhdan-v-tehnicheskom-universitete-na-nerodnom-dlya-nih-yazyke> (дата обращения: 12.02.2023).
5. Берестнева Ольга Григорьевна, Марухина Ольга Владимировна, Мокина Елена Евгеньевна Роль личностно-ориентированной среды вуза в социально-психологической адаптации иностранных студентов // Вестник евразийской науки. 2013. №4 (17). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-lichnostno-orientirovannoy-sredy-vuza-v-sotsialno-psihologicheskoy-adaptatsii-inostrannyh-studentov> (дата обращения: 13.02.2023).
6. Рыжикова Дарья Владимировна, Шмелева Анна Геннадьевна ПЕРЕВОД В 21 ВЕКЕ: ВЫЗОВ ЭПОХИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОНЛАЙН ПЕРЕВОДЧИКОВ // Успехи в химии и химической технологии. 2019. №12 (222). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/perevod-v-21-veke-vyzov-epohi-i-perspektivy-razvitiya-ispolzovanie-onlayn-perevodchikov> (дата обращения: 19.02.2023).
7. Кабанов Александр Михайлович, Невраева Наталия Юрьевна, Савельева Нэлли Хисматуллаевна, Пыркова Тамара Александровна, Божко Екатерина Михайловна, Мухаметшина Ольга Викторовна ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ ПЕРЕВОДЧИКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ ДЛЯ

## **ВАЖНОСТЬ ВЛИЯНИЯ НАСТАВНИКА В ПЕРИОД ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Зиновьева Лада Владиславовна

Михайлов Александр Юрьевич, кандидат медицинских наук, доцент

Ижевская государственная медицинская академия

Актуальность темы: Производственная практика — это часть учебного процесса каждого студента медицинского ВУЗа, а качество ее прохождения может существенно повлиять на дальнейшее мнение студента о будущей профессии. В этом случае, именно наставник студента сыграет ключевую роль так, как будет (или не будет) помогать в процессе обучения.

Цели: Доказать важность роли наставника в период производственной практики и предложить наиболее эффективные методы организации практики.

Задачи:

- 1) Опросить студентов, проходивших практику, об их мнении относительно наставников, работающих с ними;
- 2) Сформировать рекомендации.

Материалы и методы: Компьютерный тест.

Результаты: Студентам медицинских ВУЗов Москвы и Ижевска был предложен тест для прохождения, относительно темы «Важность влияния наставника в период производственной практики». В тесте приняли участие 53 студента, из которых 41 представляли 3 курс, 8- 2 курс и 4 человека- 1 курс обучения.

Первый вопрос теста: «Что Вы преимущественно делали во время практики?». Самые частые ответы: «Санитарская работа» 32,1%, «Работа процедурной медсестры» 30,2%, «Работа палатной медсестры» 26,4%

Следующим вопросом был: «У Вас был наставник? (медсестра/санитар/врач)». 45 человек ответили «Да».

Далее 45 человек, ответивших положительно на вопрос о наставнике, получили вопрос: «Ваш наставник помогал Вам в процессе практики? (объяснял, учил, показывал)». 42 человека ответили «Да».

Важным фактором для исследования является мнение самих студентов, проходивших производственную практику, поэтому было необходимо узнать, как они оценивают ее по десятибалльной шкале.

10 баллов-15 (33,3%);

9 баллов- 5;

8 баллов- 9 (20%);

7 баллов- 4;

6 баллов- 6 (13,3%);

5 баллов- 2;

4 балла- 2;

3 балла- 2.

После этого, студенты ответили на следующий вопрос: «Повлиял ли Ваш наставник на Ваше мнение о медицине и будущей профессии?». 23 человека ответили «Нет» и 21-«Да».

Далее мне было необходимо собрать мнения студентов в более свободной форме, поэтому я предложила им ответить на вопрос «Каким образом Ваш наставник повлиял на Вас?» в размере 1-2 предложений. Были получены следующие ответы: «Замотивировал», «Интерес к профессии, пропал страх к работе с пациентами», «Научила многому: не бояться, работать четко и уверенно», «Показал минусы работы, но в то же время причины, за что можно любить медицину», «Прозрел», «Показал новые направления медицины», «Поделился своим путем, охотно отвечал на вопросы, показывал “лайфхаки” при выполнении манипуляций», «Помог не бояться пациента».

Последний вопрос получили все 53 человека: «Вам понравилось проходить практику?». 25 человек ответили «Да», 18- «Нейтрально», 10 - «Нет».

Заключение: По результатам теста, можно сказать, что медицинские работники заинтересованы в обучении студентов на практике. Тогда возникает вопрос о том, как можно способствовать этому. Успешным решением этого вопроса будет формирование «Университетских клиник», то есть лечебных учреждений, непосредственно подчиняющихся конкретному ВУЗу. Это позволит врачам заниматься собственной практикой и обучать практикантов, получая за это заработную плату. Студенты же смогут свободно взаимодействовать с медицинским персоналом и пациентами в целях обучения. Тут же исчезнет частая проблема практикантов медицинских ВУЗов, которые на практике занимаются исключительно санитарской работой, тем самым не получая практических навыков. Наставник может сыграть ключевую роль в решении студента о будущей специальности, либо о том, хочет ли студент вообще продолжать обучение в направлении медицины. Таким образом, можно утвердить, что хороший наставник — это необходимая часть производственной практики каждого студента.

## **«АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЁСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ».**

Соколова В.В.

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела

Афанасьева Т.С.

Актуальность работы обусловлена особенностями течения беременности и родов у женщин, перенёсших новую коронавирусную инфекцию COVID-19, особенностями оказания медицинской помощи при осложнённой беременности, родах и послеродовом периоде.

Цель работы: анализ течения и исхода беременности и родов у женщин, перенёсших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 во время беременности в Удмуртской республике.

Задачи работы: определить: 1. Характеристику течения и исходов НКИ COVID-19 у беременных и общей популяции жителей Удмуртской Республики. 2. Основные проблемы лечения пациенток с COVID-19 инфекцией на догоспитальном и стационарном этапах во время беременности, родов и послеродовом периоде. 3. Регламент мониторинга критических акушерских состояний в Российской Федерации. 4. Распределение беременных и родильниц по степени тяжести. 5. Осложнения родов у женщин с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Оценить: 1. Сведения по новорожденным с лабораторно подтвержденной новой коронавирусной инфекцией. 2. Оказание медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Материалы и методы: проведен анализ Историй родов и Историй развития новорожденного за 2020- 2021 гг. по родильному дому №5 БУЗ УР «ГКБ №7 МЗ УР», перепрофилированного для оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с НКИ в Удмуртской республике. Изучены годовые отчеты главного внештатного специалиста - эксперта по акушерству и гинекологии МЗ УР по городу Ижевску, к.м.н. Соколовой Н.В.

Результаты.

*1. Характеристика течения и исходов НКИ COVID-19 у беременных и общей популяции жителей Удмуртской Республики.*

Показатели	Беременные		Общая численность по УР	
	2020 г.	2021 г.	2020 г.	2021 г.
Численность	14561	14660	1 493 356	1 484 405
Количество заболевших (данные Федерального регистра больных с НКВИ COVID-19)	366	641	19854	147495
Заболеваемость (на 100 тысяч)	2513	4370	1329	9936
Госпитализированных	72,9%	93%	25,5%	27,8%
Госпитализированных в ОРИТ	3,4%	7,8%	11,8%	10,2%
Количество умерших	1	7	1382	4247
Смертность (на 100 тысяч)	6,9	47,6	92,5	286,1

Заболеваемость среди беременных женщин в отличие от общей популяции снижается к 2021 году в связи с введением строгих ограничительных мероприятий на очный осмотр в женских консультациях (организация осмотра беременных на дому во время пандемии, организация ультразвуковых скринингов в регламентированное время).

Относительный показатель госпитализации среди беременных женщин выше в связи с расширением показаний для госпитализации.

Процент развития осложнений и госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии ниже, чем в общей популяции, в связи с более молодым возрастом контингента, но за период 2021 г. отмечался рост госпитализаций беременных женщин в отделение реанимации и интенсивной терапии, в связи с увеличением случаев развития тяжёлых и крайне тяжёлых форм течения коронавирусной инфекции. С этим же связано увеличение случаев материнской смертности в 2021 г.

2. Основные проблемы лечения пациенток с COVID-19 инфекцией на догоспитальном и стационарном этапах во время беременности, родов и послеродовом периоде.

1. Назначение антибактериальной терапии без показаний на догоспитальном этапе без проведения бактериологического исследования.

2. Проблема отсутствия адекватной антикоагулянтной терапии и гемостазиологического мониторинга (контроль системы свёртывания крови) на фоне проведения терапии в 2020 г. при первых волнах коронавирусной инфекции в 2021 г. стала не актуальна как на стационарном этапе, так и при продолжении лечения на амбулаторном этапе в связи с близким к 100- % выполнению Временных Методических Рекомендаций в разделе диагностики и лечения НКВИ. В 2021 г. при поддержке Государственного Совета Удмуртской Республики создана программа по обеспечению беременных женщин на амбулаторном этапе низкомолекулярными гепаринами.

3. Необоснованное назначение терапии глюкокортикоидами на догоспитальном этапе.

4. Позднее начало неинвазивной вентиляции лёгких, в связи с невозможностью седации беременных.

3. Регламент мониторинга критических акушерских состояний в Российской Федерации.

С началом пандемии был издан приказ МЗ РФ №198 от 19.03.2020 г. «О временном порядке организации медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции». Специалисты по всей России получили возможность круглосуточно консультировать беременных, рожениц и родильниц с тяжёлым течением новой коронавирусной инфекции посредством телемедицинских консультаций НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова. За 2020 г. была проведена 291 телемедицинская консультация, за 2021 г. 641, на которой согласовывалось лечение и ведение беременных.

4. Распределение беременных и родильниц по степени тяжести.

	2020 г.	2021 г.
Всего подтверждённых случаев	366	641
-родоразрешено	117	171
-преждевременные роды	19-16,2%	31-18,1%
Бессимптомное течение	33-9%	21-3,3%
-стационарное лечение	16-48%	7-30%

ОРВИ лёгкой степени тяжести -стационарное лечение	211-57,6% 189-89,5%	259-40,4% 205-79%
ОРВИ средней степени тяжести -стационарное лечение	43-11,7% 43-100%	129-20,1% 129-100%
Пневмония	79-21,5%	232-36%
-родоразрешено	48-60,8%	76-32,8%
-преждевременные роды	6-12,5%	24-31,5%
Тяжёлое течение	6-1,6%	30-4,7%
-из них срок беременности менее 22 недель	1	1
-из них досрочное родоразрешение	5-83,3%	16-53,3%
-по показаниям со стороны матери	5	10
-по показаниям со стороны плода	0	6
-крайне тяжёлое течение	1-0,3%	9-1,4%
-из них срок беременности менее 22 недель	0	1
Досрочное родоразрешение	0	5
-по показаниям со стороны плода	0	0
-по показаниям со стороны матери	0	5
-самостоятельно начавшиеся преждевременные роды	1	1
Материнская смертность на 100 000 живорожденных	1-6,9	7-47,6

Всего выявлено и пролечено пневмоний в 2020 г. - 79 случаев (родоразрешено 48 человек-61%), в 2021 г. - 232 случая (родоразрешено 76 человек-32,8%), что подтверждает более тяжёлое течение коронавирусной инфекции, вызванное «Дельта» штаммом. В процессе приобретения клинического опыта лечения беременных с новой коронавирусной инфекцией, а в частности с пневмониями, снизилось количество родоразрешений по состоянию матери, были отработаны методики по пролонгированию беременности с недоношенными сроками беременности. 67% беременных женщин, перенёсших ковид-пневмонию во время беременности, были выписаны из родильного дома с выздоровлением. На амбулаторном этапе продолжен лабораторный мониторинг состояния свёртывающей системы крови и терапия низкомолекулярными гепаринами по показаниям.

Высокий процент госпитализированных беременных в гинекологические и акушерские стационары связан с настороженностью врачей амбулаторного звена, высокой степенью вероятности развития акушерских осложнений и

осложнений со стороны плода при коронавирусной инфекции, а также доношенной беременностью для родоразрешения.

*5. Анализ оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 во время беременности, родов и в послеродовом периоде.*

	2020 г.	2021 г.
Соответствие объема обследования требованиям временных методических рекомендаций	47%	95,6%
% пациентов, которым при наличии показаний проведено КТ исследование	29,3%	98,6%
Применение терапии глюкокортикоидами	47%	26%
Применение этиотропной терапии, в том числе	79%	100%
-умифеновир	93%	12%
- препараты интерферона	74%	86%
-лопинавир+ритонавир	4-1,1%	0
-ремдесивира при тяжелых формах течения	0	9-1,4%
-фавипиравира (в послеродовом периоде)	0	4-0,6%
Средний срок начала противовирусной терапии	1 сутки стационар	1 сутки стационар
Использование антибактериальных препаратов	94%	43%
Средняя продолжительность антибактериальной терапии	12 суток	12,1 суток
Срок начала антибактериальной терапии от начала заболевания	2 суток	6,2 суток

Обследование и лечение беременных женщин проходило в соответствии с Временными Методическими Рекомендациями «Организация оказания медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19».

В начале пандемии и в течение 2020 года назначение антибактериальных препаратов проводилось в ранние сутки заболевания, в 76% случаев начиналось на амбулаторном этапе без проведения бактериологического исследования и определения чувствительности возбудителя, так же использовалось сочетание двух антибактериальных препаратов, в 2021 году, в ходе накопления клинического опыта лечения коронавирусной инфекции, назначение



антибактериальных препаратов происходило на более поздние сутки, при подтверждении присоединения бактериальной инфекции.

Также изменилась статистика назначения глюкокортикоидов: лечение назначалось только в стационарных условиях, при снижении сатурации, потребности в оксигенации и развитии гиперреакции воспаления.

В 2020 г. зарегистрирован 1 случай применения у беременной (17 недель беременности, благоприятный исход) генно-инженерных биологических препаратов, в 2021 г. лечение данным видом препарата проводилось у 19 беременных в сроках более 22 недель беременности в связи с тяжёлыми формами течения новой коронавирусной инфекции, вызванной «Дельта» штаммом.

Для диагностики применялись различные рентгеновские методы, в том числе метод компьютерной томографии в 29, 3% случаев в 2020 году, в 2021 году данный метод диагностики применялся в 98,6% случаев заболеваний, так как позволяет с высокой точностью диагностировать объем поражения лёгких, что говорит о совершенствовании оказания медицинской помощи.

*б. Осложнения родов у женщин с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.*

		2020 г.	2021г.	УР 2021г.
Родов всего		117	171	14662
Тяжелая преэклампсия		1-8,5	2-11,7	8,0
эклампсия		0	1-5,8	0,07
HELLP-синдром		0	1-5,8	0,07
Массивные кровотечения в связи	Предлежание плаценты	0	0	1,7
	Преждевременная отслойка плаценты	1-8,6	1-5,8	10,9
	Нарушение свертываемости крови	0	3-17,5	0,96
	Последовый и послеродовый период	0	1-5,8	17,0
Тромбоэмболические осложнения		0	1-5,8	0,07
Кесарево сечение (%)		47- 40,2%	85- 49,7%	37%
Преждевременные роды (%)		19- 16,2%	31- 18,1%	6,7%
Мертворождаемость на 1000		16,9	23,1	5,8

Обращает на себя внимание развитие жизнеугрожающих осложнений беременности у женщин, перенёсших новую коронавирусную инфекцию. Преобладают патологические состояния, связанные с нарушением свёртывающей системы крови - тромбоэмболические осложнения (ишемический инсульт в послеродовом периоде: случай материнской

смертности), кровотечения, связанные с нарушением свёртываемости крови: данные показатели значительно превышают показатели Удмуртской республики. Также значительно превышают показатели Удмуртской республики случаи эклампсии и HELLP-синдрома (3,8 на 1000 родов по родильному дому, 0,07 по Удмуртской республике). Все случаи тяжёлой акушерской патологии были своевременно занесены в регистр Критических акушерских состояний.

Процент преждевременных родов превысил показатель в Удмуртской республике, в связи с показаниями для досрочного родоразрешения как со стороны матери (ОРДС, прогрессирование пневмонии), так и со стороны плода (прогрессирование внутриутробной гипоксии плода наблюдалось в 37,5% случаев показаний для досрочного родоразрешения при тяжёлой форме ковид - пневмонии).

*7. Сведения по новорожденным с лабораторно подтверждённой новой коронавирусной инфекцией.*

	2020 г.	2021 г.
Родов всего	117	171
Родилось новорожденных	118	173
Родилось живыми	116	169
% недоношенных	19-16,2%	31-18,1%
Госпитализированы в ОРИТН	26-17,4%	54-20,2%
Новорожденных с подтвержденной НКВИ COVID-19	23-19,7%	51-29,8%
Подтверждённая инфекция сразу после рождения	17-73,9%	41-80,3%
На 3 сутки	5 -21,7%	8-15,7%
Более 3 суток	1-4%	2-3,9%
COVID статус матери	23	50

В соответствии с Временными Методическими Рекомендациями «Организация оказания медицинской помощи беременным, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19» и литературными данными, заражение новорожденного возможно только при непосредственном контакте с больной матерью. Для предотвращения заражения после рождения новорожденный сразу изолируется от матери в отдельное помещение в кювет. По анализу Историй развития новорожденного выявлено внутриутробное заражение. Это доказывается положительной ПЦР при взятии у новорожденного сразу после рождения: 17 новорожденных из 147 в 2020 году и 41 новорожденный из 263 в 2021 году, сразу после рождения имели положительную ПЦР на коронавирус, также наблюдался 1 случай COVID - положительного ребёнка, рождённого от матери с внебольничной пневмонией, ПЦР на COVID-19 у которой была отрицательной. Выявление положительной ПЦР на новую коронавирусную инфекцию на 3 сутки и более 3х суток,

наблюдалось у новорождённых, находящихся в палате совместно с матерями, у которых новая коронавирусная инфекция на момент родов не была подтверждена. У всех новорождённых заболевание протекало бессимптомно или в лёгкой форме в виде ринита (5 случаев-8,6%), все находились в отделении новорождённых сразу после рождения. После получения положительного результата ПЦР на новую коронавирусную инфекцию по желанию и состоянию матери находились в палате совместно с ней.

Наблюдается 2 случая мертворождения у беременных с COVID - положительным статусом в 2020 г., и 4 случая в 2021 г., что в два раза выше, чем среди общей популяции женщин, что обусловлено (гистологическое исследование плаценты) развитием плацентарной недостаточности, связанной с повышенным тромбообразованием в сосудах плаценты. Все новорожденные погибли антенатально.

#### Заключение.

1. Диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19 проблема мультидисциплинарная - ведение беременных с новой коронавирусной инфекцией и внебольничной пневмонией должно осуществляться бригадой высококвалифицированных специалистов.

В процессе работы в родильном доме и гинекологических отделениях города Ижевска были привлечены для оказания медицинской помощи беременным терапевт, анестезиологи -реаниматологи, инфекционист, пульмонолог, врачи ультразвуковой диагностики, рентгенологи, врачи - лаборанты.

2. Маршрутизация беременных с COVID-19 в Удмуртской Республике организована: произведена централизация госпитализации в одном акушерском и гинекологическом стационаре с возможностью круглосуточной диагностики и оказания высококвалифицированной помощи.

3. Заболеваемость среди беременных не превышает заболеваемость среди общей популяции жителей Удмуртской республики.

4. При подозрении на пневмонию при подтверждённой коронавирусной инфекции или подозрении на новую коронавирусную инфекцию выбор лучевой диагностики должен быть сделан в сторону компьютерной томографии, как более точному методу во избежании диагностической ошибки (при КТ рентгенологическая картина не выявляет патологических изменений) и большей дозы облучения беременной.

5. Положительная ПЦР на COVID-19 не является определяющей в постановке диагноза новой коронавирусной инфекцией, при клинической картине без лабораторного подтверждения диагноз должен быть поставлен и своевременно начато лечение в соответствии с регламентирующими документами.

6. Показатель преждевременных родов у беременных больных новой коронавирусной инфекцией выше, чем в общей популяции беременных: по данным ежегодных годовых отчётов по Удмуртские республики показатель преждевременных родов составляет ~6,7%, в группе беременных больных новой коронавирусной инфекцией, показатель преждевременных родов составил 16,9-23,1%.

7. Тяжёлая форма течения новой коронавирусной инфекции наблюдается после 22 недель беременности, и вероятность развития тяжелой и крайне тяжелой

формы заболевания возрастает с увеличением срока беременности. 10 случаев крайне тяжёлого течения новой коронавирусной инфекции наблюдалось в сроках беременности более 28 недель, 3 из них при доношенной беременности.

8. Группу наиболее высокого риска развития тяжёлых форм COVID-19 составляют беременные старше 30 лет, имеющие ожирение, сопутствующие заболевания лёгких, сердечно-сосудистой системы, артериальную гипертензию; сахарный диабет; ожирение; хронические заболевания почек, заболевания печени.

9. Беременные с подтверждённой новой коронавирусной инфекцией лабораторно и клинически, угрожаемы на развитие тяжёлых акушерских осложнений, должны быть отнесены в группу высокого риска на материнские и перинатальные потери для своевременного проведения профилактики осложнений, мониторинга состояния матери и плода и своевременного принятия решения о сроках и способе родоразрешения, продолжения проведения наблюдения в позднем послеродовом периоде на амбулаторном этапе.

10. Подтверждён вертикальный путь передачи новой коронавирусной инфекции от матери к плоду - у 80% COVID-19 положительных новорожденных диагноз лабораторно подтверждён сразу после рождения, своевременная изоляция новорожденного и строгое соблюдение санитарно - эпидемиологических требований предотвращает контактный путь передачи от матери к новорожденному.

11. У COVID-19 положительных новорожденных наблюдалось бессимптомное и лёгкое течение заболевания, тяжесть состояния была обусловлена патологией периода новорожденных.

## **НАУЧНАЯ РАБОТА ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ» - ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЗОВ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

Фазуллин Марат Шамилевич гр.2409, Кадриев Амир Альбертович гр.2409,  
Караманян Оганес Варганович гр.2410

Научные руководители- к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова Альфия Мидхатовна, к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней Гатина Ландыш Нафиковна  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

**Введение.** Тромбоэмболические осложнения (ТЭО) после проведения оперативных вмешательств травматологического и ортопедического профиля одна из наиболее частых причин смертности в послеоперационном периоде. Частота встречаемости тромбоза глубоких вен (ТГВ) без проведения профилактики составляет 50-80%. При проведении мер по профилактике, которой отводится первостепенная роль, риск развития ТГВ снижается до 3-5% случаев.

**Цель.** Провести научно-исследовательскую работу во время производственной практики (ПП) «Помощник процедурной медсестры» по оценке эффективности профилактики и риска развития ТЭО при оперативных вмешательствах в ортопедии и травматологии.

Задачи исследования. Охарактеризовать работу в отделении при прохождении ПП. Провести анализ данных и оценить эффективность проведения профилактики тромбоза глубоких вен в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В ходе исследования во время ПП на базе отделения сочетанной травмы Туймазинской ЦРБ был произведен отбор и анализ 28 историй болезни пациентов, подвергшихся оперативному вмешательству по поводу ортопедических и травматологических патологий. При определении степени риска развития ТЭО оценивались: индекс массы тела, возраст, длительность иммобилизации и сопутствующие дополнительные факторы риска.

Результаты исследования. Доля пациентов молодого и среднего возрастов составила 70%. Среди проведенных оперативных вмешательств: 20% - эндопротезирование крупных суставов; 70% - реконструктивные оперативные вмешательства по поводу травм; около 10% - другие операции. В качестве мер профилактики применялись эластическая компрессия, медикаментозная профилактика, ранняя послеоперационная активизация. Выявлено, что за последние 5 лет не зарегистрированы летальные исходы вследствие ТГВ, а частота встречаемости составила около 10% всех случаев оперативного лечения. Важную роль играет соответствие назначенных схем профилактики действительно необходимым мерам. Главная проблема - позднее начало и несоблюдение сроков. В 20% случаев медикаментозная профилактика не превышает 7 дней, что, крайне недостаточно. В ходе исследования показано часто неадекватное назначение доз, схем лекарственных средств и игнорирование амбулаторной профилактики развития ТГВ вследствие неполных рекомендаций.

Заключение. Меры профилактики ТГВ, применяемые на сегодняшний день, безусловно являются эффективными. Проведенный анализ показал, что риск развития ТЭО возрастает лишь в случаях неверного назначения профилактических мер и несоблюдения рекомендаций.

Таким образом, риск развития тромбозов сводится к минимуму при грамотном и своевременном назначении профилактической терапии и амбулаторных рекомендаций.

## **ПЕРВАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ»: ОЖИДАНИЕ, РЕАЛИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ**

Якубова А.М., Еременко П.А., Литвинова К.П.

ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к. м. н., доцент кафедры поликлинической педиатрии,  
пропедевтики детских болезней и последипломной подготовки

Добряк Т.А.

Свою первую медицинскую практику мы проходили в детской поликлинике помощниками участковой медицинской сестры. Поликлиники нам знакома с детства. Мы сами наблюдались в таких ещё детьми, поэтому мы имели некоторое представление о работе врачей на участке. При этом не ожидали, что медицинская сестра имеет такой обширный функционал. Мы представляли, что практика помощника участковой медицинской сестры будет скучной и однообразной. Ведь

мы были уверены, что они занимаются только картами пациентов и заполнением направлений на медицинские анализы, находясь весь день на одном месте.

Собираясь на первый практический день, мы чувствовали волнение и тревогу, так как это первая практика, на которой предстояло прямое общение с детьми и всеми медицинскими работниками. Но начав работу, мы поняли, что наше волнение было напрасным и всё оказалось совсем не так страшно. Мы оказались в круговороте событий, которые с интересом затянули нас. С первого же дня врачи на участках приняли нас с огромной радостью. Мы видели, как у них горели глаза, им было приятно делиться с нами своим опытом. В перерывах они рассказывали нам интересные клинические случаи и с удовольствием отвечали на интересующие нас вопросы. Нам сразу же было доверено самостоятельное проведение всех манипуляций: измерение антропометрических данных малышей, дополнение карт пациентов разными выписками, заполнение различных форм документов, направление уведомлений о плановой вакцинации, сопровождение родителей с детьми до процедурного кабинета, а также нас научили работать с базой данных «Арена». Каждое утро начиналось с того, что в картотеке мы собирали карты в корзины для предстоящего приёма. Также в этот период было много детей, болеющих Covid-19. От поликлиники была организована помощь в лекарствах малообеспеченным семьям. Нам разрешили поучаствовать в обходе участка. Эта работа оказалась долгой и очень утомительной. Но слова благодарности этих семей компенсировали всю нашу усталость.

Две недели пролетели незаметно. Производственная практика для студента - это всегда тайна. Мы строим много ожиданий, из-за которых появляются страх и волнение. Ведь всё новое всегда вызывает кучу эмоций. Оказавшись в поликлинике, мы попадаем в отдельный мир, в котором каждый день происходит что-то необычно новое. Но нам понравилось находиться в этой суматохе. Нам нравилось ходить в белом халате мимо посетителей поликлиники, которые с удивлением смотрели на нас как на настоящих врачей. Работа с маленькими пациентами оказалась по-настоящему интересной.

После прохождения практики, у нас появилось полное представление о работе медицинского персонала на участке. Поэтому в будущем такая работа не должна стать для нас неожиданностью.

## **МОЯ ПЕРВАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНЕ.**

Красовская Е.А.

Научный руководитель: к. мед. н., доцент кафедры неврологии, медицинской генетики

Михайлов С.Н.

ФГБОУ ВО «Оренбургский Государственный Медицинский университет»

Минздрава России.

*«Perasperaadastra».*

*Л.А. Сенеке*

Введение. Поступая на первый курс медицинского университет, ты подспудно ожидаешь что все будет как в сериалах: отработка практических навыков, работа с пациентами, походы на операции и т.д. Однако это не так, и

самый первый раз, когда мы сталкиваемся непосредственно с пациентами и работаем с ними в меру своих возможностей—это производственная практика. Наверное, я никогда не забуду свою первую практику: этот трепет, страх сделать что-либо не так, банально подойти к пациенту. Однако со временем это все проходит, и остается только желание научиться оказывать качественную медицинскую помощь. Обрести навыки и умения не только непосредственно выполнения манипуляций, но и правильного общения с пациентом. Именно на производственной практике, мы-студенты получаем необходимые практические навыки под контролем своих наставников. Однако не все так гладко. К сожалению, с течением времени существует неблагоприятная тенденция: все большее количество студентов ничему не учится на производственной практике, и к выпуску, не обладает достаточным спектром навыков.

Цель работы: представить свое мнение о первой производственной практике в медицине.

Задачи: рассмотреть свои впечатления и мнения однокурсников о первой производственной практике.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ воспоминаний о производственной практике, опрос студентов об их первой производственной практике.

Результаты и их обсуждения. Не только я, но и многие студенты сталкиваются с тем, что когда пациенты вдруг узнают, что им манипуляцию будет делать студент-начинают отказываться аргументируя тем что «я не подопытная мышь». А студент, который должен учиться оказывается на посту или в сестринской. Просто что бы «не мешался». Справедливости ради, необходимо сказать, что не все пациенты такие, да и от наставников много зависит. Я помню свой восторг, когда мне впервые дали сделать инъекцию, и свое разочарование когда сказали идти в сестринскую «катать шарики». Но по большей части мне повезло, и я сталкивалась в основном с квалифицированными медицинскими работниками, которые обучали меня, давали пробовать и поддерживали на протяжении практики. Было невероятно приятно наблюдать и осознавать, что ты можешь делать то, о чем раньше только читала, видеть, как человеку становится легче, как пациенты радостно приветствуют тебя и не боятся отдавать себя в твои руки. И все это вызывает чувство уверенности в себе, а так же желание идти учиться дальше. По моему мнению, в перспективе, для качественного обучения и развития необходимых навыков необходимо структурированное и последовательное обучение студентов, которое тут же должно сопровождаться отработкой практических навыков. А во время производственной практики студент должен пройти все разделы: поработать в поликлинике, на посту, в перевязочном и процедурном кабинетах. Возможно закрепиться за медработником, который будет обучать и следить за студентом.

Вывод. Производственная практика — это время обучения студентов. Время, когда мы можем совершать ошибки и учиться на них не принося существенного вреда. А также время, когда мы можем определиться со своей будущей профессией и влюбиться в нее.

## РАБОТА В КОМАНДЕ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Таркова Е. Д., Манапова А. А.

Научный руководитель – преподаватель Пейколайнен А. В.

БУ Ханты-Мансийская Государственная Медицинская Академия

Актуальность: В связи сложившейся в мире политической, социальной и экономической ситуациями. Низкий уровень осведомленности населения об эффективной защите способствует распространению инфекции. Наш проект направлен на выявление проблем, и на восполнение дефицита знаний.

Цель работы: изучить роль командной работы в условиях новой коронавирусной инфекции.

Задачи:

Выявить основные проблемы активного роста пандемии;

Изучить влияние разных факторов на распространение инфекции;

Найти способы разрешения этих проблем путем командной работы.

Коронавирусная инфекция COVID-19 – может протекать как в форме ОРВИ легкого течения, так и в тяжёлой форме в виде вирусной пневмонии, которая влечет за собой дыхательную недостаточность с риском смерти. Вирус новый, и у большинства людей иммунитет еще не сформирован и восприимчивость к нему высокая.

Мы провели анализ командной работы в условиях пандемии, а так же факторов риска и тяжелого течения COVID-19.

Риск заболевания более высокий отмечен у людей, которые в последние 5 лет имели гематологические злокачественные новообразования, хронические болезни органов дыхания, сердца, печени, перенесенный инсульт и другие.

Командная работа в условиях пандемии складывается из взаимодействия специалистов по профилактике, санитарно-гигиеническому воспитанию, и выявлению новых случаев инфицирования.

На специалистов по профилактике возлагается ответственность по вакцинации от коронавирусной инфекции. Самый действенный способ защиты от заражения вирусом - это вакцинация. Вакцинация против инфекции, внесена в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям. После вакцинации в организме человека формируется иммунитет который снижает риски тяжелой формы течения заболевания. Но даже он не способен на 100% обезопасить человека от заражения.

Специалисты по санитарно-гигиеническому воспитанию формируют у населения основы здорового образа жизни, соблюдение санитарных мер, в том числе дистанции и использование масок, и укрепления собственного иммунитета. Тут поможет здоровый образ жизни, прием витаминов, хороший сон и правильное питание.

Современному миру свойственна высокая миграция, своевременное выявление инфицированных и изоляция ответственность специалистов по эпидемическому контролю.

И в заключении нам хотелось бы сказать, только командная работа может снизить распространение инфекции.



## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «МОЯ ПЕРВАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНЕ: ОЖИДАНИЕ, РЕАЛИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ»**

Турянская К. М.

Пейколайнен Ж. Г. преподаватель МО Теории и практики сестринского дела  
БУ ХМАО-ЮГРЫ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»

Первая практика на производстве очень важна в дальнейшей профессиональной деятельности студентов. Она даёт возможность сформировать правильные представления о ней, приобрести нужные профессиональные навыки и закрепить уже имеющиеся. Также первая производственная практика помогает укрепить уверенность в выборе профессии, я убедилась в этом на собственном опыте.

Я бы хотела, проанализировав свой опыт первого прохождения медицинской практики, рассказать о том, какие у меня были ожидания, что же происходило в реальности, и какие я увидела перспективы для себя.

Мои ожидания начали формироваться в ходе личного общения со студентами, которые уже имели опыт прохождения производственной практики, а также из информации в интернете. Оставшееся время до начала практики я думала о том, что ко мне будут относиться несерьёзно, что я буду заниматься не получением новых знаний и закреплением навыков, а выступать в роли человека, выполняющего мелкие поручения, и занимающегося гигиенической обработкой. Это является важным этапом в уходе за пациентами, но не является частью моей дальнейшей профессиональной деятельности.

В реальности всё оказалось намного лучше. Моя первая производственная практика проходила в отделении неврологии, в Центральной городской больнице моего родного города. Мой непосредственный руководитель и сотрудники отделения относились ко мне как к будущему медицинскому работнику и помогли мне с закреплением теоретических знаний, оказывали содействия в приобретении новых профессиональных навыков. Медицинские сестры способствовали моему вовлечению в работу отделения, дали возможность применить свои знания на практике. Я смогла улучшить свои коммуникационные навыки в общении с пациентами. Увидев своими глазами работу медицинского персонала, которую они проделывают каждый день, я смогла осознать ее значимость.

После прохождения первой медицинской практики в лечебном учреждении я увидела перспективы для себя после окончания обучения. Понять в каком направлении я хочу двигаться в будущем, какой вид деятельности подходит для меня. Я смогла увидеть свою значимость как будущего специалиста.

Обобщая все выше написанное можно подвести итоги. Производственная практика очень важна. Она несёт в себе очень много задач. Помогает закрепить важные теоретические знания, приобрести новые профессиональные навыки, повысить уровень коммуникативного навыка и сформировать профессиональные компетенции. Медицинским вузам следует уделять больше времени на производственную практику в ходе учебного процесса. С целью лучшего усвоения учебного теоретического материала и в повышении профессиональной готовности к применению полученных навыков на практике.

Во время прохождения практики на производстве я чувствовала себя значимой частью рабочего процесса и гордость за себя. Моя первая практика мотивировала меня продолжить обучение, чтобы стать профессионалом.

## **МОЯ ПЕРВАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ: ОЖИДАНИЯ, РЕАЛИИ, ПЕРСПЕКТИВЫ.**

Фаузетдинова Алина Даниловна

Пейколайнен А.В. преподаватель МО Теории и практики сестринского дела  
БУ ХМАО – Югры «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия»

Данная работа посвящена теме "Моя первая производственная практика в хирургическом отделении: ожидания, реалии, перспективы". Эта тема интересна для изучения, так как многие студенты на первой производственной практике сталкиваются со страхом, потому что их представления не складываются с реальностью. Это приводит к тому, что студенты уходят с медицинской сферы. Они попадают в ситуацию несоответствия желаний имеющимся возможностям. Данная проблема актуальна в наше время, так как большое количество молодых людей поступают в медицинские образовательные учреждения.

Цель работы: сопоставить ожидания, реалии, перспективы при прохождении производственной практики.

Задачи работы:

- 1) Выявить значимость производственной практики;
- 2) Описание личного опыта;
- 3) Определить факторы влияния приобретенного опыта на формирование профессионализма.

Теоретические знания студента, полученные в процессе обучения, являются фундаментом становления будущего специалиста, приобретенный опыт и отработка знаний на практике позволяет успешно реализоваться ему как профессионалу.

Моя производственная практика проходила в БУ "Радужнинская городская больница". Ожидания от практики у меня были грандиозными:

1. Присутствовать на оперативных вмешательствах;
2. Наблюдать за пациентами после операций;
3. Накладывать повязки больным;
4. Научиться правильно заполнять медицинскую документацию.

Производственная практика длилась 7 дней. Я была в роли помощника медицинской сестры. В первый день старшая медицинская сестра познакомила меня с хирургическим отделением. Самостоятельно я проводила антропометрию, раздавала лекарственные препараты, училась правильно заполнять медицинскую документацию. Пациенты относились ко мне не с доверием, но я смогла их расположить к себе, это дало мне колоссальный опыт в общении с людьми. Под руководством медицинской сестры я выполняла внутривенные, внутримышечные инъекции. Это позволило мне в дальнейшем без страха выполнять их. Ассистировав при перевязках пациентов, к концу практики смогла самостоятельно

проводить лёгкие перевязки. Мой руководитель разрешал присутствовать на различных несложных оперативных вмешательствах, например, удаление атеромы.

За 7 дней практики я приобрела много опыта, которые нужны в хирургическом отделении. После прохождения практики у меня появилось желание работать в хирургическом отделении, потому что медицинская сестры в хирургии занимает значимую роль.

Ожидания и реальность у меня практически совпали. Я отработала нужные для себя навыки, выполняя функции медицинской сестры. Но есть одно, но, многие пациенты относятся с недоверием к студентам, это приводит к растерянности и разочарованию. Как замечательно, когда будущие медицинские сестры отработывают манипуляции не только на фантомах, но и на пациентах. Прохождение производственной практики позволяет заимствовать опыт у специалистов и раскрывает возможности последующего улучшения приобретённых навыков.

## **РОЛЬ НАСТАВНИКА В ПЕРИОД ПРАКТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ**

Березовская Е.Д.

ФГБОУ ВО «Кемеровский медицинский государственный университет»  
Минздрава России

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры гигиены Попкова Л.В.

Наставничество является неотъемлемой частью современного общества. 2023 год в России объявлен годом «Наставника и педагога», что говорит об актуальности данной проблемы. Взаимодействуя с руководителем, студент получает знания, умения и бесценный опыт, которые он будет использовать не только в период практики на производстве, но и в дальнейшей профессиональной деятельности [1].

В современном мире наставничество можно встретить в любой сфере деятельности человека, так как оно является неотъемлемой частью продуктивной работы каждой организации. По словарю Ожегова, наставничество – это форма воспитания и профессиональной подготовки молодых рабочих, специалистов опытными наставниками. В роли наставника может выступать квалифицированный специалист, имеющий стаж, обладающий профессионализмом, способный поделиться своим опытом, навыками и умениями с молодыми специалистами и студентами.

Во время обучения в ВУЗе в роли наставников выступают преподаватели, которые помогают овладевать знаниями, формируют компетенции, необходимые для дальнейшей практической деятельности. Со сложившейся теоретической базой, студента направляют на производственную практику, где необходимо эти знания применить. Перед практикой в медицинских учреждениях, в вузе проводятся лекции, практические занятия в симуляционном центре по определенному профилю работы, которые помогают в решении производственных проблем. Любой студент, попадая в медицинскую организацию не имеет опыта в роли медицинского работника. Для его получения необходим наставник, который ответит на все вопросы студента, поможет молодому специалисту решить возникшие проблемы и поделиться собственными

умениями, которые помогают ему в повседневной профессиональной деятельности.

В моей жизни был такой опыт. Попав на практику в качестве младшего персонала районной больницы, нашей группе сразу определили наставника – главную медсестру операционного блока, которая рассказала нам о технике безопасности, о важности соблюдения санитарно-противоэпидемических мероприятий в отделении и оперблоке, особенностях безопасного перемещения пациентов и других манипуляций по уходу за больными. А также поделилась собственным опытом, который был необходим для облегчения прохождения практики. Помощь наставника помогла не только физически, но и морально подготовиться к ответственной работе с пациентами. Благодаря наставнику мы успешно прошли практику и получили собственный производственный опыт, который так ценен для работы в медицинских организациях с пациентами. Работа с пациентами в медицинском учреждении всегда требовала наличие таких качеств, как ответственность, внимательность и собранность. Применение теоретических знаний на практике не всегда осуществимо без опыта работы в медицинском учреждении. Производственная практика для студентов-медиков заключается в накоплении и формировании собственного опыта работы, навыков общения, что так важно для работы с пациентами и наставник играет важную роль в период практического обучения.

Список литературы:

1. Никитина В.В. Роль наставничества в современном образовании [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-nastavnichestva-v-sovremennom-obrazovanii>

## **РОЛЬ НАСТАВНИКА В ПЕРИОД ПРАКТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ.**

Демченко К. П.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – асс. кафедры судебной медицины Калянов В. А., заведующий Альметьевским МСМО ГАУЗ «РБ СМЭ МЗ РТ» Ильин М. И.

Введение. Изучив Указ Президента РФ от 07.05.2018 г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», становится ясно, что наставничество в медицинских учреждениях среднего и высшего профессионального образования в настоящее время, является неотъемлемой и важной частью образовательного процесса [1].

Актуальность. В медицинских учреждениях Республики Татарстан наставничество организуется в целях совершенствования системы профессиональной поддержки начинающих работников, оказания им методической, педагогической, информационной помощи в период адаптации, углубление профессионального образования, занятия по профориентации с учениками старших классов.

Цель исследования: изучить роль наставника в период практического обучения студентов, ординаторов медицинских образовательных учреждений.

Материал и методы исследования: для изучения использовались теоретические источники, нормативно правовые акты, регулирующие обозначенную

проблематику. Для достижения цели применялись общенаучные методы: синтез, анализ, индукция и др.

Результаты и обсуждения. На базе Казанского государственного медицинского университета создано отделение довузовского образования, целью которого является создание медицинских классов в учреждениях среднего образования республики, что позволяет подросткам приобрести осознанность в выборе будущей профессии с учетом психологических, физических особенностей, прочих личностных возможностей [2]. Для развития и образования медицинского работника внедряются новые, модернизированные формы обучения, проводятся психологические тренинги, творческие конкурсы, круглые столы, предполагается участие во всероссийских и международных конкурсах, конференциях, семинарах, организуемых учебными заведениями [2].

Заключение. Говорить о пользе наставничества в период практического обучения в медицинских организациях уместно при условии, что работа ведётся планомерно и системно, имеет конкретную практическую цель – подготовить высококвалифицированного специалиста. Поэтому постепенное вовлечение в образовательный процесс должно сопровождаться выбором наставников, руководителей, опытных методистов [2]. Безусловно, знания можно почерпнуть из учебников, методических рекомендаций, СМИ и многих других источников, но проверенный десятилетиями способ передачи опыта - личный контакт и непосредственное взаимодействие единомышленников разных поколений.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ПО  
СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ».  
«ИНФЕКЦИОННЫЕ И НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЭКЗАНТЕМЫ У ДЕТЕЙ В  
ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПРИЕМНОГО ПОКОЯ»**

Евдокимова А.Э.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры детских инфекций

Хаертынов Х.С.

Инфекционный процесс у детей зачастую сопровождается развитием экзантем. Ввиду контагиозности большинства инфекционных болезней с экзантемами, их социальной значимости, особую актуальность приобретает знание клинических особенностей течения этих заболеваний. Дифференциальная диагностика проводится при первичном осмотре больного и направлена на раннее выявление инфекционного заболевания, протекающего с экзантемой. Это позволяет сформулировать клинический диагноз и определить объем лабораторных исследований, выработать тактику лечения и проведения необходимых противоэпидемических мероприятий. Среди инфекционных болезней, протекающих с экзантемами, можно выделить несколько «типичных» детских инфекций, при которых высыпания являются патогномичным компонентом клинической картины (корь, ветряная оспа). При других инфекционных болезнях сыпь не является обязательной, но встречается часто (парвовирусная, энтеровирусная инфекции). При ряде инфекций высыпания встречаются относительно редко (инфекционный мононуклеоз, грипп) и определяющими в диагностике выступают другие характерные симптомы заболевания.

В практике врача приемного покоя часто встречаются неинфекционные заболевания, сопровождающиеся появлением сыпи, например, аллергические (крапивница, токсико-аллергическое состояние), воспалительные (васкулиты, панникулиты) и др. Основной задачей является дифференциальная диагностика инфекционной и неинфекционной патологии с целью правильного лечения или маршрутизации пациента в профильное медицинское учреждение.

На базе Республиканской клинической инфекционной больницы имени профессора А.Агафонова врач приемного покоя часто наблюдает экзантемы различного генеза. За полгода клинической практики через приемный покой прошло около 500 детей разного возраста с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, сопровождающимися наличием высыпаний. В первую очередь необходимо определить характер сыпи: макулопапулезная чаще всего сопровождает течение кори, краснухи; везикулопапулезная сыпь характерна для герпетических инфекций; геморрагические высыпания - для менингококковой инфекции, гриппа и аутоиммунных заболеваний (геморрагический васкулит), мелкоточечная сыпь чаще всего сопровождает течение скарлатины и т.д. Некоторые экзантемы могут протекать на фоне удовлетворительного состояния ребенка, что также затрудняет дифференциальную диагностику инфекционных и неинфекционных заболеваний, поскольку существуют атипичные формы, при которых сыпь является практически единственным симптомом. В своей работе мы представим наиболее интересные клинические случаи экзантем у детей в практике врача приемного покоя, принципы диагностики и тактику лечения таких пациентов.

Таким образом, знание различных видов экзантем у детей является актуальным в практике врача приемного покоя любой специальности для оказания неотложной помощи, а также для планового лечения и наблюдения.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИМФАДЕНОПАТИИ. СЛОЖНОСТЬ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ПРИ ЛИМФАДЕНОПАТИИ У ДЕТЕЙ.**

Набиева Рита Рабисовна, Морозова Екатерина Игоревна  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Казанского ГМУ Тамбова Н.А.

Актуальность: Лимфаденопатия (ЛАП) - это патологическое состояние, которое часто встречается в педиатрической практике. Для ЛАП характерна клиника, схожая со многими заболеваниями. Термин «лимфаденопатия» имеет обобщающий характер, его используют при проведении дифференциальной диагностики, и в случаях, когда не удается установить диагноз. Среди педиатров ЛАП имеет огромный интерес в связи с неоднозначностью симптоматики: у 80% пациентов детско-подросткового возраста - это реакция иммунной системы на внедрение патогенной микрофлоры, а в других случаях - тяжелое жизнеугрожающее онкологическое и онкогематологическое заболевание. «Нормальным» считается лимфоузел до 1 см в диаметре. При обнаружении лимфатических узлов более 1 см, возникает необходимость в обследовании больного. Пальпируемые лимфоузлы часто обнаруживаются у детей, вследствие их контакта с многочисленными возбудителями. Таким образом, образуется

ушлый ряд инфекционных и неинфекционных заболеваний с острым и хроническим течением.

Цель исследования: изучение сложной диагностики лимфаденопатии на примере пациента.

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

Результаты: Пациент в возрасте 4 лет, болен 2 года. Мама отметила спонтанное увеличение левого заднего шейного лимфатического узла диаметром 2,5х2 см. При пальпации определяется как единичный, безболезненный, эластичный, не спаянный с окружающими мягкими тканями. Лабораторное обследование крови: гемоглобин 113 г/л, ЦП=0,76 - гипохромная анемия 1 степени; тромбоциты 445 тыс/куб мм; лейкоциты 12,4 тыс/куб мм, в лейкоцитарной формуле изменений нет; гематокрит 0,46; СОЭ - 2 мм/ч. Общий анализ мочи: удельный вес 1,024 г/л. Биохимия крови: мочевиная кислота - 224 мкмоль/л, лактатдегидрогеназа 294 Ед/л, АЛТ-32 Ед, АСТ-27 Ед. Иммунограмма: IgA - 0,4 г/л, НСТ спонтанный (ней) - 24%, НСТ стимулированный (ней) - 64%. Консультация лор-врача: выявлен аденоидит 2 степени; гематолог, стоматолог, хирург патологии не выявили. Серологические тесты на наличие цитомегаловируса, Эпштейна - Барр вируса, токсоплазмоза, ВИЧ - отрицательно. Реакция Манту проводится ежегодно, на протяжении 2 лет - отрицательно. Рентгенография органов грудной клетки: без патологий. УЗИ шейных лимфоузлов слева: овоидная форма, контуры четкие ровные, размеры 10х5 мм- 6х4 мм- 6х3,5 мм- 6,5х3мм и 8х5мм. Структура: центральное эхо не во всех узлах, корково-мозговая дифференциация нечеткая или отсутствует, капсула визуализируется на всем протяжении, гиперваскуляризации нет. Заключение: ЭХО признаки лимфаденопатии шейных лимфоузлов слева. УЗИ ГБС: желчный пузырь- 55х16 мм, форма вытянутая, перегиб в области шейки, тела. Стенки обычной эхогенности, не утолщены. Содержимое гомогенное.

Выводы: исследуемый клинический случай представляет значительный интерес ввиду трудности диагностики. Окончательное заключение по данному клиническому случаю будет предложено на основании будущего комплексного анализа и динамического наблюдения.

## **«ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ДЕКСТРОКАРДИИ НА ЭКГ».**

Забродина М.Д., Резникова Е.Н.

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава  
России

Научный руководитель-к.м.н., ассистентка кафедры пропедевтики внутренних  
болезней с курсом сестринского дела

Т. С. Афанасьева.

Цель: оценка постановки ЭКГ при расположении сердца справа стороны грудной клетки.

Задачи: рассмотреть постановку ЭКГ при данной локализации сердца и исследовать патологические изменения зубцов в разных отведениях.

Материалы и методы: В отделение реанимации и интенсивной терапии ГКБ №7 города Ижевска поступила пациентка в тяжелом состоянии, 56 лет, с черепно-

мозговой травмой. Была проведена операция, после которой пациентку перевели в реанимационное отделение. Больной необходимо было снять ЭКГ. При первом снятии ЭКГ врач утверждала, что электроды были перепутаны, однако, постановка была верной. При снятии повторного ЭКГ результаты были те же самые. Врач решила лично удостовериться в правильности постановки датчиков ЭКГ и обнаружила, что сердце у женщины располагается ориентировочно в центре грудной клетки с небольшим смещением вправо, а не влево, что отличается от нормального его расположения.

Полученные результаты и выводы: При атипичном расположении сердца и обычном расположении электродов на записи появятся зубцы с противоположным направлением. Полученные результаты не похожи ни на одно заболевание, характеризуются усилением в грудных отведениях. Для диагностики заболеваний сердца у пациента с данной патологией ЭКГ снимают при условии перемещения желтого электрода на правую руку, а красного — на левую. Таким образом, на ЭКГ в 1 отведении выявляются отрицательные зубцы R, T и основной зубец комплекса QRS направлен вниз от изолинии. Низкий начальный и конечный зубцы комплекса QRS записываются как зубцы r1, r. В 3 стандартном отведении зубцы R и T становятся выше зубцов R и T во 2 отведении. Зубец R2 отрицательный. Изменяются форма и направление зубцов в отведениях aVL и aVR. В грудных отведениях от V1 до V6 в комплексе QRS преобладает зубец S. Зубец Rv левых грудных отведений отрицательный, а в правых – положительный. По этим признакам дается заключение о декстрокардии.

При обследовании больного врачу необходимо быть крайне внимательным, учитывать, что каждый пациент обладает рядом индивидуальных особенностей организма, в данном случае, что сердце пациента может располагаться с правой стороны грудной клетки.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ»**

### **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ».**

#### **«ЖАРОПОНИЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ В ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ»**

Мифтиева А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

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

Рахмаева Р.Ф.

Введение. Лихорадка является наиболее частым симптомом острых респираторных заболеваний (ОРЗ) и основной причиной обращения за медицинской помощью в педиатрии. Для снижения температуры тела в педиатрии разрешены два препарата: парацетамол и ибупрофен. У обоих препаратов есть показания для применения - 39-39,5°C для здоровых детей старше 3-х месяцев и 38-38,5°C для детей младше 3-х месяцев, хронически больных пациентов или при выраженном дискомфорте, связанном с лихорадкой [1]. Несмотря на известные



критерии назначения жаропонижающих средств, терапия лихорадки у детей остается актуальной проблемой педиатрии.

Целью работы является изучение уровня осведомленности родителей о тактике купирования разных типов лихорадки, а также показаниях и режиме дозирования жаропонижающих средств.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование 70 родителей, включающее 15 вопросов на тему тактики антипиретической терапии. Результаты анкетирования представлены в виде абсолютных чисел и частоты изучаемого явления.

Результаты. Средний возраст детей, чьи родители приняли участие в анкетировании, составил 7 лет. Из всего числа опрошенных 27 детей (38,6%) могут быть отнесены к часто болеющим детям. Более половины родителей обращаются за медицинской помощью не с первого дня болезни и самостоятельно решают вопрос о назначении жаропонижающих средств. Только 25 родителей (35,7%) снижают температуру тела выше 38,5°C, остальные применяют жаропонижающие при более низких значениях (22 человек или 31,4%) или ориентируются на общее состояние ребенка (22 человек или 31,4%). Среди исследуемых у 5 детей отмечались фебрильные судороги в анамнезе. Вопрос о выборе антипиретика выявил 3 родителей (4,3%), применяющих с этой целью нимесулид. 55 опрошенных родителей (78,5%) применяют физические методы снижения температуры тела и лишь 26/55 человек делают это правильно. Анкетирование выявило 25 человек (35,7%), которые вызвали бригаду скорой медицинской помощи по поводу некупирующейся лихорадки. По результатам опроса более половины родителей (59% или n=36) сталкивались с «белой лихорадкой». 31/70 опрошенных (44,3%) считают, что знают алгоритм помощи и показания к снижению температуры тела при бледном типе лихорадки, но лишь 10/31 человек из этого числа назвали верную тактику ее купирования.

Заключение. Проведенное исследование показало невысокий уровень осведомленности родителей в вопросах алгоритма купирования лихорадки у детей и выявило необходимость в проведении санитарно-просветительской работы. Так, необходимо освещение темы правильной методики применения физических методов снижения температуры, показаний к назначению жаропонижающих средств, алгоритма выявления и купирования бледного типа лихорадки.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации "Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей" (утв. Минздравом России) // Союз педиатров России. - 2018. - 33 с.

# ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ»

## ПРЕДПОЧТЕНИЯ В ПИТАНИИ И ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ У ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ И ОЖИРЕНИЕМ

Фролова А.А., Закирова К.Р.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьева Н.А.  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. В докладе ЮНИСЕФ «Положение детей в мире», 2019 г. отмечалось, что число детей с избыточным весом увеличилось на всех континентах, в том числе в Африке [1]. По данным ВОЗ с 2000 по 2016 год доля детей с избыточным весом (в возрасте от 5 до 19 лет) увеличилась с 1 к 10 до 1 к 5 [2]. Имеющаяся тенденция роста числа детей с избытком массы тела и ожирением может привести к увеличению пациентов с ожирением до 70 миллионов детей до 5 лет к 2025 году [3]. Метаболические нарушения, развивающиеся у детей при избыточной массе тела и ожирении являются пусковым механизмом развития целого ряда сердечно-сосудистых заболеваний в старшем возрасте. До последнего времени сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности населения в России. Профилактика избыточного веса и ожирения у детей приобретает важное социально-экономическое значение в формировании здоровья как детей, так и взрослых.

Цель: изучить образ жизни и пищевые привычки детей с избыточной массой тела.

Методы исследования: анкетирование родителей и детей старшего возраста, проживающих в городской местности.

Результаты. Проведен анализ 82 анкет детей, имеющих избыточный вес и ожирение. Избыточная масса тела выявлена у 78,9% детей, ожирение I степени - у 14,6%, II степени - у 7,3 % и III степени - у 1,2% детей. Преобладали дети (63%) школьного возраста, из них 54 % - девочки, мальчики 46 %. При анализе рациона выявлено, что набор продуктов, используемый в питании детей состоит не более чем из 5 продуктов. Мясные продукты (преимущественно куриное мясо) в рационе у 98,5 %, овощи (в основном картофель) были в рационе у большинства детей, однако их использование было не ежедневным. Следует отметить, что 57% опрошенных отдают предпочтение фаст-фуду. Отмечается низкая физическая активность детей, лишь у 7% обследуемых физическая нагрузка констатируется ежедневно (зарядка, подвижные игры, посещение спортивных секций до 3-4 раз в неделю), 45% детей 2-3 дня в неделю занимаются в спортивных секциях, малоподвижный образ жизни ведут 35 % детей, которые кроме посещения занятий по физкультуре 2 раза в неделю не имеют дополнительной физической нагрузки.

Заключение. Проведенное исследование детей с избыточной массой тела и ожирением выявило их низкую физическую активность, нерациональное питание с наличием в рационе фаст-фуда и скудным набором продуктов в меню. С целью профилактики возможного развития метаболического синдрома необходима разъяснительная работа с детьми и их родителями о значении активного образа жизни, рационального питания.

## Литература:

1. Юнисеф — положение детей в мире, 2019 год
2. Информационный бюллетень ВОЗ №342 Январь 2016 г.
3. Дадаева В.А., Александров А.А., Драпкина О.М. Профилактика ожирения у детей и подростков. Профилактическая медицина. 2020;23(1):142-147.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». ПАЦИЕНТСКИЙ КОМПЛАЕНС В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО – ПОЧЕМУ ЭТО ТАК ВАЖНО?**

Талипова А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии

Соловьева Н.А.

Всемирная организация здравоохранения определяет комплаенс как «степень соответствия поведения пациента в отношении применения лекарства, выполнения рекомендаций по питанию или изменению образа жизни назначениям и указаниям врача». От качества комплаенса зависит результативность взаимодействия в системе «врач-пациент», успешность проводимой терапии [1,2]. Актуальность настоящего исследования обуславливается особенностями комплаенса в педиатрической практике, а также необходимостью разработки эффективных рекомендаций, направленных на повышение приверженности родителей к назначаемому специалистом амбулаторного звена лечению.

Цель исследования: изучение отношения родителей/законных представителей к назначаемой ребенку терапии.

Материалы и методы. Анкетирование 120 респондентов, имеющих детей 2006-2021 гг. рождения, обратившихся за медицинской помощью в детскую поликлинику. Казани, с последующей математико-статистической обработкой данных, включающей корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты. В случае острого заболевания детей за медицинской помощью в поликлинику готовы обратиться 50% всех родителей (женщины – 52%; мужчины – 50%), при этом выполнять рекомендации врача-педиатра участкового по лечению согласны только 2/3 респондентов (мужчины в 65% случаев, женщины – в 72%). На вопрос о понимании назначений врача-педиатра ответы разделились: женщины считали назначенное лечение целесообразным в 73% случаев, мужчины лишь в 59%. Антибиотикотерапия выявила противоречие: большинство мужчин женщин ответили соответственно «Прописал – значит надо» (85%) и «Дам при ухудшении состояния» (91%). Выявлено, что отношение родителей к рекомендациям специалиста по лечению, зависит от уровня образования опрошенных. Респонденты со средним общим и/или специальным образованием имели более высокий уровень доверия врачу-педиатру участковому и выполняли рекомендации по лечению (в 55% случаев). Родители, имеющие высшее образование, предпочли лечить детей без помощи специалиста (44%). Сравнение испытуемых по возрастным группам позволило определить, что родители, в возрасте до 30 лет, склонны в большей степени доверять врачу-педиатру участковому (88,5%), нежели родители более старшего возраста. Корреляционный анализ полученных данных выявил прямую значимую связь

( $p \leq 0,05$ ) между доверием родителей к специалисту и выполнением назначений, покупкой лекарственных препаратов; позволил определить обратную зависимость ( $p \leq 0,05$ ) между пониманием необходимости назначенного ребенку лечения и внесением коррективов в рекомендации специалиста. непонимание родителями терапевтической тактики приводит к несоблюдению врачебных назначений и, следовательно, к снижению эффективности лечения.

**Вывод.** Проведенное исследование продемонстрировало недостаточный уровень комплаенса родителей в отношении назначенной ребенку терапии. Перспективной задачей врачей-педиатров участковых является не только налаживание взаимоотношений с детьми, но и работа с родителями, включающая в себя предоставление достоверной информации о заболевании, тактики лечения и прогноза.

Список литературы:

1. Аникина В.О., Блох М.Е. Специфика отношений «врач — пациент» в системе неонатологической и педиатрической помощи и направления работы психолога // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2020. №3. С. 289–302. <https://doi.org/10.21638/spbu16.2020.306>
2. Вольская Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. 2013. № 11. С. 6–15.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

Сабитов Н.Ф.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Курмаева Е.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А.

**Актуальность.** Пандемия COVID-19 создала много предпосылок, к ухудшению психического здоровья всех возрастных категорий населения. Риск для здоровья и высокая степень неопределенности с очень высокой вероятностью вызывают у людей эмоциональное напряжение. Страх смерти, обеспокоенность здоровьем близких, утрата привычного образа жизни, ограничение социальных контактов, страх одиночества, как следствие режима изоляции и неблагоприятного влияния информационного пространства. Всё это способно оказывать колоссальное давление на душевное состояние не только взрослого населения, но и на находящуюся на стадии формирования, психику детей и подростков. Более того, условия, создаваемые пандемией, могут спровоцировать рецидивы и даже манифестацию психических заболеваний. Одним из наиболее тяжёлых последствий влияния пандемии, на психическое здоровье граждан, среди прочих, является повышение вероятности возникновения суицидального поведения.

**Цель:** проанализировать случаи повышенной вероятности суицидального риска связи с периодом COVID-19.

**Методы:** анкетирование и анализ статистического материала.

В результате проведённого анализа информационно - аналитического материала Минздрава РТ по количеству суицидов среди несовершеннолетних

граждан в период с 01.01.2018 по 31.12.2022. выявлено, что с 2020 года прослеживается рост показателя количества попыток суицида в год на 26%. Кроме того, в структуре данного показателя прослеживается увеличение количества завершённых суицидов на 40%. Это даёт основание полагать о повышении частоты попыток суицида среди несовершеннолетних условий пандемии.

Таким образом, влияние пандемии COVID – 19 на психическое здоровье детей и подростков на сегодняшний день не теряет своей актуальности и нуждается в дальнейшем более глубоком изучении. Так, например, в качестве одного из методов выявления детей с повышенным риском возникновения суицидального поведения рассматривается анкетирование, которое практикующие врачи – педиатры и студенты медицинских ВУЗов имеют возможность проводить непосредственно на участках детских поликлиник

## **НАРУШЕНИЯ СНА У ДЕТЕЙ**

Петрова А. Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии

Кулакова Г.А., к.м.н., ассистент кафедры госпитальной

педиатрии Хабибрахманова З. Р.

**Введение.** Являясь одним из необходимых факторов развития ребенка с момента его рождения, сон воздействует на работу нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем, оказывая значительное влияние на физическое и психомоторное развитие ребенка, его эмоциональный баланс, память и развитие умственных способностей. Дефицит и нарушение качества сна может привести к снижению когнитивных функций, снижению качества жизни, низкой академической успеваемости, ухудшению дневного самочувствия, избыточной массе тела и другим нарушениям здоровья.

**Актуальность.** В последние десятилетия проблема нарушения сна стоит наиболее остро из-за отсутствия гигиены сна у детей школьного возраста, возрастающей сложности жизни и длительности воздействия различных электронных устройств (смартфоны, компьютеры и т. п.).

**Цель.** Произвести оценку качества и показателей сна у детей.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 37 школьников в возрасте от 10 до 17 лет. Средний возраст опрошенных детей – 14 лет. Использовались Мюнхенский тест для оценки хронотипа (MCTQ) и Питтсбургский опросник на определение индекса качества сна (PSQI). Оценивали показатели длительности сна, времени, когда ребенок ложится спать и встает, длительность засыпания и др.

**Результаты.** Среднее время пробуждения в рабочие дни у детей составило 7:05, в выходные дни — 11:50. В среднем школьникам требовалось 28,52 мин для отхода ко сну, а средняя продолжительность ночного сна составила 6,85 ч. В выходные дни продолжительность сна была на 2,5 ч. больше, чем в школьные дни. Также было выяснено, что есть зависимость продолжительности сна от возраста: дети младшей возрастной группы спят дольше, чем дети старшей - наблюдалось снижение продолжительности сна на 3 ч и 24 мин при сравнении групп школьников 10 и 17 лет. Различий в продолжительности сна между

мальчиками и девочками обнаружено не было. С возрастом закономерно отмечен сдвиг в сторону позднего хронотипа. При этом не отмечено различий среди мальчиков и девочек в значениях хронотипа. Средний балл значений по PSQI составил 5,98 (проблемный сон). У девочек среднее значение баллов самооценки качества сна было несколько выше по сравнению с мальчиками, что говорит о худшем качестве сна.

**Обсуждение:** Таким образом, у школьников с возрастом происходит закономерное уменьшение продолжительности сна, обнаружена зависимость продолжительности сна от возраста, отмечено отличие качества сна у мальчиков и у девочек. Полученные данные могут указывать на ранние признаки десинхроноза между биологическими часами школьников и социальными указателями времени.

**Заключение.** Хронический дефицит и плохое качество сна относятся к факторам риска развития соматических патологий, тревоги, депрессии, симптомов физической усталости и колебаний настроения. Выявление проблем сна среди школьников особенно важно для эффективной профилактики нарушений сна и предотвращения заболеваний в более зрелом возрасте. Поэтому существует необходимость адекватной диагностики и коррекции нарушений сна у детей.

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В XXI ВЕКЕ**

Еникеева А.Р., Сергеева Д.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии

Кулакова Г.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии

Соловьева Н.А.

**Актуальность.** Грудное вскармливание (ГВ), являясь «золотым стандартом» питания способно обеспечить всем детям равные условия для формирования здоровья с самого начала жизненного пути, независимо от социального статуса и материального благополучия родителей. ГВ критически важно — благодаря ему можно ежегодно спасать в мире более 800 000 детей в возрасте до 5 лет.<sup>1</sup> Несмотря на важность и все очевидные преимущества материнского молока, значительное число детей лишены его. По данным МЗРФ и Росстата в 2021 году лишь 38,6% детей от 6 месяцев до 1 года получали грудное вскармливание<sup>2</sup>.

**Цель.** Проанализировать причины недостаточного охвата детей грудным вскармливанием.

**Методы исследования.** Анкетирование родителей по разработанной анкете с актуальными вопросами по грудному вскармливанию в формате «Google-форма».

**Результаты.** Проведен анализ анкет 52 матерей, имеющих детей в возрасте до 3 лет. Средний возраст обследуемых 20-45 лет, преобладали первородящие женщины (95%), с высшим образованием (60%). О преимуществе ГВ знают 92% опрошенных, однако каждая третья женщина сомневается в своей возможности кормить грудью, что свидетельствует об отсутствии стойкой лактационной доминанты. При ее формировании отмечается недостаточная

активность медицинских работников: лишь 38,8% педиатров информируют матерей о преимуществе, необходимости и возможности кормить грудью. Меньшее внимание уделяют гинекологи-14,27% и акушерки 13,25%. Каждая четвертая женщина старается самостоятельно изучать вопросы лактации, используя при этом популярную литературу. Среди обследуемых 98% детей были доношенными, 84,7% новорожденных были приложены к груди матери в родильном зале. На грудном вскармливании в родильном доме находились 90,3%, однако не у всех оно было исключительно грудным, так как 67% детей дополнительно получали ДМС. В процессе лактации у 47,6% женщин отмечались трещины сосков, что может свидетельствовать о нарушении техники кормления грудью. Одной из ведущих проблем (46%), препятствующих кормлению грудью, являются сомнения матери о достатке молока. Причины сомнений: каждая четвертая мама любой крик ребенка интерпретирует как признак голода, а каждая пятая женщина сосательный и поисковый рефлекс ребенка расценивают как знак голода. Сомнения возникают при небольшом размере молочной железы -11,53%, а также при бывших проблемах с лактацией собственной мамы. В случае сомнений в достатке молока женщины обращаются за помощью преимущественно к педиатру (67%) значительно реже к гинекологу (8%), а каждая третья женщина пытается самостоятельно решить эту проблему.

Заключение. Таким образом можно утверждать, что проблема поддержки грудного вскармливания является актуальной. Часто сотрудниками акушерско-педиатрической службы не уделяется должное внимание формированию лактационной доминанты, предопределяющей качественную и длительную лактацию. Ведущие проблемы в периоде лактации, такие как сомнения в достатке молока, нарушения техники кормления грудью, требуют особого внимания врача педиатра и гинеколога. Решение этих проблем, без сомнения, будет способствовать более широкому охвату младенцев грудным вскармливанием.

Список литературы:

1. Информационный бюллетень ВОЗ №342 Январь 2016 г. [Питание детей грудного и раннего возраста \(who.int\)](http://www.who.int)
2. [Здравоохранение России. 2022 \(rosstat.gov.ru\)](http://rosstat.gov.ru)

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА  
«ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ»  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА  
ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА**

Ившина А.П., Кагарманова Р.И., Саттарова А.А.

Научный руководитель к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии  
Соловьева Н.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А.

Актуальность. Пневмония - «острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным, а также инфильтративным изменениям на рентгенограмме». Рентгенографию органов грудной клетки (РОГК) рекомендуется назначать строго по показаниям [1]. Только тщательно оценив

соотношение вреда и пользы, врач-педиатр может назначить рентген грудной клетки ребенку, поскольку большие дозы облучения могут спровоцировать изменения в структуре клеток и послужить толчком к развитию злокачественных заболеваний и генетических нарушений [2].

Цель исследования: изучить обоснованность направления детей на РОГК.

Материалы, методы: анализ историй развития пациентов, которым была проведена РОГК, анкетирование родителей детей при помощи программного обеспечения GoogleForms (обработка результатов в GoogleSheets), а также анализ журнала записи РОГК за период с 01.09.22 по 01.10.22 г. Среди родителей, принявших участие в анкетировании, 2/3 имели высшее профессиональное образование, каждый шестой-среднее профессиональное. Необходимо отметить, что 1/3 респондентов с медицинским образованием.

Результаты. Проведен анализ РОГК 199 детей с подозрением на воспалительный процесс в легких. На момент проведения РОГК возраст пациентов составлял: 28 дней – 1 год (3,5%), 1 – 3 года (8,5%), 3 – 7 лет (19,1%), 7 – 12 лет (33,2%), 12 – 18 лет (35,7%). Пневмония была выявлена лишь у 16% детей. Наиболее часто пневмония подтверждалась у школьников (69%), значительно реже у детей дошкольного (19%), раннего детского (8,5%) и грудного возраста (3,5%). РОГК проведена на 1-3 день болезни каждому пятому ребенку, на 4-7 день болезни каждому второму ребенку, остальным на 8-14 день. При назначении РОГК у каждого шестого была нормальная температура тела, субфебрильная - у 31%, низкая фебрильная – у 36%, высокая фебрильная – у 23% детей. У 39% пациентов имелось затрудненное дыхание. В 92% случаев отмечался кашель, при аускультации сухие, влажные крупнопузырчатые и среднепузырчатые хрипы у каждого второго ребенка. Общий анализ крови был выполнен 80% пациентам, признаки воспаления были выявлены у 17% детей.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о частом, необоснованном назначении РОГК с целью исключения пневмонии. Обращает на себя внимание проведение РОГК на ранних сроках от начала заболевания и часто основанием для направления на обследование служит температурная реакция, наличие жалоб на кашель и аускультативных изменений, характерных для бронхита.

Список литературы:

1. Пневмония (внебольничная). Клинические рекомендации/ред. совет: Баранов А.А. [и др.]. – 2022. – С. 78.
2. Гигиенические требования по ограничению облучения детей при рентгенологических исследованиях: методические рекомендации № 0100/4443-07-34 от 27 апреля 2007 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.bestpravo.ru/rossijskoje/hu-gosudarstvo/t3a.htm>



# ОСОБЕННОСТИ РЕЖИМА ДНЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ

Хамидулина А.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

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

Хабибрахманова З.Р.

**Введение:** Современная жизнь диктует ребёнку активный образ жизни. Всё более усложняющаяся школьная программа увеличивает нагрузку на детей. В последние годы, по данным ряда исследований, есть тенденция к увеличению числа хронических заболеваний, стрессовых и депрессивных состояний, нарушений физического развития подростков.

**Актуальность:** обусловлена тем, что состояние здоровья, физическое развитие, работоспособность и успеваемость ребёнка в школе зависит в том числе и от того, насколько правильно организован режим дня школьника. Нами были изучены особенности режима дня и образа жизни современных школьников, учеников старших классов средних школ.

**Цель исследования:** Выявить особенности режима дня и образа жизни современных подростков в возрасте 15-16 лет.

**Материалы и методы:** в исследовании приняли участие 35 подростков в возрасте 15-16 лет, добровольно прошедшие анкетирование с помощью Google-формы. Было получено согласие законных представителей для прохождения данного анкетирования.

**Результаты исследования:** по результатам исследования получены данные о том, что только 34% опрошенных соблюдают постоянный режим дня, и, к сожалению, 66% опрошенных не соблюдают постоянный режим дня. Продолжительность ночного сна в среднем составляет 6-8 часов, но также встречаются подростки, которые спят меньше 4 часов (2.9% опрошенных), 4-6 часов (14.3% опрошенных), более 8 часов (20%). Важная составляющая правильного режима дня - ежедневное пребывание на свежем воздухе (прогулки) более 1,5 часов. По данным анкетирования, 49% опрошенных ежедневно проводит на свежем воздухе более 1,5 часов, 51% - менее 1,5 часов. К сожалению, 26% опрошенных пропускают прием пищи и питаются менее 2 раз в сутки. Использование гаджетов: 38% опрошенных используют гаджеты более 3 часов в день.

**Обсуждение:** полученные данные свидетельствуют о том, что отсутствие четкого, строго соблюдаемого режима самым неблагоприятным образом влияет на организм. Работоспособность уменьшается, успеваемость снижается, а с течением времени появляются и признаки расстройства здоровья. Соблюдение правил гигиены сна – это залог здоровья. Важно повысить информированность подростков о важности сна, правилах гигиены сна, необходимости их соблюдения, что позволит им применять полученные знания на практике, и, следовательно, сохранять своё здоровье. Известно, что режим дня подростка отличается от распорядка и организации свободного времени детей младшего возраста. Фактически, он является переходным, соединяя в себе элементы, характерные как для детского распорядка дня, так и для режима, необходимого взрослым людям.

Заключение: одно из основных составляющих крепкого здоровья – режим дня. Ответственность за своё здоровье у школьников должны воспитывать родители, показывая собственным примером стремление к здоровому образу жизни, одним из элементов которого является соблюдение режима дня. Для школьников старшего возраста культура здорового образа жизни должна стать стилем жизни. По результатам данного исследования планируется разработка образовательных брошюр для данной категории лиц, которые можно будет использовать для самостоятельного изучения подростками и их родителями, а также во время проведения классных часов.

## **РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «OVERLAP-СИНДРОМ: АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ 1 ТИПА, ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ. ФИБРОЗ ПЕЧЕНИ F2. БОЛЕЗНЬ КРОНА**

Шакирова Р.Р., Садриева А.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии  
Хабибрахманова З.Р.

Введение. Синдром перекреста («overlap syndrome») – мало изученное аутоиммунное заболевание печени, редко выявляемое у детей. При аутоиммунном гепатите (АИГ) overlap-синдром встречается в 10% случаев. АИГ с чертами первичного склерозирующего холангита (ПСХ) встречается в 7-14% случаев всех АИГ; в сочетании с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК): 80% - с язвенным колитом, 10–15% - болезнью Крона. Клинические проявления синдрома разнообразны, что затрудняет своевременную диагностику и требует назначение комбинированной патогенетической терапии.

Цель. Изучение особенностей течения Overlap-синдрома у пациента с АИГ/ПСХ, фиброзом печени F2, болезнью Крона, а также с сопутствующей пищевой аллергией (не Ig E опосредованной) на белок коровьего молока и глютен.

Методы. Исследование проводилось посредством осмотра пациента, анализа медицинской документации и изучения литературы.

Результаты. Мальчик, 7 лет. В возрасте 3 лет родители впервые обратились к врачу с жалобами на периодические боли в животе в околопупочной области, ахолию стула, был выставлен диагноз «Острая ВЭБ инфекция, период реконвалесценции». Находился на лечении в стационаре с диагнозом: «Гепатит умеренной степени активности, недифференцированный. Перекрестный синдром (АИГ/ПСХ?) ВЗК с ранним началом?», без существенной динамики. Для дальнейшего ведения пациента был госпитализирован в ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологий». Жалобы сохранялись, в биохимическом анализе крови уровень АЛТ - 421 Ед, АСТ - 304 Ед, кальпротектин – 1156, маркёры аутоиммунных заболеваний положительные. Выписан с диагнозом «Хронический криптогенный гепатит с холестатическим компонентом умеренной степени активности». В межгоспитальный период отмечалась примесь крови в стуле до 2 раз в месяц. После проведения эластографии: фиброз F1 по METAVIR, колоноскопии с биопсией - картина болезни Крона.

На момент обследования: состояние средней степени тяжести. Обнаружено увеличение печени +5 см, консистенция эластичная. В биохимическом анализе крови: АЛТ – 158 Ед, АСТ – 67,7 Ед. Сенсибилизация к белкам коровьего молока – 12000 МЕ/мл, глютену – 8376 МЕ/мл. По данным УЗИ ОБП: признаки гепатомегалии с диффузными изменениями паренхимы печени. Выставлен основной диагноз: «Overlap-синдром: Аутоиммунный гепатит 1 типа, минимальная степень активности, первичный склерозирующий холангит. Фиброз печени F2. Болезнь Крона, тотальное поражение восходящей, слепой, терминального отдела подвздошной кишки». Сопутствующий диагноз: «Пищевая аллергия, не IgE опосредованная (белок коровьего молока, глютен). ДЖВП. Вторичные изменения поджелудочной железы».

Лечение: стол №4 с соблюдением безмолочной, безглютеновой диеты, с целью нутритивной поддержки на фоне безмолочной диеты – лечебная смесь на основе аминокислот, месалазин, преднизолон, алмагель, урсодезоксихолевая кислота, карсил, тыквеол, аевит, калия и магния аспаргинат, препараты кальция, колекальциферол, калия йодид, лиофизат бактерий.

Заключение. При комбинации заболеваний печени, значительно ухудшающих прогноз заболевания, вероятно, имеет место общность нарушений регуляции ключевых генетических, иммунных компонентов по оси «кишечник–печень», требующих дальнейшего изучения.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ НИЗКОРОСЛОСТИ РЕБЕНКА НА ПЕДИТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.**

Грачунова О.Д.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители - С.Я. Волгина, д.м.н., профессор, Н.А. Соловьева, к.м.н., доцент

**Актуальность.** Под термином низкорослость подразумевается значительное снижение роста у детей и взрослых. Среди всех случаев 20% приходится на эндокринно-зависимые варианты задержки роста, остальные 80% – на эндокринно-независимые. Качество жизни во взрослом возрасте зависит от своевременности постановки диагноза. Поэтому выявление подобных пациентов среди детей является очень важным этапом в цепи мероприятий, направленных на улучшение состояния здоровья.

**Цель.** На примере клинического случая провести анализ поиска причин низкорослости у пациента.

**Материал и методы.** Анализ амбулаторной карты и истории болезни ребенка с низкорослостью.

**Результаты.** Родители 5-летнего ребенка обратились к участковому врачу-педиатру с жалобами на отставание в росте от сверстников. Мальчик от 1 беременности, протекающей без патологии, естественные 1 роды, срочные. Масса тела при рождении 3250 г, рост – 50 см. Перенесенные заболевания: ОРВИ 3-5 раз в год. Аллергоанамнез не отягощен, профилактические прививки согласно календарю. Наследственный анамнез не отягощен. Рос и развивался в

соответствии с возрастом до 3 лет. Динамика роста: 1 г – 73 см (10-25 перцентиль), 1 г 8 мес. – 77 см (3-10 перцентиль), 4 г 11 мес. – 98 см (ниже 3 перцентилья). Был направлен на консультацию к эндокринологу и взят на диспансерный учет по месту жительства в связи с низкими показателями роста по центильным таблицам. При проведении обследований в 5 лет: рост 100 см, вес 13 см (ниже 3 перцентилья), общий анализ крови и мочи, биохимия крови в норме. На рентгенографии костный возраст соответствовал 3 годам, гормональный профиль Т4св. – 17,9 пмоль/л (норма 12,3 – 22,8 пмоль/л), ТТГ – 3,6 мкМЕ/мл (норма 0,7 – 6мкМЕ/мл). Для оценки генетического компонента рассчитывается «целевой» рост: рост матери 161 см, рост отца 175 см. Целевой ростребенка 174,5+/- 7 см. После проведения комплексного обследования ребенка и исключения всех других возможных причин низкорослости проведения стимуляционной пробыс клофелином и инсулином был выявлен дефицит СТГ. МРТ гипофиза с контрастным усилением патологии не выявило, была назначена терапия препаратами соматотропного гормона.

**Заключение.** Низкорослость является междисциплинарной проблемой педиатров и эндокринологов. Участковый врач-педиатр совместно с эндокринологом производит дифференциальную диагностику эндокринных и не эндокринных причин задержки роста, выбирает тактику ведения таких пациентов и оценивает необходимость проведения медикаментозной коррекции состояния. Однако качественное проведение базовой оценки физического развития ребенка и знания комплексного подхода к диагностике упрощают процесс ведения пациентов с патологией низкого роста, поскольку врач-педиатр может своевременно выявить отклонение и направить пациента для обследования к профильному специалисту.

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА "ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ  
ПОЛИКЛИНИКИ"  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА «СТРУКТУРА И  
ДИНАМИКА  
ИНВАЛИДИЗАЦИИ ДЕТЕЙ НА БАЗЕ ГАУЗ «ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ  
ПОЛИКЛИНИКА №7» Г.  
КАЗАНИ»**

С.А. Абдураева, Э.Р. Баймурзина

Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии  
Волгина С.Я.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава  
России

**Актуальность:**

Характеристики инвалидности, заболеваемости и смертности - важнейшие показатели, отражающие состояние здоровья детей, эффективность деятельности и уровень развития государственных систем и негосударственных организаций.

Целью настоящей работы стало изучение динамики, распространенности и структуры детской инвалидности на территории обслуживания ГАУЗ «ДГП№7» города Казани в период с 2012 по 2021 год.

**Материалы и методы:**

В исследование были включены данные о детях-инвалидах, в возрасте 0-4, 5-9, 10-14, 15-17 лет, полученные на базе ГАУЗ «ДГП №7» города Казани за период 2012–2021 гг. Для реализации поставленной цели нами проведен ретроспективный анализ показателей детской инвалидности по данным годовой отчетности. В процессе проведения исследования были проанализированы показатели инвалидности за 2012, 2017, 2021 годы.

Результаты и их обсуждение:

Уровень первичной инвалидности в 2012 году составил 28,6, в 2017 - 14, а 2021 году - 25,5 на 10 тыс. детского населения, а уровень общей инвалидности в 2012 году составил 161,8, в 2017 - 170 и в 2021 году 184,6 на 10 тыс. детского населения.

Структура первичной общей инвалидности по нозологическим классам была одинаковой, но в 2012 году преобладали заболевания нервной системы, органов чувств, врожденные аномалии развития и хромосомные нарушения, а в 2017 и 2021 – болезни нервной системы, психические расстройства и расстройства поведения, врожденные аномалии развития и хромосомные нарушения. Что интересно, было выявлено увеличение доли психических расстройств и расстройств поведения (с 14% в 2012, 20% в 2017 и до 24% в 2021) и уменьшение доли заболеваний нервной системы (с 42% в 2012, 32% в 2017 и до 28% в 2021).

Выводы:

За промежуток с 2012 по 2021 год на территории обслуживания ГАУЗ «Детская городская поликлиника №7» отмечается тенденция к снижению уровня первичной инвалидности, при увеличении показателя общей инвалидности.

Структура общей и первичной инвалидности за рассматриваемый промежуток времени не изменилась, однако мы выявили, что возрастает процент детей, у которых причинами инвалидности является психические расстройства и расстройства поведения, в основном за счет снижения доли заболеваний нервной системы.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ» РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ. ГАЛАКТОЗЕМИЯ.**

Вохмянина М.С.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии

Соловьёва Н.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Галактоземия (ГАЛ) – наследственная аутосомно-рецессивная патология, связанная с мутацией генов, которые кодируют ферменты, участвующие в обмене галактозы [1]. В Европе частота классической ГАЛ составляет 1:30000–40000, клинического варианта ГАЛ – 1:20 000, биохимического варианта – 1:10000. При поздней диагностике и позднем начале диетотерапии возможно тяжелое и необратимое поражение печени (цирроз) и головного мозга (умственная отсталость), формирование катаракты и слепоты, нарушение функции половых желез [2].

Цель. Изучение истории болезни ребенка с ГАЛ в период клинической практики.

Материалы и методы, Проведен анализ истории болезни больного Т.А., 3 лет.

Результат исследования. Мальчик (07.03.20) родился от 1 беременности, срочных родов (кесарево сечение) на сроке 37 недель. Вес при рождении - 3110 г, рост- 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Беременность протекала на фоне преэклампсии, миомы тела матки, миопии средней степени, тромбоцитопении, инфекции мочевыводящих путей. К груди приложен сразу. Из родильного дома выписан на 4 день жизни. В результате I этапа скрининга (12.03.20) уровень тотальной галактозы составлял 19,3 мг/дл (норма <7,2 мг/дл), на II этапе скрининга (19.03.20) – 22,6 мг/дл. Жалоб не было. Выставлен диагноз «Галактоземия?», назначена консультация генетика и проведение генетического тестирования. Проведено генетическое исследование (15.07.20). Заключение: у пробанда обнаружена частая мутация с563А > G (pGln188Arg) в гетерозиготном состоянии (СМ 910169) и полиморфизм Дуарте с940А > G (p.N314D) в гетерозиготном состоянии. Энзимодиагностика (10.07.20): Активность галактозо – 1 – фосфат уридилтрансферазы (ГАЛТ) снижен – 3Е/гНб (норма 4,4 – 15Е/гНб). У отца пробанда обнаружена мутация с563А > G (pGln188Arg) в гетерозиготном состоянии (СМ 910169) и полиморфизм Дуарте с940А > G (p.N314D) в гетерозиготном состоянии; активность ГАЛТ– 4,6 Е/гНб. У матери пробанда мутация с940А>G(p.N314D) в гетерозиготном состоянии, активность ГАЛТ - 9,31 Е/гНб. Ребенок консультирован генетиком: диагноз «Галактоземия I типа варианта Дуарте». Назначено лечение: безлактозная диета пожизненная, безлактозная смесь и прикорм (в соответствии возрасту).

Дальнейшее наблюдение ребенка в декретированные сроки не выявило отклонений в состоянии здоровья: физическое развитие среднее, гармоничное; нервно – психическое развитие соответствует возрасту; резистентность организма хорошая.

Заключение. У ребенка выявлена классическая ГАЛ I типа, обусловленная дефицитом фермента ГАЛТ, вариант Дуарте. Активность фермента равна 34% от нормы, поэтому в первые месяцы не наблюдались клинические проявления. В представленном случае оба родителя - бессимптомные носители заболевания.

ГАЛ удалось выявить благодаря неонатальному скринингу, а также по результатам генетического тестирования и снижения активности ГАЛТ. Ребенок нуждается в пожизненной диетотерапии и динамическом наблюдении с целью контроля состояния здоровья, выявления возможных отсроченных осложнений.

Список литературы.

1. Клинические рекомендации. Нарушения обмена галактозы (Галактоземия). 2019. СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ (pediatr-russia.ru)
2. Кислюк Г.И., Вялых Е.К., Коваль В.С. Клинические случаи галактоземии у новорожденных детей Трудный пациент. 2021; 19 (5): 10–14. DOI: 10.224412/2074-1005-2021-5-10-14 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskie-sluchai-galaktozemii-u-novorozhdennyh-detey/viewer>

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА**  
**«ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ»**  
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: «ВИТАМИН Д - ДЕФИЦИТНЫЙ РАХИТ**  
**НА ФОНЕ ПРИЕМА ВИТАМИНА Д»**

Закирова А.А.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии

Соловьёва Н.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии

Кулакова Г.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Рахит- заболевание обмена веществ, возникающее из-за недостатка витамина Д у детей от 3 месяцев до 3 лет, результатом которого является нарушение формирования костной ткани. На сегодняшний день установлено, что причиной рахита не всегда является исключительно недостаток витамина Д в организме. Развитию его также способствует недостаточное поступление кальция, фосфора и других, необходимых для образования костной ткани, минеральных элементов. Нарушению развития костной ткани способствуют незрелость и дисфункция эндокринных желез, различные соматические заболевания, протекающие с нарушением переваривания и всасывания пищевых веществ и ряд других факторов таких как задержка внутриутробного развития, высокий темп роста и формирования скелета детей первого года жизни, дефицитом и несформированностью путей транспорта, метаболизма и утилизации Саи Р.

Цель: изучить случай Витамин D дефицитного рахита у ребенка 4-месячного возраста.

Результаты исследования. К участковому врачу-педиатру обратилась мама с жалобами на плаксивость, беспокойный сон и повышенное потоотделение после дневного и ночного сна ребенка. Симптомы наблюдались в течение последнего месяца. Ребенок родился от 2 беременности, 1 срочных родов. Возраст матери – 32 года, стоит на учете с диагнозом «Гипертоническая болезнь». Первая беременность закончилась самопроизвольным абортom. Беременность протекала на фоне токсикоза и острых респираторных заболеваний в первом триместре. Интранатальный период отягощен преждевременным отхождением околоплодных вод, роды затяжные, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Выписан с диагнозом: Период новорожденности. Неонатальная желтуха. ППЦНС в форме мышечной гипотонии. ЗВУР по гипотрофическому типу. Ребенок на естественном вскармливании. получает витамин D с 2-х недельного возраста. Привит согласно национальному календарю прививок. Объективные данные: Масса: 6300 (Среднее SD от -1 до +1). Длина тела: 62 см (Среднее SD от -1 до +1). Окружность головы 43 см (Среднее S от -1 до +1). Оценка НПП: нормальное, соответствует возрасту. Общее состояние удовлетворительное. Ребёнок негативно реагирует на осмотр. Кожа чистая, влажная. Отмечается уплощение затылочной части черепа, податливость краев большого родничка (размеры 2,0 x 2,0 (см)), выраженные лобные бугры, расширение нижней апертуры грудной клетки. Живот умеренно увеличен в объеме, при пальпации мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Биохимический анализ крови: ЩФ 873 Ед/л (норма 80–470 Ед/л), Са 2,75 ммоль/ л (норма 2,25 - 2,75 ммоль/л), 25-ОН Витамин D -16,99 нг/мл (норма -

более 30 нг/мл). На основании жалоб, данных объективного осмотра и лабораторной диагностики, пациенту был выставлен диагноз: Витамин Дефицитный рахит средней степени тяжести, период разгара, острое течение. Заключение. Данный клинический случай демонстрирует значение неблагоприятных факторов риска антенатального периода в развитии рахита.

## **ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОРОКА СЕРДЦА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ.**

Ослопова Д.В., Щипкова А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель- д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии  
Волгина С.Я.

Актуальность. Врожденные пороки сердца (ВПС) составляют 1/3 от всех пороков развития детей. На коарктацию аорты (КА) приходится около 7% от ВПС. Поздняя диагностика КА может стать причиной жизнеугрожающих состояний и привести к необратимым осложнениям: дисфункции почек, желудочно-кишечного тракта и развитие полиорганных недостаточностей.

Цель работы: проанализировать клинический случай ребёнка с коарктации аорты.

Материалы и методы исследования: анализ история болезни, обзор литературы

Пациент А., мальчик 12 лет с жалобами на повышение АД, головные боли давящего характера, усиливающиеся при физической и эмоциональной нагрузках и эпизоды учащенного сердцебиения. Ребёнок от II беременности, протекавшей на фоне анемии, обвития нижних конечностей, роды II срочные самостоятельные. Физическое и нервно-психическое развитие по возрасту. Наследственный анамнез: у старшей сестры ВПС (дефект межжелудочковой перегородки). Объективный осмотр: состояние средней степени тяжести, «атлетический» тип телосложения. Пульс на верхних конечностях 70 ударов в минуту, напряженный, хорошего наполнения, большой величины, на нижних конечностях не определяется. АД на верхних конечностях: правая рука 150/95 мм рт. ст., левая рука 155/100 мм рт. ст. На нижних конечностях АД не определяется. Аускультация сердца: тихий систолический шум в межлопаточном пространстве слева на уровне III грудного позвонка. Предварительный диагноз: ВПС. Коарктация аорты. Данные инструментальных методов исследования. УЗИ сердца. Аорта: визуализируется сужение, зафиксирован коарктационный поток. ЗПС (зондирование полостей сердца): коарктация аорты, открытый артериальный проток. Поставлен окончательный диагноз: «Коарктация аорты. Открытый артериальный проток. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Артериальная гипертензия верхнего плечевого пояса. НК 2а.» Пациента А. направили на госпитализацию в кардиохирургическое отделение.

Вывод. Описанный клинический случай демонстрирует важность ранней диагностики ВПС у новорожденных, в частности КА. Врач -педиатр обязан, как минимум, предположить наличие порока, как максимум, – уточнить топику порока и определить дальнейший план ведения пациента. Дети с КА часто не предъявляют никаких жалоб и остаются пропущены врачами. Поэтому при осмотре ребёнка раннего возраста необходимо помнить об симптомах проявления



КА. У детей грудного возраста: одышка, учащенное сердцебиение, бледность кожных покровов, деформация грудной клетки по типу сердечного горба. У детей старшего возраста: повышение давления и учащение пульса на верхних конечностях. На нижних конечностях эти показатели будут резко снижены или не будут определяться. Аускультация: наличие характерного систолического шум в межлопаточной области.

## **ОТНОШЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ**

Файзрахманова К.И.

Научный руководитель — к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьёва Н.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А.  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Иммунопрофилактика - не вызывает сомнений о своей эффективности, это доказано многолетней мировой практикой. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приняла Глобальный план действий по вакцинации, определив основной целью достижение к 2020 г. не менее 90% охвата вакцинацией всеми прививками, включенными в национальные программы иммунизации [1]. Однако вакциноуправляемые инфекции продолжают регистрировать даже в странах с оптимальным охватом вакцинацией, что может быть связано с нарушением ее графика. Соблюдение правил вакцинации в соответствии с возрастом имеет решающее значение для обеспечения максимальной эффективности программ иммунизации [2,3].

Официальное представительство ВОЗ в России заявило, что в мире многие люди стали отказываться от вакцинации себя и своих детей. Отказ от вакцинации в мире начал принимать угрожающие масштабы. Из-за большого количества непривитых детей и взрослых выросла общая заболеваемость. По подсчетам ВОЗ, организованная вакцинация от таких заболеваний как корь и полиомиелит позволит избежать около трех миллионов смертей в год [4].

Цель: Изучить отношение родителей к вакцинопрофилактике.

Методы исследования: анкетирование родителей детей, пришедших на профилактический осмотр в детскую городскую поликлинику в период клинической практики «Помощник врача детской поликлиники».

Результаты. Прошли анкетирование 107 человек. Среди опрошенных родителей 66% ответили, что прививают детей по национальному календарю профилактических прививок. У 14% респондентов дети привиты, но не все прививками. Каждый третий ребенок не был привит в связи с отказом от вакцины против кори, краснухи и паротита. При этом в 47% случаев выявлен низкий уровень знаний родителей о тяжести течения кори, осложнениях и возможных неблагоприятных исходах, так как специального лечения, направленного против вируса кори, не существует. 88% респондентов, кто против профилактических прививок, не знают о последствиях, к которым может привести их отказ. Выявлены следующие причины отказов: боязнь возникновения неблагоприятных осложнений (39%), религиозные убеждения (11%). При этом 44% родителей отказались от вакцинации в ответ на негативные отзывы знакомых и в средствах массовой информации.

Обсуждение. В результате исследования мы выявили, что данная тема является актуальной и интересной для опрошенных. Позитивное отношение к вакцинации, защищающей от управляемых инфекций, имеют большинство родителей. Однако часть до сих пор считают, что профилактические прививки могут навредить здоровью их ребенка.

Таким образом, для достижения оптимального охвата вакцинацией детей в рекомендуемые национальным календарем профилактических прививок сроки, необходимо повысить уровень знаний родителей. Достоверная информация о вакциноуправляемых инфекциях, качестве современных вакцин и течении поствакцинального периода, поступающая от медицинских работников, будет способствовать принятию правильного решения родителями и повышению процента охвата детей профилактическими прививками.

#### Список литературы

1. WHO. Global Vaccine Action Plan. Monitoring, Evaluation and Accountability. Secretariat Annual Report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017
2. Recommended immunization schedules for persons aged 0 through 18 years — United States, 2012. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2012;61(5):1–4
3. Мукожева Р.А., Куличенко Т.В., Вильчанская Т.В., Романова О.В., Лазарева М.А., Лашкова Ю.С., Артемова И.В. Анализ привитости и своевременности вакцинации детей против инфекций из перечня национального календаря профилактических прививок в субъектах Приволжского и Дальневосточного федеральных округов Российской Федерации: одномоментное исследование. Вопросы современной педиатрии. 2021;20(4):282–291. doi: 10.15690/vsp.v20i4.2284
4. <https://www.resobr.ru/news/63719-rosпотреbnadzor-poruchil-regionam-provesti-immunizatsiyu-ot-kori-i-difterii?ysclid=lf42f2pj1r614363206>

## **РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ. «ПЕРВИЧНАЯ ЦИЛИАРНАЯ ДИСКИНЕЗИЯ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК**

Хамидуллина Р.А.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии

Соловьёва Н.А., к.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии

Волгина С.Я.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Первичная цилиарная дискинезия (ПЦД) – это генетическое заболевание, в основе которого лежит врожденный дефект строения ресничек мерцательного эпителия респираторного тракта, приводящий к нарушению их двигательной активности и встречающееся с частотой 1:30 000 до 1:50 000 новорожденных [1,2]. Для ПЦД характерна разнообразная клиническая картина, обусловленная нарушением мукоцилиарного клиренса с последующим присоединением инфекции и формированием хронического воспалительного процесса.

Цель. Изучение клинического случая ПЦД

Материалы и методы: анализ истории болезни больного Э.Р., 6 лет с ПЦД. Результат исследования. Ребенок родился от 2 беременности (1 беременность завершилась родами здорового ребенка), 2 родов. Беременность

протекала на фоне ОРВИ в третьем триместре. Роды срочные, путем кесарева сечения, масса при рождении 3770 г, длина 56 см, по шкале Апгар 7/8 баллов. На 2 суткимальчик с апноэ госпитализирован в реанимационное отделение, где находился на ИВЛ 10 дней, далее переведен в отделение патологии новорожденных. Семейный анамнез не отягощен. В течение 3 лет каждые 2-3 месяца отмечались обструктивные бронхиты. В 2 года проведена фибробронхоскопия, которая выявила катаральный двухсторонний эндобронхит. В 3 года госпитализирован с пневмонией. При обследовании исключен муковисцидоз (потовый тест 37 ммоль/л – отрицательный результат), диагностирован двухсторонний евстахеит с рецидивирующим течением. Ребенок в 5 лет консультирован пульмонологом и с диагнозом «Первичная цилиарная недостаточность?» направлен на обследование по системе высокотехнологичной помощи. При поступлении в отделение пульмонологии отмечены жалобы на постоянную заложенность носа, периодически свистящее дыхание, в клинической картине затруднение носового дыхания, при аускультации: жесткое дыхание. Сатурация кислорода – 98%. Проведено обследование. Флоуметрия. Заключение: умеренное генерализованное нарушение бронхиальной проходимости. Микробиологическое исследование мокроты и промывных вод бронхов. Заключение: этиологически значимой флоры и грибы не найдены. Бронхоскопия. Заключение: двухсторонний гнойный бронхит 2 степени выраженности воспалительного процесса. Компьютерная томография. Заключение: КТ-признаки хронического бронхита. Результаты биопсии эпителия бронхов: отсутствие движений ресничек мерцательного эпителия. Консультация сурдолога (диагноз: Двусторонний экссудативный отит) и оториноларинголога (диагноз: Хронический риносинусит). На основании обследования выставлен диагноз: Врожденный порок бронхов: «Первичная цилиарная дискинезия». Хронический обструктивный бронхит. Хронический риносинусит. Двусторонний экссудативный средний отит.

Заключение. Диагностика ПЦД у детей представляет трудности в силу низкой распространенности. Проведение высокотехнологических методов исследования и мультидисциплинарный подход позволили установить диагноз: «Врожденный порок бронхов: «Первичная цилиарная дискинезия». Хронический обструктивный бронхит. Хронический риносинусит. Двусторонний экссудативный средний отит» в возрасте 5 лет. Относительно благоприятный прогноз возможен при мультидисциплинарном подходе к терапии данного пациента в связи с полиорганностью поражений.

Список литературы

1. Павлова Т. Б., Шинкарева В. М. «Первичная цилиарная дискинезия. Клиническое наблюдение» // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2016, №1 (107) URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pervichnaya-tsiliarnaya-diskineziya-klinicheskoe-nablyudenie>
2. Рыбакова И. В., Королева И. В., Хижняк А. В. «Клинический случай ранней диагностики и лечения первичной цилиарной дискинезии (синдрома Картагенера)» // Архив внутренней медицины №4, 2018 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskiy-sluchay-ranney-diagnostiki-i-lecheniya-pervichnoy-tsiliarnoy-diskinezii-sindroma-kartagenera>

# ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ» РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ НЕЙРОФИБРОМАТОЗ I ТИПА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Цирулиева А.Д.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии

Соловьёва Н.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии

Курмаева Е.А.

**Актуальность.** Нейрофиброматозы (НФ) — группа наследственных заболеваний с характерным поражением кожных покровов и нервной системы, наличием типичных пигментных пятен типа «кофе с молоком», аномалиями развития костного скелета, а также рядом других клинических проявлений. Тип наследования заболевания аутосомно-доминантный с пенетрантностью близкой к 100%. Частота НФ I типа: 1 на 3000 детей. Причиной нейрофиброматоза является мутация гена NF1, находящегося на 17-й хромосоме и кодирующего белок нейрофибромин. Снижение или отсутствие выработки нейрофибромин приводит к диспластической или неопластической пролиферации клеток [1,2].

**Цель:** Изучение клинического случая Нейрофиброматоза I типа у ребенка 11 мес.

**Материалы и методы:** анализ истории болезни пациента.

Ребенок П.Д., возраст: 11 м., женского пола.

Жалобы на отказ от еды, эпизоды срыгиваний, плохую прибавку в весе и на появление пятен коричневого цвета на коже живота ребенка с 3х месяцев, пятна увеличивались соответственно росту ребенка.

Из анамнеза известно: Ребенок от 1-й беременности, данная беременность протекала на фоне анемии. Роды срочные, оценка по шкале Апгар 7-8 баллов, масса при рождении 3450г, рост 51см. Отмечалась задержка психомоторного развития (голову держит с 3 месяцев, сидит с 9 месяцев). Вскармливание искусственное с 3 месяцев. Наследственный анамнез не отягощен. Неоднократно госпитализировался в педиатрическое отделение по поводу синдрома упорных срыгиваний и недостаточной прибавки в весе. С 3 месяцев появились пятна коричневого цвета на коже живота, которые увеличивались с ростом ребенка. Ребенок направленна обследование в педиатрическое отделение и консультирован неврологом, офтальмологом и генетиком.

Проведена МРТ головного мозга - данные умеренных атрофических изменений полушарий большого мозга. С подозрением на нейрофиброматоз отправлен анализ крови в МГНЦ г. Москва. Был проведен поиск патогенных мутаций, ассоциированных с нейрофиброматозом. Выявлена однонуклеотидная замена в гене NF1, патогенный вариант нуклеотидной последовательности, являющейся причиной заболевания. При объективном осмотре вес 7600 г, рост 2 см . на коже живота визуализировались два пятна цвета кофе с молоком, неправильной формы с четкими, неровными контурами. Проведено ФГДС. Заключение: Гипотония кардии. ГЭР; биопсия слизистой оболочки дистальных отделов ДПК патологии не выявила. На основании клинических данных (пятна «кофе с молоком», данные МРТ и результатов генетического исследования, ФГДС

выставлен Диагноз: Q85.0 Нейрофиброматоз (незлокачественный), 1 типа. ГЭР. БЭН 1 степени.

Заключение: Таким образом, задержка психомоторного развития, характерных пятен «кофе с молоком», данных результатов МРТ головного мозга, генетического исследования позволило установить нейрофиброматоз 1 типа. Пациент с данным диагнозом нуждается в мультидисциплинарном подходе при динамическом наблюдении.

Список литературы

1. Саханова А. Ш. Нейрофиброматоз у детей /А. Ш. Саханова, К. А. Кенжебаева, Д. В. Бабий и др.// Медицина и экология.- 2017.-№ 1.- С.47-45.
2. <https://omim.org/entry/162200>

## **НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ ОРДИНАТОРОВ ПРИЧИНЫ И ИСХОДЫ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ**

Ахмадуллина А.А., Муртазина Д.Р., Гарина Г.А.

Научные руководители – д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Камалова А.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Самойлова Н.В. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. В практической работе врачи различных специальностей все чаще встречаются с отравлениями. Острое отравление у детей является частой причиной заболеваемости и смертности. Ведущими причинами данного состояния является небезопасное хранение различных веществ, находящихся в зоне досягаемости ребенка, а иногда и преднамеренное применение детьми лекарственных препаратов.

Цели задачи исследования. Анализ случаев острых отравлений у детей за 2018-2022 год, обратившихся в приемное отделение ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ».

Материалы и методы. В ходе данного ретроспективного исследования изучены истории болезни 684 детей (пол и возраст пациентов, отравляющие вещества, исход обращения) в возрасте от 0 до 18 лет, поступивших с острым отравлением в приемное отделение стационара третьего уровня — ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (ДРКБ) за 2018-2022 год.

Результаты. Проанализированы данные 352 (51,5%) мальчиков и 332 (48,5%) девочек. Пик отравлений приходился на возраст до 3 лет - 264 (38,6%), дошкольный (4-7) – 95 (13,9%), младший школьный (8-11) – 64 (9,4%), средний школьный (12-15) – 192 (28,1%), старший школьный (16-17) – 69 (10%). 72,4% отравлений являлись непреднамеренными, а в 27,6% случаев — преднамеренными. В домашних условиях были зарегистрированы 543 (79,3%) случаев, а вне дома — 141 (20,7%). Из 190 случаев отравлений 131 (19,1%) были лёгкой степени тяжести, 432 (63,2%) — средней степени тяжести, 121 (17,7%) — тяжёлой степени. Наиболее часто встречающимися отравляющими веществами были этанол, угарный газ, витамины, НПВС, химические детергенты. 683 пациентов выжили, 1 ребенок, девушка 14 лет с тяжелым отравлением алкоголем, поступившая в состоянии комы, умерла.

Заключение. Число отравлений за 2021-2022 гг. по данным ДРКБ МЗ РТ значительно выросло (384 случаев) по сравнению с периодом 2018-2020 гг. (300 случаев). Выявлен рост количества отравлений среди подростков. В структуре причин отравлений лидирующие позиции заняли лекарственные препараты. У большинства пациентов отмечались отравления лёгкой и средней степени тяжести, чаще непреднамеренные. Тяжёлое состояние наблюдалось у подростков, которые бесконтрольно и чрезмерно употребляли токсические вещества на фоне нестабильного эмоционального состояния в период пандемии Covid-19. В связи созданием новых химических веществ, и увеличением разнообразия лекарственных средств, возрастает значимость изучения их токсических свойств.

Список литературы:

1. Камалова А.А., Гарина Г.А., Кадырова Ю.А., Низамова Р.А., Зайнетдинова М.Ш., Квитко Э.М. Острые отравления у детей: ретроспективный анализ случаев. Токсикологический вестник. 2022; 30(6): 351-358.

## **ГИПЕРАММОНИЕМИЯ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ВЫЗОВ.**

Назмутдинова Л. Р.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Казанский государственный медицинский университет"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель: профессор кафедры госпитальной педиатрии, д.м.н., Камалова А.А.

Актуальность: Аммиак – нейротоксичное соединение, которое обезвреживается ферментами печени в цикле мочевины. Наиболее чувствительна к повреждению аммиаком центральная нервная система, так как аммиак с легкостью проникает через тканевой барьер и повреждает глиальные клетки. Гипераммониемия определяется как уровень аммиака в плазме крови выше 100 мкмоль/л у новорожденных и выше 50 мкмоль/л у детей и подростков.

Гипераммониемия может наблюдаться при острой и хронической печеночной недостаточности, заболеваниях почек, инфекционных процессах, приёме некоторых лекарственных средств (вальпроаты, Рибавирин). Гипераммониемия также может являться признаком наследственных болезней обмена (НБО), например, нарушений цикла мочевины, органических ацидурий, дефектов митохондриального окисления жирных кислот. Ранняя диагностика гипераммониемии и коррекция поддающихся лечению метаболических состояний – краеугольный камень в улучшении прогноза пациентов.

Целью демонстрации клинического случая является повышение осведомленности врачей о современных подходах к диагностике и коррекции гипераммониемии в педиатрической практике.

Материалы и методы: анализ истории болезни пациента, работа с медицинской документацией.

Результаты: Пациент, 1 месяц, переведён из перинатального центра в стационар третьего уровня в тяжёлом состоянии. Тяжесть состояния обусловлена неврологической симптоматикой: ребёнок вялый, фиксации взгляда нет, мышечный тонус резко снижен, сухожильные рефлексы вызываются слабо. Из

анамнеза известно, что при рождении состояние ребёнка было тяжёлым за счёт апноэ, по шкале Апгар 7 – 5 баллов. На первые сутки жизни ребёнок переведён в реанимационное отделение в связи с ухудшением состояния за счёт неврологической симптоматики (снижение нервно-рефлекторной возбудимости), метаболических нарушений – гипераммониемия (154 мкмоль/л), гиперлактатемия (8,1 ммоль/л). В анализе мочи на органические кислоты выявлены изменения, характерные для дефицита пируватдегидрогеназы, первичной и вторичной митохондриальной патологии. По данным нейросонографии – признаки расширения задних рогов боковых желудочков. По данным магнитно-резонансной томографии головного мозга – признаки гипоплазии мозолистого тела, кистозной трансформации шишковидной железы. В возрасте 2 месяцев был получен результат секвенирования полного экзона – выявлен гемизиготный вариант нуклеотидной последовательности в гене PDHA1, ранее описанный у пациентов с дефицитом пируватдегидрогеназы. На основании данных анамнеза, объективного осмотра (мышечная гипотония), лабораторных исследований (гипераммониемия, гиперлактатемия), результатов полного экзомного секвенирования, инструментальных методов исследования был выставлен диагноз: НБО. Дефицит пируватдегидрогеназного комплекса E1. На фоне проводимого лечения (натрия гидрокарбонат 4%, Левокарнитин, Цитофлавин, витамин B6, витамин B1, Убидекаренон) у ребенка стабилизировалось общее состояние, гипераммониемия купирована.

Заключение: НБО, сопровождающиеся гипераммониемией, могут скрываться под маской многих заболеваний со схожими проявлениями. Это становится настоящим вызовом для педиатров. Ранняя диагностика и своевременная коррекция имеет решающее значение для предотвращения необратимых неврологических осложнений в неонатальном периоде.

## **ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МАК-КЬЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА У ДЕВОЧКИ 7 МЕСЯЦЕВ**

Деревянченко Т.М.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и педиатрии

Романенко Е.С.

Синдром Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева (МОБ) характеризуется триадой симптомов: наличием ассиметричных пятен на коже с неровными краями цвета «кофе с молоком», фиброзно-кистозной дисплазией, эндокринными нарушениями, среди которых самым частым является гонадотропиннезависимое преждевременное половое развитие. По данным различных наблюдений, частота встречаемости синдрома составляет от 1:100000 до 1:1000000 населения.

Под нашим наблюдением находилась пациентка О., 7 месяцев, которая обратилась с мамой по поводу роста молочных желез, ежедневных, не обильных (до 0.5-1 мл визуально) кровянистых выделений из половых путей в течение недели. С 1 мес. появление "кофейных" пятен на коже.

Из анамнеза известно, что ребенок находится на искусственном вскармливании. С 1 месяца у девочки отмечается появление "кофейных" пятен на

коже, в возрасте 7 месяцев появилось резкое нагрубание молочных желез и кровянистые выделения из половых путей. При обращении уровень эстрадиола составил 38,53 пг/мл, ЛГ 0,00 МЕ/мл, ФСГ <0,00 мМЕ/мл.

Через 12 дней после первичного обращения ребенок был госпитализирован в отделение эндокринологии. При поступлении вес 8,88 кг, рост 71 см, SDS роста 1,17, показатель вес/рост 0,01. В области правого плеча, грудной клетки, правой лопатки визуализировались неправильной формы пятна цвета «кофе с молоком», сливного характера. Молочные железы расположены правильно, симметричные, увеличены, мягкие, безболезненные, отделяемого из сосков нет, без узловых образований. Отмечался регресс грудных желез в сравнении с первичным обращением. Половые железы сформированы правильно, по женскому типу, половая формула P1B2 Таннер 2. Выделений из половых путей нет. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

При проведении УЗИ малого таза размер матки соответствует возрасту, яичники не увеличены, фолликулярно-сетчатой структуры, визуализируются фолликулы размерами до 7-8 мм с двух сторон. При УЗИ грудных желез имели место УЗ-признаки гиперплазии железистоподобной ткани. При УЗИ щитовидной железы УЗ-признаки макрофолликулов обеих долей щитовидной железы

Проведено гормональное исследование на фоне регресса полового развития: Т4 свободный 12,51 пмоль/л (10,00-23,20), ТТГ 6,20 мкМЕ/мл (0,23-3,40), а-ТПО 0,00 МЕ/мл (0,00-34,00), пролактин 17,90 нг/мл, эстрадиол 16,14 пг/мл, ЛГ 1,29 МЕ/мл, ФСГ <0,00 мМЕ/мл.

Учитывая особенности клинической картины: наличие "кофейных" пятен на коже, преждевременное половое развитие с менструалоподобными выделениями, на фоне которых был повышен эстрадиол и его снижение на фоне регресса половых признаков, пациентке был установлен диагноз синдром Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайтцева.

Так как синдром Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайтцева – это редкое генетическое заболевание, обусловленное активирующими соматическими мутациями гена *GNAS*, кодирующего стимулирующую альфа-субъединицу G-белка (Gas), и методы диагностики, направленные на выявление соматических мутаций *GNAS* имеют низкую чувствительность и низкую прогностическую значимость, что не позволяет их использовать как диагностически ценные, диагностируется на основании клинических критериев. Для уточнения диагноза была проведена телемедицинская консультация со специалистами ФГБУ НИЦЭ Минздрава России. Диагноз был подтвержден.

## **РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ТРОМБОФИЛИИ У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО**

Кожевников А.С.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии  
Серебрякова Е.Н.

Актуальность. Тромбозы у новорожденных встречаются нечасто, однако могут повлечь за собой инвалидность и смерть. Изучение заболеваний, связанных с риском тромбозов у новорожденных — важное направление в обучении и



практической подготовке ординаторов неонатологов.

Клинический случай. Ребенок С., от 5 беременности, протекавшей на фоне табакокурения матери, истмико-цервикальной недостаточности, 4 преждевременных оперативных родов в 30 недель, осложнившихся преждевременной отслойкой плаценты, вес при рождении 1570 г, оценка по шкале Апгар 5\6 баллов, с рождения на инвазивной ИВЛ, инотропной поддержке, установлен пупочный катетер, по экстренным показаниям проведена трансфузия эритроцитов. Состояние ребенка с положительной динамикой в раннем неонатальном периоде, начато энтеральное кормление, экстубирован, переведен на неинвазивную ИВЛ. На 19-е сутки жизни резкое ухудшение состояния, нарастание тяжести синдрома полиорганной недостаточности (СПОН), лабораторные признаки неонатального сепсиса, признаки синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, обширные некрозы кожи и мышц туловища, конечностей, пальцев верхних и нижних конечностей. При лабораторном исследовании повторно выявлено снижение активности протеинов С и S. На фоне проведения инвазивной ИВЛ, инотропной поддержки, трансфузий эритроцитов и тромбоцитов, свежезамороженной плазмы, коррекции электролитных, метаболических нарушений, антибактериальной терапии, гепаринотерапии, заместительной терапии человеческим протеином. С положительная динамика: стабилизация функции системы гемостаза, снижение тяжести СПОН. В возрасте 2 месяца проведена некрэктомия некрозов туловища и конечностей с кожной пластикой, ампутация пальцев обеих кистей и ампутация пальцев правой стопы. Дифдиагноз проводился между врожденным дефицитом протеина С и вторичным дефицитом протеина С на фоне сепсиса. Кровь ребенка отправлена на генетическое исследование для исключения врожденного дефицита протеина С. В настоящее время ребенку 3,5 месяца, состояние расценивается как стабильно тяжелое, ребенок получает гепаринотерапию, находится на спонтанном дыхании, имеет минимальную зависимость от кислорода, получает энтеральное питание в полном объеме, дальнейшая тактика будет зависеть от результатов генетического исследования.

Заключение. Представленный случай демонстрирует сложность дифдиагностики, поскольку наличие одновременно нескольких факторов риска тромбоза (отягощенное течение беременности и родов, табакокурение матери, недоношенность, катетеризация сосудов, незрелость иммунной системы, активация системного воспалительного ответа), способствующие возникновению вторичного дефицита протеина С, не исключают первичный дефицит протеина С, ставший, вероятно, причиной массивного тромбоза на фоне развития позднего неонатального сепсиса. Анализ сложных клинических случаев формирует у ординаторов навыки клинического мышления, позволяет оценить эффективность мультидисциплинарного подхода.

# **ОПЫТ РАБОТЫ В ЛАГЕРЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Сивак П.Д., Гаттарова О.С.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и педиатрии

Романенко Е.С.

В современных условиях есть разные возможности отработать практические навыки по своей специальности. Но что еще можно предложить для будущего врача детского эндокринолога? В период нашей учебы это была поездка в лагерь FoxCamp, где отдыхают дети с сахарным диабетом 1 типа из всех уголков России. Смены организуются круглогодично на базе общего оздоровительного детского лагеря в очень красивом и уютном месте, в 20 километрах от города Челябинска.

В лагерь приезжают дети в возрасте от 8 до 15 лет с сахарным диабетом 1 типа в состоянии клинико-метаболической компенсации. Стаж заболевания у всех разный - от нескольких месяцев до 14 лет. Не все дети самостоятельные, хорошо владеющие техникой инсулинотерапии и самоконтролем. Большая часть приехавших в лагерь - это дети, которые впервые расстались с родителями. Независимо от возраста и стажа, практически все дети нуждаются в медицинском сопровождении, которое осуществляют ординаторы, обучающиеся по программе "Детская эндокринология". В их обязанности входит сопровождение детей на всех мероприятиях с различной степенью физической активности, контроль уровня гликемии и принятие решений, помощь в подсчете углеводов и расчет дозы инсулина перед каждым приемом пищи, помощь в смене инфузионного набора в инсулиновой помпе и в постановке монитора для непрерывного мониторинга глюкозы. Одним из элементов работы является организация и проведение школы диабета, где каждый ребенок может обновить знания по своему заболеванию, поучаствовать в интерактивных играх, решить ситуационные задачи. Чтобы у детей получился полноценный отдых, активное общение со сверстниками, участие в жизни лагеря, врачи с ними находятся 24/7 в течение 14 дней. Ординаторы должны быть готовы к экстренным ситуациям – гипо- и гипергликемиям, коррекции терапии для купирования этих состояний. В течение лагерной смены ординатор получает огромный опыт в общении с детьми, их родителями. Весь день у детей расписан по минутам на интересные развлекательные игры, спортивные соревнования, обучение в школе диабета, дискотеки, сон и прием пищи. Это очень дисциплинирует молодого врача, так как без его помощи не проходит не один прием пищи, не одно мероприятие.

Как в любом оздоровительном лагере, дети полноценно отдыхают, учатся новому, общаются со сверстниками, укрепляют здоровье и набираются сил. Но помимо этого, в FoxCamp дети получают мощную психологическую поддержку, учатся контролировать свое состояние и управлять диабетом. И все это не без участия ординаторов, которые тоже в свою очередь совершенствуют свои практические навыки в ведении пациентов с сахарным диабетом 1 типа.

## **ОПЫТ НАСТАВНИЧЕСТВА МОЛОДОГО СПЕЦИАЛИСТА НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ № 2**

Богачева С.М., Аширова Л. Э., Устюжанина Д. В.

Научный руководитель – Бурлуцкая А.В. д.м.н., зав. каф. педиатрии №2  
ФГБОУ ВО Кубанский ГМУ Минздрава России

Наставничество – это универсальная технология передачи опыта, знаний, формирования навыков, компетенций, метакомпетенций и ценностей через неформальное взаимообогащающее общение, основанное на доверии и партнерстве [1,2].

На кафедре Педиатрии №2 большое внимание акцентируется на вопросе наставничества, тесным образом, связанным с такими важными компонентами как само целеполагание, само программирование, самореализация.

В большинстве своем выпускники вузов обладают хорошей базовой теоретической подготовкой, тем не менее преподаватели кафедры Педиатрии №2 проводят лекции, занятия для закрепления теоретических знаний и более детального изучения отдельных тем. Работа с ординаторами проводится в индивидуальном порядке, что позволяет эффективно работать и формировать правильное отношение к работе. Теоретическое обучение осуществляется по индивидуальным планам. Но несмотря на это практики часто не хватает, и различные пробелы, такие как навыки оказания помощи, работа у постели больного, общение с пациентами восполняются при работе в отделениях и на других клинических базах. Отличительной чертой кафедры педиатрии №2 является ее расположение на базе ведущих детских лечебных учреждений Краснодарского края, что представляет еще больше перспективы для детального изучения вопросов педиатрии. Важная роль отводится самостоятельной деятельности в виде разбора клинических случаев, написания статей, тезисов, докладов, участию в научных конференциях. В процессе описания интересного клинического случая, самостоятельная работа начинается с углублённого изучения литературы по данной теме. В свою очередь дает развивать творческий потенциал, совершенствовать знания и накапливать опыт. Ординаторы первого года совместно с преподавателями ведут больных в отделениях стационара. Работа с пациентами заключается в сборе анамнеза, объективном исследовании, усовершенствовании физикальных навыков пальпации, перкуссии, аускультации, составлении плана обследования и лечения. Участие в эндоскопических исследованиях, инструментальных методах таких как ЭКГ, УЗИ. В период нахождения пациентов в стационаре проводится их ежедневные курации. Обучение в ординатуре происходит и в детских поликлиниках города, где происходит изучение амбулаторных карт, повышение коммуникативных навыков общения с родителями и ребенком, анализ работы амбулаторно-поликлинического звена. На интересующие вопросы в доступном формате наставник всегда готов дать ответы и поделиться личным опытом. Ординаторы второго года, так же реализуют в своем лице наставничество для ординаторов первого года, что дополнительно повышает эффективность обучения в ординатуре. Они подробно рассказывали не только о внутренних принципах работы, но и о научной деятельности, которая ведется на кафедре. Рассказана и наглядно показана работа с электронной библиотекой, какой

литературой пользоваться, как использовать систему антиплагиат. Ответственной работой была организационная помощь в проведении II межвузовской студенческой Олимпиады по педиатрии с международным участием «Мастер педиатрии», которая состоялась 28.10.2022 года. Ординаторы под руководством своих наставников выполняли поручения как при подготовке к олимпиаде, так и во время ее проведения.

На кафедре педиатрия №2 созданы все условия для квалифицированной подготовки ординаторов, что позволит им в дальнейшем достичь высокого уровня в своей профессии. Таким образом, каждый ординатор успешно пройдет обучение, а наставничество в медицине приобретет надежный фундамент и станет неотъемлемым компонентом современной системы образовательного процесса молодых специалистов.

Список литературы

1. Лубенникова, С. А. Наставнические практики в школьных экологических проектах / С. А. Лубенникова, С. А. Кузьмина, С. В. Шмакова // Академический вестник. Вестник Санкт-Петербургской академии постдипломного педагогического образования. – 2022. – № 2(56). – С. 13-17.
2. Ненахова Ю. С., Локосов Е. В. Наставничество в медицине: на пути к институционализации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1087—1093

## **РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ С ДИЛАТАЦИОННЫМ ФЕНОТИПОМ**

Боровиков Н.О.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии

Соловьёва Н.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии

Сабирова Д.Р.

**Актуальность.** Кардиомиопатия (КМП) с дилатационным фенотипом – это заболевание сердечной мышцы, характеризующееся расширением желудочков сердца и снижением систолической функции миокарда при отсутствии гемодинамических причин, которые могут вызывать дилатацию или дисфункцию миокарда. Основными клиническими проявлениями является сердечная недостаточность, нередко с прогрессирующим течением и неблагоприятным исходом[1,2].

**Цель.** Изучить диагностический путь у ребенка с диагнозом Дилатационная КМП.

**Материалы и методы.** Анализ истории болезни, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

**Результаты.** Девочка, 3 лет 5 мес., поступила в детскую республиканскую больницу с жалобами на одышку, вялость, рвоту, отказ от еды, отеки лица и нижних конечностей. Данные симптомы наблюдались, со слов мамы, в течение 5 дней. Из анамнеза жизни: ребенок от 2 беременности, 2 родов. Беременность протекала на фоне отягощенного акушерского анамнеза, хронической внутриутробной гипоксии плода. Роды оперативным путем в 40 недель. Вес при рождении - 3290г, рост 54см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

Наследственность: не отягощена. Росла и развивалась в соответствии возрасту. Перенесенные заболевания: острые респираторные заболевания, последнее 3 месяца назад. При поступлении: рост 94 см, вес 12600г. Физическое развитие ниже среднего, гармоничное. АД 94/64 мм ртст, ЧСС 130 уд/мин, ЧД-52 в мин, SpO2 97-99%. Состояние тяжелое за счет недостаточности кровообращения. Объективно: отечность в лица, стоп, голеней; одышка, тахикардия, расширение границ сердца, приглушенность тонов, гепатомегалия. Мочеиспускание редкое. Проведено обследование. ЭКГ: Синусовая тахикардия с ЧСС 136 уд/мин, признаки увеличения левого желудочка, низкоамплитудные желудочковые комплексы в грудных отведениях и от конечностей. Нарушение процесса реполяризации. Рентгенография органов грудной клетки: расширение границ сердца. УЗИ брюшной полости: увеличение правой и левой доли печени, свободная жидкость в плевральных полостях в области синуса справа V- 0.2 см<sup>3</sup>, слева, V - 0.6 см<sup>3</sup>. Эхокардиография: дилатация левых отделов сердца (КДР 42 мм) со снижением сократительной способности миокарда ЛЖ (ФВ ЛЖ 38%). НМК 3 степени. НТК 3 степени. Расширение ствола ЛА (20,3 мм). Признаки ЛГ (СДЛА-41ммрт.ст.). Изучен маркер сердечной недостаточности NT-proBNP - 22500,0 пг/мл (норма 0 - 125 пг/мл). Проведена МРТ сердца: ЛЖ - МЖП = 4 - 4.5 мм, задняя стенка 4 мм, в кино-МРТ диффузная гипокинезия. КДР 4.3 см. Достоверно признаков отека миокарда ЛЖ не прослеживается. По данным отсроченного контрастирования - некоронарные фиброзные изменения всех стенок ЛЖ. Заключение: Картина дилатационной КМП некоронарной природы, признаков отека миокарда ЛЖ не прослеживается. Выставлен диагноз: КМП с дилатационным фенотипом. НМК III степени, НТК III степени, Легочная гипертензия. НК 2Б степени ФК II-III (Ross). БЭН тяжелой степени. Назначена терапия ХСН и пациентка в стабильном состоянии выписана домой.

Заключение. КМП с дилатационным фенотипом является тяжёлым заболеванием с неблагоприятным исходом. Своевременная диагностика и лечение повышает вероятность положительного прогноза.

Список литературы

1. Леонтьева И.В. Проблемы современной диагностики и лечения дилатационной кардиомиопатии у детей. Рос вестн перинатол и педиатр 2018; 63:(2): 7–15. DOI: 10.21508/1027–4065–2018–63–2–7–15
2. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с кардиомиопатиями, 2015 г.

## **РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ. «ЮВЕНИЛЬНЫЙ ДЕРМАТОМИОЗИТ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА**

Кондратьева К.А., Шамсутдинова Р.Г.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии

Кулакова Г.А.

Актуальность: Ювенильный дерматомиозит (ЮДМ) – тяжелое прогрессирующее системное заболевание с преимущественным поражением поперечно-полосатой мускулатуры, кожи и сосудов микроциркуляторного русла,

нередко осложняющееся кальцинозом и гнойной инфекцией<sup>1</sup>. Ранняя диагностика и адекватная современная терапия позволяют остановить прогрессирование заболевания и предупредить инвалидность и летальные исходы у ребенка.

Цель: продемонстрировать клинический случай ЮДМ у девочки 7 лет.

Методы исследования: анализ истории болезни и первичной медицинской документации.

Результаты: Девочка, 7 лет, госпитализирована в отделение кардиоревматологии с жалобами на боль, слабость в ногах, сыпь в области локтевых, коленных суставов, пальцев рук, гиперемию век, ходьбу на «носочках». Год назад появились жалобы на эритематозную сыпь лице, консультирована дерматологом, диагностирован аллергический дерматит. Назначенная терапия местными ГКС не дала положительного эффекта. Через 4 месяца от начала заболевания появились высыпания в области локтевых и коленных суставов. Через 6 месяцев появилась боль, слабость в нижних конечностях, проблемы при ходьбе, девочка с трудом ходила по лестнице, падала при спуске с нее. Наследственный анамнез отягощен по аутоиммунным заболеваниям, у бабушки по материнской линии псориатический артрит.

При поступлении в отделение кардиоревматологии: состояние тяжелое за счет кожного, миопатического синдромов. Положение малоактивное, затруднен переход из положения лежа в положение сидя, приседания выполнить в полном объеме не может. Кожные покровы бледные, эритематозные высыпания на веках периорбитально (гелиотропная сыпь), в области локтевых, коленных, дистальных межфаланговых суставов пальцев рук (симптом Готтрона), ладонный капиллярит. В биохимическом анализе крови повышение ферментов мышечного распада: АСТ до 66 Ед/л, КФК до 265 Ед/л, ЛДГ до 483 Ед/л. Показатели активности и иммунного воспаления: антинуклеарный фактор (АНФ) титр 2560 (N<160), нуклеосомы (NUC) обнаружены. При игольчатой электромиографии во всех исследованных мышцах снижение средней длительности потенциала двигательных единиц, что свидетельствует о миогенном характере поражения. Выставлен диагноз: ювенильный дерматомиозит, кожный и миопатический синдромы, подострое течение, активность II степени. Начата пульс-терапия метилпреднизолоном 20 мг/кг, терапия преднизолоном 1 мг/кг/сут, базисная терапия метотрексатом 10 мг 1 р/неделю, ВВИГ. На фоне лечения отмечалась положительная клинико-лабораторная динамика. Через 2 месяца от начала терапии в связи со стабильностью состояния, низкой гуморальной активностью начато постепенное снижение дозы системных ГКС на 2,5 мг каждые 3 недели. При достижении суточной дозы преднизолона 0,5 мг/кг наблюдалось обострение кожного, миопатического синдромов. В связи с этим с целью предотвращения прогрессирования заболевания принято решение об усилении иммуносупрессивной терапии, назначении селективного иммунодепрессанта Микофенолата мофетила 1000 мг/сут. На данном этапе эффект оценить не удалось ввиду недавней инициации терапии. Лечение продолжается.

Заключение: Наблюдаемый нами случай больной 7 лет с ЮДМ представляет большой клинический интерес из-за редкой встречаемости болезни и определенных диагностических затруднений.

Список литературы

1. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи Детям с ювенильным дерматомиозитом 2017 г.

## **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ДЕТЕЙ**

Хабипова Илюза Радиковна, Шакирзянова Гузаль Рашатовна

Научные руководители: д.м.н., профессор Макарова Тамара Петровна, к.м.н.

Мельникова Юлия Сергеевна

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Системная красная волчанка (СКВ) – хроническое мультисистемное воспалительное заболевание соединительной ткани аутоиммунной природы, характеризующееся многообразием дебютов вариантов течения, клинических проявлений с поражением кожи, слизистых оболочек, суставов, почек, сердца, легких и центральной нервной системы.

Цель: изучить клинико-лабораторные особенности течения СКВ у детей в Республике Татарстан.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 12 детей с СКВ, госпитализированных в ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» с 2018 по 2022 годы.

Результаты: Среди 12 пациентов с СКВ преобладали девочки (9 человек). Средний возраст детей составил 13,2 лет. Среди провоцирующих факторов отмечены вирусные инфекции, в частности COVID-19, у 6 детей, избыточная инсоляция – у 9 детей, наследственная предрасположенность по материнской линии - у 1 ребенка.

Среди первых симптомов СКВ у всех пациентов доминировали общие неспецифические проявления: лихорадка, нарастающая слабость, недомогание, лимфаденопатия. Поражение кожи в виде «волчаночной бабочки» выявлено у 11 детей, синдром Рейно диагностирован у 3 детей, алоpecia - у 4 детей, поражения слизистой оболочки полости рта в виде афтозного стоматита - у 7 детей, хейлит - у 1 ребенка. У 5 пациентов выявлены признаки поражения как мелких, так и крупных суставов без деформации.

Поражение почек при СКВ отмечалось у 6 пациентов. Люпус-нефрит с минимальным мочевым синдромом (субклиническая протеинурия, лимфоцитарная лейкоцитурия) диагностирован у 4 детей (33,3%), активный люпус-нефрит с выраженным мочевым синдромом - у 2 детей (16,7%).

Признаки поражения нервной системы в виде неврозо-подобных навязчивых движений, тиков выявлены у 3 детей. У 1 пациента отмечены признаки нейрорлюпуса в виде острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении.

У 2 пациентов отмечались полисерозиты.

У всех пациентов отмечена выраженная гуморальная и иммунологическая активность в крови. Цитопенический синдром в виде выраженной лейкопении до  $2 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцитопении до  $80 \times 10^9/\text{л}$  отмечался у 8 детей (66,7%), анемия - у 7 детей (58%), панцитопения - у 2 детей (16,7%). При иммунологическом исследовании крови выявлены: положительный антинуклеарный фактору у 9 детей (75%), антитела к ДНК у 11 детей (91,6%), волчаночный антикоагулянт у 7 детей (58,3%).

Антифосфолипидный синдром (АФС) наблюдался у 4 детей (33,3%). Все случаи антифосфолипидного синдрома ассоциированы к COVID-19.

Выводы: Для СКВ характерен полиморфизм клинических проявлений. Наиболее неблагоприятными прогностическими факторами являются раннее развитие АФС, проявления люпус-нефрита, тяжелое поражение центральной нервной системы, сочетание высокого уровня показателей аутоиммунного воспаления. Люпус-нефрит представляет ведущую роль в прогнозе СКВ и требует ранней диагностики, сочетанной агрессивной иммуносупрессивной терапии и непрерывной поддерживающей терапии.

## **ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ: ОТ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ДО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ**

Юдина Мария Леонидовна, Александрова Анастасия Эдуардовна  
Научные руководители: д.м.н., профессор Макарова Тамара Петровна, к.м.н.  
Мельникова Юлия Сергеевна  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Нефротический синдром у детей — это симптомокомплекс, который клинически проявляется отеками и снижением диуреза. Лабораторные признаки патологии — протеинурия, гиперлипидемия, гипоальбуминемия и диспротеинемия. Ежегодно врачами диагностируются от 2 до 7 новых случаев нефротического синдрома на 100 тысяч детского населения, средняя же распространенность составляет 12-16 случаев. Несмотря на достаточно высокую распространённость, механизмы развития и эффективные методы лечения нефротического синдрома изучены недостаточно. Лишь исследования последних лет несколько улучшили наше понимание патогенеза гиперлипидемии, ассоциированной с нефротическим синдромом, а также объяснили ее связь с развитием сердечно-сосудистых осложнений. Поэтому изучение гиперлипидемии в рамках нефротического синдрома остается актуальной проблемой в детской нефрологии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ литературы и научных публикаций за последние 7 лет, связанных с исследованиями липидного спектра, патогенеза дислипидемии при нефротическом синдроме.

Результаты. Гиперлипидемия является одним из ключевых признаков нефротического синдрома, а не одним из осложнений, как считалось ранее. Это связано с гипопротеинемией и как следствием низким онкотическим давлением белков плазмы крови, что впоследствии приводит к реактивному синтезу белков печенью, в том числе липопротеинов. Параллельно при снижении уровня липопротеинкиназы в плазме приводит к снижению катаболизма липидов. Совокупность факторов приводит к классической липидурии и появлению овальных жировых тел и жировых цилиндров в мочевом осадке, так как некоторые из повышенных липопротеинов фильтруются непосредственно клубочками почек.

Изменения липидного и липопротеинового метаболизма при нефротическом синдроме приводят к «липидной нефротоксичности» и другим



осложнениям, таким как атеросклероз, сердечно-сосудистые заболевания и тромбоэмболия

Характерные отклонения включают повышенные уровни холестерина, триглицеридов и аполипопротеина В, содержащего липопротеины VLDL и IDL; снижение активности липопротеинлипазы в эндотелии, мышечной и жировой тканях; снижение активности печеночной липазы; и повышенный уровень фермента PCSK9. Многие классические осложнения, сопровождающие нефротический синдром, включая повышенный риск атеросклероза и тромбоэмболии, связаны с нарушением регуляции липидного обмена и дислипидемией.

Исследования последних нескольких лет заметно улучшили наше понимание молекулярного патогенеза дислипидемии, ассоциированной с нефротическим синдромом, а также повысили нашу осведомленность о связанных с этим повышенных рисках сердечно-сосудистых осложнений, прогрессирующего заболевания почек и тромбоэмболии. Несмотря на отсутствие четких рекомендаций относительно лечения, все чаще используются различные стратегии, включая статины, секвестранты желчных кислот, фибраты, никотиновую кислоту и Эзетимиб, а также липидный аферез, которые, по-видимому, также вызывают частичную или полную клиническую ремиссию нефротического синдрома у значительного процента пациентов.

Заключение. Описанный синдромокомплекс находится на стыке кардиологии и нефрологии, что зачастую усложняет выбор диагностического и лечебного алгоритма. Будущие потенциальные методы лечения, вероятно, также будут включать ингибирование PCSK9 с использованием недавно разработанных моноклональных антител против PCSK9 и малых ингибирующих РНК.

## **ПРИОБРЕТЕННАЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

Савостина Ю.Д.

Научные руководители - ассистент Долгих Т.А., к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией Зотова А.В.  
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Актуальность исследования: цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) чаще протекает в виде вирусоносительства и проявляется в условиях иммунодефицита. По данным литературы инфицированность цитомегаловирусом у детей составляет 20-60%, 40-95% у взрослых, у беременных женщин 40-90% [1,2]. ЦМВИ нередко протекает под клинической «маской» других заболеваний, что затрудняет своевременную диагностику и лечение.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения, диагностики и лечения приобретенной ЦМВИ у ребенка 8 месяцев.

Материалы и методы: клиничко-лабораторный анализ истории болезни ребенка 8 мес. (ГАУЗ АО «АОИБ») в 2023 году.

Результаты: мальчик Ф., родившийся у матери 23 лет, от 2 беременности, протекавшей без особенностей. Роды на 40 неделе, вес – 3300 г, по шкале Апгар 9/9 баллов. Ранее на учете не состоял. Вскармливание грудное. Психомоторное и физическое развитие по возрасту. Из перенесенных заболеваний – COVID-19.

В возрасте 8 мес. поступил в инфекционную больницу с жалобами (со слов матери) на повышение температуры тела до 38,9°C, кашель, насморк. Из анамнеза заболевания - болел в течение 2-х сут., беспокоили вышеуказанные жалобы. Самостоятельная помощь - суспензия Нурофена. Накануне заболевания был контакт с больным острой респираторной инфекцией в семье. Вакцинирован по возрасту.

На момент поступления наблюдались проявления острой респираторной вирусной инфекции средней степени тяжести. За период стационарного лечения отмечалась динамика: функциональное расстройство пищеварения в виде кратковременной диспепсии. Сохранялся кашель, периодически повышалась температура тела до субфебрильных и фебрильных цифр, плохо купировавшаяся антипиретиками, состояние оставалось прежним. По системам - регистрировались проявления ринофарингита и бронхита. Лимфоузлы в пределах возрастной нормы, гепатоспленомегалии не было.

В общеклиническом обследовании: анемия, кратковременная лейкопения, гипертромбоцитоз, ускорение СОЭ, гиперферментемия, повышение С-РБ. По данным ИФА (11-е сут. госпитализации) – IgM, Gк CMV (у матери IgG). В основных биологических жидкостях ПЦР – положительно. Заключительный диагноз: Острая приобретенная цитомегаловирусная инфекция. Цитомегаловирусный мононуклеоз, средней тяжести. Проведена комплексная терапия в т.ч. интерфероны и антибиотики (рис. 1).



Рис. 1- Температурный лист

Выписан в удовлетворительном состоянии, запланирована терапия неоцитотектом.

Выводы: данный случай демонстрирует трудности дифференциальной диагностики ЦМВИ у ребенка грудного возраста, поскольку наиболее ярким проявлением данной герпесвирусной инфекции явилась лихорадка.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным цитомегаловирусной инфекцией 2015 г.
2. Лобзин, Ю.В. Актуальные аспекты врожденных инфекций в России / Ю.В. Лобзин и [и др.] // Журнал инфектологии. 2010. Т.2, № 2. С. 14-24.

## ТЕЧЕНИЕ ЭНТЕРОВИРУСНОГО МЕНИНГИТА У ПОДРОСТКА

Балабанова Д.А.

Научные руководители - ассистент Долгих Т.А., к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией Зотова А.В.  
ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Актуальность исследования: энтеровирусный менингит (ЭВМ) занимает ведущее место в этиологии менингитов. Инфицированность ЭВМ составляет 2,8% от общей структуры инфекционных заболеваний [1].

Цель исследования: изучить особенности клинического течения, диагностики и лечения ЭВМ у ребенка 12 лет.

Материалы и методы: клиничко-лабораторный анализ истории болезни ребенка 12 лет (ГАУЗ АО «АОИБ») в 2022 году.

Результаты: в инфекционную больницу на 2-е сутки заболевания поступил ребенок 12 лет с жалобами на выраженную головную боль в лобно-затылочной области, тошноту, рвоту не приносящую облегчения, снижение аппетита, слабость. Предварительный диагноз «Острый гастроэнтерит». Из анамнеза заболевания – при вышеуказанных жалобах лечение проводилось симптоматическое. Накануне заболевания съела шаверму с курицей в гостях. Анамнез жизни – без особенностей.

На 3-е сутки заболевания присоединились ригидность затылочных мышц (РЗМ), болезненность при отведении глазных яблок вправо, что послужило поводом для спинномозговой пункции (СМП). В общеклинических анализах: лимфоцитоз, ускорение СОЭ, повышение С-РБ, кетонурия, протеинурия. Ликворологические изменения: лимфоцитарный плеоцитоз 82/3 (55/3). По данным ПЦР ликвора и кала (5-е сут. заболевания) – РНК энтеровируса положительно. По заключению КТ головного мозга – патологии не выявлено.

Заключительный диагноз: Энтеровирусная инфекция. Энтеровирусный серозный менингит, средней степени тяжести. Особенностью клинического течения явились диссоциация менингеального синдрома, стойкость и нарастание РЗМ (максимально до 7 см на 6-е сут.) в динамике после СМП (рис. 1). Параллельно наблюдались кратковременная лихорадка, боль в лобно-затылочной области спине.

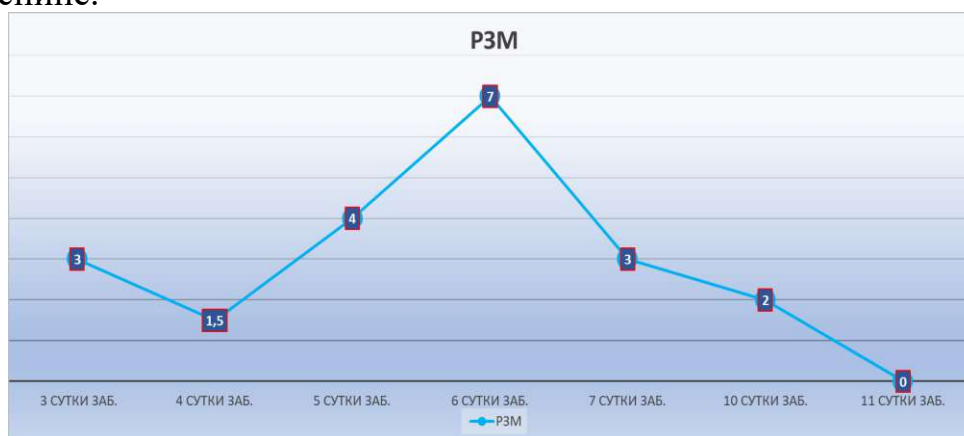


Рис. 1- График ригидности затылочных мышц (РЗМ) в динамике. Ребенку проведено лечение цефтриаксоном, вифероном, дезинтоксикационная терапия.

Выписана с выздоровлением через 2 недели заболевания, менингеальные знаки отсутствовали.

Выводы: данный случай демонстрирует течение ЭВМ у подростка с длительной диссоциацией менингеальных симптомов после люмбальной пункции и благоприятным исходом.

Список литературы:

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году»/ М., Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2022.

## **ЗНАЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ КОМПЕТЕНЦИЙ У СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

Кречетова М.Е., Дадонов В.В.

ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет  
Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры поликлинической педиатрии,  
пропедевтики детских болезней и последипломной подготовки

Добряк Т.А.

**Актуальность.** В современных условиях стремительного развития медицинской науки и практики, главным становится формирование универсальных и профессиональных компетенций. Производственная практика студентов 3 курса педиатрического факультета, формирует своей целью не только практические навыки, но и способствует развитию таких понятий как ответственность, этико-деонтологические нормы, особенности работы в коллективе.

**Цель работы.** Проанализировать качество формирования универсальных и профессиональных компетенций у студентов третьего курса педиатрического факультета за время прохождения производственной практики «Помощник процедурной медицинской сестры».

**Материалы и методы исследования.** Анализируя итоги производственной практики, в рамках СМК разработана и внедрена анкета. В качестве контроля практических навыков оформляется новая форма дневника в виде «портфолио».

**Результаты и их обсуждения.** Оценивая результаты анкетирования выявлено, что все студенты выражают персональную благодарность за доброту, теплый прием, терпение, проявленную заботу, умение обучать «подрастающее поколение, несмотря на наш возраст». На вопрос, что дала вам производственная практика студенты отвечали: «Утвердила в выборе специальности», «Практика позволила осознать вкус медицины. Придала уверенность в себе, навык работы с больными детьми, новые умения и навыки работы медицинской сестры», «Появилось больше сострадания!», «С каждым годом производственная практика дает опыт, который постепенно нас подготавливает к дальнейшей профессии». Анализ анкетирования позволяет оценить компетентностный подход к производственной практике, и для преподавателя главным становится не передача знаний, а стимулирование самостоятельной творческой деятельности студентов. Если анкетирование позволяет оценить формирование у

студентов универсальных компетенций, то дневник производственной практики является документом, определяющим качество освоения практических навыков. Структура итогового дневника (портфолио) сформирована в соответствии с требованиями усвоения практических навыков для студентов третьего курса педиатрического факультета. В дневнике представлена цель проведения производственной практики, задачи, перечень знаний, умений и навыков, темы УИРС, примеры оформления алгоритмов проведения сестринских манипуляций. Таким образом, итоговый дневник (портфолио) по производственной практике «Помощник процедурной медицинской сестры» дает представление о лечебном учреждении, количестве и качестве проведенных манипуляций, отношении студента к своей профессиональной деятельности.

Заключение. Анкетирование студентов позволяет качественно оценить формирование универсальных компетенций. Новая форма дневника показывает индивидуальность студентов их изобретательность, развитие творческого потенциала, является новым подходом к оформлению документации, что облегчает оценку преподавателя профессиональных компетенций студента.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В САНИТАРНОЙ СЛУЖБЕ**

### **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ».**

Аскарова Э.Р., Малинина Л.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры эпидемиологии и доказательной  
медицины Аглиуллина С.Т.

Пандемия COVID 19, показала значимость такой науки как эпидемиология. Эпидемиология – наука, охватывающая разные области медицины и жизни. Наравне с вопросами бытовой жизни человека, изучаешь и медицинский аспект.

Например, в период прохождения практики на базе крупной многопрофильной больницы при организации профилактических мероприятий в эндоскопическом отделении необходимо знать алгоритм проведения эндоскопических исследований. В случае выявления пациента с инфекционным заболеванием в отделениях соматического профиля, для проведения противоэпидемических мероприятий необходимы знания о клинических симптомах и методах лабораторной диагностики.

Поэтому роль врача –эпидемиолога охватывает практически все этапы организации работы больничного учреждения, где сталкиваешься с широким спектром задач и вопросов. Это позволяет совершенствовать свои навыки не только в области эпидемиологии, но и узнать нюансы иных медицинских специальностей.

Цель: овладеть навыками работы госпитального врача-эпидемиолога, а также специалиста, осуществляющего деятельность в области государственного санитарно-эпидемиологического надзора и контроля.

Задачи: Анализ нормативно-правовой документации по вопросам осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора; освоение методов реализации мероприятий по обеспечению санитарно-

эпидемиологического благополучия; закрепление знаний об основах деятельности специалиста Управления Роспотребнадзора и врача-эпидемиолога; изучение методов проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных болезней.

Материалы и методы: изучение нормативно-правовой документации (ФЗ №52-ФЗ, ФЗ №294-ФЗ СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»); изучение методики организации и проведения эпидемиологического расследования, а также аудита в медицинских организациях.

Результаты и их обсуждение:

В результате прохождения практики, научились выполнять следующие функциональные обязанности врача-эпидемиолога: контроль соблюдения санитарно-дезинфекционного режима в соматических отделениях; организация вакцинации сотрудников; проверка медицинских карт стационарных больных на наличие необходимой документации при госпитализации; расследование случаев ИСМП и составление актов по его результатам; санитарно-просветительская работа с населением по вопросам профилактики инфекционных заболеваний.

Заключение: за время прохождения практики ознакомились с функциональными особенностями работы врача – эпидемиолога. Участвовали в проведении плановых аудитов, включающих в себя оценку санитарно-дезинфекционного режима и соблюдения алгоритмов работы медицинским персоналом. Овладели навыками работы с нормативно – правовой базой и учетно – отчетной документацией.

## **ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗОВ, ОБНАРУЖЕНИЕ САЛЬМОНЕЛЛ ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА**

Батенева Влада Андреевна, Еремина Елизавета Вадимовна  
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Научный руководитель – Попова Ольга Сергеевна, старший преподаватель  
кафедры «Гигиены и экологии»

Введение. Сальмонеллез – инфекционное заболевание, вызываемое многочисленными серотипами бактерий рода *Salmonella*, характеризующееся разнообразием клинических проявлений от бессимптомного носительства и легких форм гастроэнтерита до тяжелых генерализованных форм заболевания, протекающих с выраженной интоксикацией и длительной лихорадкой [1]. Лабораторным критерием диагностики является выделение возбудителя из биологического материала, полученного от больного [2]. Целью данного исследования являлось изучение диагностик сальмонеллезной инфекции у пациентов на основании лабораторных методов. Задачи: изучить методы взятия и транспортировки биологического материала в лабораторию, провести микробиологическое и серологическое исследование препаратов на наличие сальмонелл.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в ходе летней производственной практики «Помощник лаборанта» в «Центре гигиены и эпидемиологии». Для проведения были взяты пробы биоматериалов пациентов,

питательные среды для выращивания культур микроорганизмов, О-агглютинирующие и Н-агглютинирующие диагностические сальмонеллезные сыворотки. В исследовании использовались следующие методы: теоретический, микробиологический и серологический.

Результаты и их обсуждения. Доставленные в лабораторию образцы высеивают в пробирки (колбы) и на чашки Петри и растирают по всей поверхности питательной среды с помощью биологической петли. Засеянные пробирки и чашки помещают в термостат. По истечению времени инокуляции в термостате материал повторно высеивают на диагностические среды с последующим рассмотрением характера роста колоний и отбором 3-5 подозрительных колоний на среду Клиглера и на скошенный питательный агар. Если биологические культуры не ферментируют лактозу и не расщепляют мочевины, то возникает подозрение на принадлежность их к роду *Salmonella*.

У выделенных подозрительных культур изучаются ферментативные характеристики для дифференциальной диагностики их родовой принадлежности. Для данных целей используются специализированные тесты. Для получения предварительного ответа об определенном штамме сальмонелл, устанавливается антигенная структура выделенных возбудителей в реакции агглютинации на стекле с О- и Н-агглютинирующими диагностическими сальмонеллезными сыворотками.

Серологическая идентификация начинается с испытания сальмонелл в реакции агглютинации на стекле с агглютинирующей адсорбированной поливалентной сывороткой к сальмонеллам групп А, В, С, Д, Е.

В ходе производственной практики нами были освоены микробиологические и серологические методы диагностики сальмонелл. В одном из исследуемых биоматериалов была обнаружена *S. enterica subsp. enterica*.

Заключение. Сальмонеллезная пищевая токсикоинфекция у людей обычно возникает в результате недостаточной термической обработки контаминированных продуктов питания. Важен эффективный санитарный и биологический контроль качества пищевых продуктов. Постоянный контроль за изготовлением и реализацией продуктов питания на всех этапах производства способствует повышению их качества. Экологическая чистота продуктов питания, отсутствие в них не только живых болезнетворных возбудителей, но и их антигенов и токсинов должны учитываться при оценке качества продуктов питания.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации "Сальмонеллез у взрослых – 2021- 2022-2023". Некоммерческое партнерство "Национальное научное общество инфекционистов". – Москва. – 2021.– URL: [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/700\\_2?ysclid=lf17ycpl96140306650](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/700_2?ysclid=lf17ycpl96140306650) (дата обращения: 01.03.2023). - Режим доступа: рубрикатор клинических рекомендаций cr.minzdrav.gov - Текст: электронный.
2. Лабораторная диагностика сальмонеллез, обнаружение сальмонелл в пищевых продуктах и объектах окружающей среды: Методические указания.—

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ЭПИДЕМИОЛОГА»**

Ярмиева З.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н. доцент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины Назарова О.А.

Этим летом я проходила производственную практику в Территориальном отделе Роспотребнадзора и филиале ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в Кукморе. В штате территориального отдела Роспотребнадзора находятся 4 специалиста и 1 водитель, а в филиале ФБУЗ «ЦГиЭ» находятся 8 специалистов и 1 водитель. Штат полный. Заместителем начальника территориального отдела Роспотребнадзора в Кукморе является Кириллов Анатолий Георгиевич. Заведующим Кукморского филиала ФБУЗ «ЦГиЭ» является Сабирзянов Ринат Миннеахметович.

Основная цель производственной практики закрепить и углубить полученные знания на практической деятельности.

В первый же день практики мы ознакомились с плановыми и внеплановыми проверками. В период всей практики ездили с сотрудниками территориального Управления Роспотребнадзора на плановые проверки детских садов и лагерей. В Кукморском районе примерно 60 объектов попадают на плановые выездные проверки.

Вместе с сотрудником территориального Управления Роспотребнадзора выехали на плановую проверку в МБДОУ «Детский садс. Вахитово», который находится в селе Вахитово Кукморского района. До выездной проверки были осмотрены все электронные документы. Детский садик после капитального ремонта, территория чистая, здание большое – рассчитан на 3 группы детей.

Во время выездной проверки были осмотрены: вся территория, склады, мусорные контейнеры, пищеблок, санузлы, групповые комнаты, спальни. В результате проверки были выявлены нарушения, а именно:

- Складское помещение хранения продуктов не оборудовано приборами для измерения температуры и влажности воздуха;
- Пол складского помещения забетонировано не ровно и постелен линолиумом;
- В моечной столовой посуды не вывешена инструкция о правилах мытья посуды и инвентаря с указанием объемов применяемых моющих средств;
- Работники не знали, как разводят средства для обработки посуды;
- В буфете питьевой режим сформирован не до конца, нет одноразовых стаканчиков, подносов;
- В журнале изготовленных блюд не было написано температура готовых блюд, не написаны полностью названия блюд (только кратко);
- Нет половников для каши – 200 граммовые;
- Разделочные доски имели изъяны;



- Разделочные доски старые, маркировка на ножах стерлась;
- Термометры в холодильниках для молочной продукции показывали +15 градусов, при норме +2-8 (повар прокомментировал этот момент что у них вчера сломался холодильник).

За выявленные нарушения к административной ответственности привлечена заведующий дошкольного образовательного учреждения «Детский сад» села Вахитово. Выдано предписание об устранение причин и условий, способствующих административному правонарушению.

Таким образом, поставленные перед нами цели и задачи выполнены. В ходе практики закрепили полученные теоретические знания и научились осуществлять надзор и контроль за исполнением обязательных требований законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

## **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ПРОФИЛАКТИКИ КВЭ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА 2022 ГОД**

Карзакова Е.К., Салогуб М.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - ассистент кафедры микробиологии имени академика В.М. Аристовского, м.н.с. лаборатории эпидемиологии и природно-очаговых инфекций ФБУН КНИИЭМ Роспотребнадзора Хусаинова Р.М.

В рамках производственной практики «Помощник лаборанта бактериологической и санитарно-гигиенической лабораторий ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии» нами были проанализированы данные о заболеваемости клещевым вирусным энцефалитом (КВЭ) на территории Республики Татарстан, изучены меры профилактики по борьбе с данной инфекцией.

Актуальность. Эндемичными по КВЭ являются 30 административных территорий РТ. Заражение происходит после укуса инфицированным клещом при посещении лесов, лесопарков, садово-огородных участков.

Цель: проанализировать заболеваемость КВЭ в РТ и оценить эффективность используемых мер профилактики.

Задачи:

- 1) Проанализировать сезон активности клещей в 2022 году и сравнить полученные данные с итогами 2021 года;
- 2) Проанализировать меры профилактики и оценить их эффективность в 2022 г.

КВЭ - арбовирусная природно-очаговая острая вирусная инфекция с трансмиссивным механизмом передачи, характеризующаяся поражением центральной нервной системы, полиморфизмом клинических проявлений. Эпидемический сезон КВЭ длится с апреля по октябрь с весенне-летним пиком заболеваемости.

Во время прохождения производственной практики в качестве помощника лаборанта бактериологической лаборатории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан (Татарстан)» мы участвовали в приеме и регистрации клещей, снятых с людей, дальнейшей транспортировке в

лабораторию, ассистировали в проведении исследований на выявление вируса клещевого энцефалита.

Мы проанализировали итоги сезона активности клещей в 2022 году в РТ. В медицинские организации (МО) по поводу присасывания клещей обратились 10 036 человек (показатель на 100 тыс. нас. – 258,3), что в 1,6 раз выше аналогичного показателя 2021 г. (5949 случаев, показатель – 159,78 на 100 тыс. нас.) и выше среднемноголетнего уровня на 14,5% (показатель на 100 тыс. нас. – 223,92). Было исследовано 2735 клещей, что составляет 27,3% от общего количества снятых с людей клещей. Это свидетельствует о том, что большая часть клещей не была исследована на носительство возбудителей клещевых инфекций. Положительных проб на КВЭ не выявлено.

Эффективным способом защиты от КВЭ является вакцинация, которая рекомендована лицам, проживающим в зонах эндемичных по КВЭ и планирующих поездки в эндемичные районы в сезон активности клещей. Оптимальным периодом начала вакцинации является октябрь – ноябрь.

В 2022 году план вакцинации и ревакцинации против КВЭ выполнен на 100%: вакцинированы 2106 человек, ревакцинированы – 3528 человек, дополнительно к плану привиты 2851 человек. Противоклещевой иммуноглобулин получили 2254 человек, в том числе 913 детей.

Вывод. В 2022 году показатель обращения граждан в МО по поводу присасывания клещей вырос в 1,6 раз в сравнении с аналогичным показателем в 2021 году. Население РТ не в достаточной мере осведомлено об опасности КВЭ и алгоритме действий при обнаружении клеща на теле.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ХЛЕБОБУЛОЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ ИЗ ПШЕНИЧНОЙ ХЛЕБОПЕКАРНОЙ МУКИ В САНИТАРНО-ХИМИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ.**

Рязанцева А.П.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Научный руководитель - старший преподаватель кафедры гигиены и экологии  
Попова О.С.

Введение. Физико-химические показатели качества хлеба позволяют оценить насколько точно соблюдены технологические процессы и рецептура при изготовлении продукции. Влажность хлеба является одним из наиболее важных показателей его качества. Повышенная влажность хлеба снижает его калорийность, ухудшает качество: хлеб становится более тяжелым, менее питательным и хуже усваивается, а также становится более подвержен плесневению. Пористость мякиша тесно связана с его усвояемостью и пищевой ценностью. Кислотность также определяет вкусовые достоинства хлеба: недостаточно или излишне кислый хлеб неприятен на вкус.

Цель работы – проведение лабораторного исследования мякиша хлеба с целью определения физико-химических показателей (влажность, кислотность, пористость).

Задачи: изучить литературу по данной теме; провести оценку физико-химических показателей; сформировать и оценить результат исследования на соответствие ГОСТ 31805-2018.

Материал и методы исследования. Материалом исследования являлся мякиш хлеба, использованы методы лабораторного контроля, аналитический и описательный.

Результаты. Исследование проводилось в ходе летней производственной практики «Помощник лаборанта» в «Центре гигиены и эпидемиологии» города Екатеринбург.

Определение пористости проводят следующим образом: из середины лабораторного образца вырезают кусок шириной не менее 7-8 см. Из куска мякиша на расстоянии не менее 1 см от корок делают выемки цилиндром. Затем хлебный мякиш выталкивают из цилиндра втулкой, и срезают его у края цилиндра ножом. Отрезанный мякиш удаляют. Оставшийся в цилиндре мякиш выталкивают втулкой до стенки лотка и также срезают у края цилиндра. Для определения пористости пшеничного хлеба делают три цилиндрических выемки, для ржаного хлеба и хлеба из смеси муки - четыре выемки объемом  $27 \pm 0,5$  см каждая. Приготовленные выемки взвешивают одновременно.

Для определения кислотности продукта используют проверочный (арбитражный) метод. Помещают хлебный мякиш в сухую колбу и заливают определенным количеством дистиллированной воды. Смесь нужно довести до однородной массы, периодически встряхивая колбу. Через несколько минут отстоявшийся жидкий слой массы через сито сливают в сухой стакан и начинают титровать раствором молярной концентрации 0,1 моль/дм гидроокиси калия или гидроокиси натрия с 2-3 каплями фенолфталеина до получения слабо-розового окрашивания. После кислотность вычисляют по формуле.

Определение влажности хлеба, проводится следующим образом: образец разрезают поперек на две приблизительно равные части и от одной части отрезают кусок толщиной 1-3 см, отделяют мякиш от корок на расстоянии около 1 см. Масса выделенной пробы не должна быть менее 20 г. Подготовленную пробу быстро и тщательно измельчают ножом, перемешивают и взвешивают. Навески в открытых чашечках помещают в сушильный шкаф. Высушивают при температуре  $125^{\circ}\text{C}$  в течение 45 минут с момента загрузки до момента выгрузки чашечек. После высушивания чашечки вынимают, закрывают крышками и переносят в эксикатор для охлаждения. Время охлаждения не должно быть менее 20 минут и не более 2 часов. После охлаждения чашечки взвешивают.

Заключение. Результат был сформирован на основе проведенных исследований, оценен на соответствие требованиям ГОСТ 31805-2018, заведен в программу. Проба соответствует всем требованиям.

Список литературы:

ГОСТ 31805-2018. Изделия хлебобулочные из пшеничной хлебопекарной муки. Общие технические условия : национальный стандарт : дата введения в действие 2019-10-01.- Москва : Стандартинформ, 2017. – 19 с.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА УЧРЕЖДЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЦЕЛЯХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА, И СПЕЦИАЛИСТА ОРГАНА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ФУНКЦИИ ПО КОНТРОЛЮ И НАДЗОРУ В СФЕРЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО РЫНКА». ТЕМА ИССЛЕДОВАНИЯ «ОЦЕНКА КАЧЕСТВА АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА В РАЙОНЕ ПРОЖИВАНИЯ ЛИЦ, ВКЛЮЧЕННЫХ В ГРУППУ «СЛУЧАЙ-КОНТРОЛЬ».**

Садыков Б.Ф., Скворцов А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители - к.м.н., доцент кафедры гигиены, медицины труда

Залялов Р.Р.,

ассистент кафедры гигиены, медицины труда

Яппарова Л. И.

Актуальность. Наличие взвешенных частиц (PM – particulate matter) в атмосферном воздухе является серьезной мировой проблемой. В научных публикациях указывается что воздействие взвешенных веществ на здоровье человека приводит к увеличению смертности от болезней органов дыхания (поражение верхних и нижних дыхательных путей), сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний и рака лёгких, также отмечается высокая частота заболеваемости коронарными нарушениями, инсультом и диабетом второго типа.

Цель исследования: оценить качество атмосферного воздуха в районе проживания лиц, включенных в группу «случай контроль».

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: отбор атмосферного воздуха проводился 2 раза в день (утром и вечером) с учетом погодных условий (ветра, дождя, тумана) на поливинилхлоридные и целлюлозные фильтры при помощи импактора MOUDI 100 NR (TSI, США). Скорость отбора составляла 30 л/мин. Последняя ступень фильтра с размером пор 0,18-0,32 мкм была исследована с помощью электронного микроскопа (CarlZeissLibra 120, Германия); для получения, обработки и анализа изображений использовалась компьютерная программа INCA.

Результаты и выводы. Элементный состав фракции PM<sub>2,5</sub> в основном представлен углеродом (45,68%-50,54%). На втором месте располагается кислород (34,57-43,43%). На третьем кремний (5,38-5,61%).

На загрязнение атмосферного воздуха мелкодисперсными взвешенными частицами, даже в пределах одного населённого пункта, большое влияние

оказывали климатические и географические условия, а также использование территорий на хозяйственные нужды, в том числе и транспортные потоки.

Содержание взвешенных частиц в атмосферном воздухе является управляемым фактором риска, и проведение профилактических мероприятий в отношении промышленных выбросов, а также научно обоснованная программа социально-гигиенического мониторинга будут иметь существенное воздействие на показатели общественного здоровья.

Список литературы:

1. Фатхутдинова Л.М., Тимербулатова Г.А., Бочаров Е.П., Сизова Е.П., Габидинова Г.Ф., Яппарова Л.И. Характеристика загрязнения атмосферного воздуха мелкодисперсными взвешенными веществами на основе данных регионального мониторинга // Токсикологический вестник. - 2021. - №6. - С. 24-31.

## **ПРОВЕДЕНИЕ АНАЛИЗА ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ: «ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАССОВОЙ ДОЛИ ТИОСУЛЬФАТА НАТРИЯ В СОЛИ, ОБРАБОТАННОЙ ЙОДИСТЫМ КАЛИЕМ»**

Хлебникова Э.А

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Научный руководитель - старший преподаватель кафедры гигиены и эпидемиологии Попова О. С

Введение. Средний Урал уже долгое время является эндемическим районом России по содержанию йода. Заболевания, вызванные недостатком йода, оказывают общее влияние на организм и, в частности, на эндокринную систему. Поэтому важно оказывать профилактику недостаточности йода, включая в рацион обогащённые йодом продукты питания такие, как поваренная йодированная соль, в которой нормируется и исследуется концентрация содержания йодистого калия.

Цель работы: оценить концентрацию йодата калия в йодированной соли, обработанной йодистым калием, методом определения массовой доли тиосульфата натрия.

Задачи: провести пробоподготовку йодированной соли; провести лабораторное исследование; оценить и оформить результаты.

Материалы исследования: йодированная соль. Методы исследования: лабораторный, аналитический, описательный.

Результаты. Вовремя пробоподготовки происходит регистрация и нумерация образца соли. После чего проба поступает в лабораторию, где внимательно изучается упаковка на предмет наличия информации о норме содержания йодата калия (составила  $40 \pm 15$  мкг/г).

Оценка содержания концентрации йодистого калия в поваренной соли производилась в соответствии с ГОСТ Р 51575-2000[1]. Во время проведения исследования взвешивают и засыпают в колбу 10,00 г йодированной пищевой поваренной соли, далее растворяют в 100 мл дистиллированной воды, тщательно размешивая. Добавляют 1 мл серной кислоты, колбу закрывают пробкой и убирают в темное место на 10 минут. По прошествии 10 минут добавляется 1 мл крахмала, полученный раствор титруется раствором йода до обесцвечивания. После получения результата титрования необходимо вести полученное значение

в программу «ЛИС» (Лабораторная информационная система) для расчета концентрации йода в йодированной соли. В йодированной пищевой поваренной соли содержание йода равно 12 мкг/г, при указанных на упаковке 40 мкг/г, а также во время растворения соль до конца не растворилась, дала осадок.

Заключение. Содержание йодата калия составило 12 мкг/г, что противоречит количеству, заявленному производителем и указанному на упаковке. При этом, в соли присутствуют примеси, которые не дали ей полностью раствориться в воде. Можно сделать вывод, что данная продукция не подойдет в качестве пищевой добавки и источника йода для эндемических районов Урала.

Список использованной литературы:

1. ГОСТ Р 51575-2000. Соль поваренная пищевая йодированная. Методы определения йода и тиосульфата натрия: национальный стандарт Российской Федерации: дата введения : 2001-07-01– Москва, 2000. – 15 с.

## **ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ**

Салихова Э.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – старший преподаватель кафедры гигиены, медицины труда Тимербулатова Г.А.

Жизнь людей меняется с каждым днем. Колоссальный прогресс произошел с того дня, как жизнь зародилась на Земле. И наше образование претерпевает изменения, с каждым выпуском прогресс вносит свои коррективы. Ввиду последних событий в мире, как COVID-19, человечество почувствовало особую потребность кадров в сфере эпидемиологии, охраны здравоохранения, лаборатории и инфекций. Стоит отметить, что несмотря на то, что пандемия сильно ударила по здоровью общества, она и подсветила те закоулки здравоохранения, где преобразования требовали быстрых и четких изменений. И нам студентам шестого курса медико-профилактического факультета очень повезло, что к пятому курсу нам дали уникальнейшую возможность проходить производственную практику в стенах ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан (Татарстан) и Управлении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан. Для каждого будущего врача эпидемиолога, гигиениста любого профиля - это является базой.

Производственная практика длилась четыре недели, две из которых были в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан (Татарстан) (ФБУЗ), остальные две недели в Управлении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Татарстан (РПН). Практика была насыщенной, так как для каждого отдела было выделено два дня. В первый день мы знакомимся со структурой отдела и сотрудниками, изучали документы, особенности и специфику работы. Во второй день мы выезжали на отбор проб или на гигиеническую консультацию, в зависимости от отдела и цели посещения объекта мы побывали в совершенно разных и, казалось бы, знакомых организациях. Важно сказать, что на все мы уже смотрели с другой стороны, будь то бассейн, детский лагерь, стоматологическая клиника или парикмахерская. Большим опытом было посещение детского лагеря

с целью отбора проб перед новой сменой. Мы были с помощником врача отдела гигиены питания, гигиены детей и подростков, по дороге она успела рассказать про свой опыт и специфику работы. Лагерь находился в Зеленодольском районе в часе езды от Казани. Приехав мы сразу же посмотрели источник воды на территории, оснащение корпусов горячей и холодной водой, взяли воду на пробы. Далее мы сделали отбор проб в столовой. Проверили оснащение, наличие кухонной посуды для всех приемов пищи и взяли смывы с разных видов посуды. Для жидких продуктов мы использовали зип-пакеты, для плотных как каши и котлеты стеклянные тары. Смывы взяли также с рук и одежды персонала кухни, важно отметить, что, только находясь по ту сторону охраны здоровья людей понимаешь важность любой мелочи. Ведь если вдруг кто-то забудь элементарно помыть руки-может отразиться на здоровье сотни людей. Призма нашего видения резко повернулась, но, когда ты с опытным наставником такие изменения не пугают, а лишь мотивируют работать и учиться еще усерднее. На самой практике в ФБУЗ я научилась правильно заполнять и читать акты проверки, пользоваться нормативными документами и брать смывы.

В РПН в наши задачи входило каждый день перебирать документы с проверок и переводить их в электронный вид, так как все акты были подписаны от руки и печати ставились вживую, что очень сильно усложняло процесс перевода документации в электронный вид. Мы каждый день обрабатывали от тридцати актов, в уже имеющуюся форму вводили данные организации, которые провели те или иные лабораторные данные или измерения. В данной форме мы также указывали название, ИНН, ОГРН и другую информацию об предприятии. Далее данные документы мы сортировали по датам, производствам и относили в архив. В самом архиве мы тоже успели поработать, там мы сортировали документы за прошлые года, выписывали организацию, дату и расставляли по алфавитному порядку. Работа с документами давала возможность набраться опыта правильного оформления официальных писем, так как речь в документации специфическая и требует особого внимания.

Подводя итоги хочется отметить, что это большой опыт, который дает возможность понять куда идти дальше, закончив университет. Пренебрегать таким опытом нельзя, ведь только попробовав каждый сможет понять, где его стезя.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА УЧРЕЖДЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЦЕЛЯХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА, И СПЕЦИАЛИСТА ОРГАНА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ФУНКЦИИ ПО КОНТРОЛЮ И НАДЗОРУ В СФЕРЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО РЫНКА».**  
**ТЕМА ИССЛЕДОВАНИЯ «САНИТАРНО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗДУХА В МОНИТОРИНГОВЫХ ТОЧКАХ Г. КАЗАНЬ».**

Скворцов А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры гигиены, медицины труда

Залялов Р.Р.

ассистент кафедры гигиены, медицины труда

Яппарова Л. И.

Актуальность: Загрязнение воздуха микробами происходит из почвы, от животных, людей и растений. В воздухе могут находиться споры бактерий, грибов, дрожжи, различные микрококки и др. Через воздух передается группа заболеваний, относящихся к таким как: инфекции дыхательных путей с воздушно-капельным и воздушно-пылевым механизмами передачи. К этим инфекциям относятся грипп, корь, коклюш, скарлатина, дифтерия, менингит, туберкулез, ветряная оспа, паротит и другие. Воздух верхних слоев атмосферы, а также горный и морской воздух содержит очень мало микроорганизмов. В населенных местах их значительно больше, особенно в летнее время.

При изучении присутствия микроорганизмов различных физиологических групп в воздухе используют питательные среды разного назначения (как стандартные, так и селективные или дифференциально-диагностические), в зависимости от цели исследования.

Цель исследования заключалась в изучении качественного и количественного микробного состава воздуха в мониторинговых точках.

Задачами санитарно-микробиологического исследования воздуха являются гигиеническая и эпидемиологическая оценка воздушной среды.

Материалы и методы: была проанализирована научная литература, в которой описаны основные методы отбора проб воздуха, а именно: аспирационные и седиментационные.

Питательные среды, для культивирования микроорганизмов:

А. Для общего количества микроорганизмов: Эндо, Агар, Кровяной агар, ЖСА;

В. для плесневых и дрожжевых грибов: Сабуро.

Приборы, которые использовались во время исследования: Прибор Кротова (Аспиратор ПУ-1Б). Принцип работы аппарата Кротова основан на том, что воздух, просасываемый через клиновидную щель в крышке аппарата, ударяется о поверхность питательной среды, при этом частицы пыли и аэрозоля прилипают к среде, а вместе с ними и микроорганизмы, находящиеся в воздухе. Чашку Петри



с тонким слоем среды укрепляют на вращающемся столике аппарата, что обеспечивает равномерное распределение бактерий на ее поверхности. Работает аппарат от электросети. Определяется флора в 250 л воздуха.

После отбора пробы с определенной экспозицией чашку вынимают, закрывают крышкой и помещают на 48 часов в термостат (среды: Эндо, Агар, Кровяной агар, ЖСА), среды Сабуро помещают в инкубатор (+22 °С.).

Выводы: В качественной структуре бактериального содержания в воздухе исследуемых зон доминировали представители рода стафилококков, являющиеся постоянными обитателями слизистых оболочек и кожных покровов человека. Наиболее распространенными среди них были бактерии видов: *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus gallinarum*, *Staphylococcus hominis*. Так, эпидермальные стафилококки являются обитателями кожи большинства людей, их содержание и локализация в данном биотопе малоизменяемы, данные бактерии обнаруживаются в смывах кожи человека независимо от внешних факторов, составляя достаточно устойчивый симбиотический консорциум. В этой связи эпидермальные стафилококки постоянно оказываются во внешней среде, разносятся потоками воздуха, оседая на поверхностях.

Обнаруженные плесневые грибы и дрожжевые грибы: были представлены родами *Cladosporium*, *Aspergillus*, *Penicillium*, количественно преобладали микромицеты тех же родов.

Список литературы:

1. Микробиологический состав воздуха (<https://gsenzao.ru/mikrobiologicheskij-sostav-vozduxa/>);
2. Общие принципы санитарно-микробиологического контроля (<https://petritest.ru/ivanchenko-sanitarno-mikrobiologicheskij-kontrol-na-pivovarennom-proizvodstve/7-mikrobiologicheskij-kontrol-7-1-obshchie-printsipy-sanitarno-mikrobiologicheskogo-kontrolya>).

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИКА ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА УЧРЕЖДЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЦЕЛЯХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И СПЕЦИАЛИСТА, ОРГАНА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ФУНКЦИИ ПО КОНТРОЛЮ И НАДЗОРУ В СФЕРЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО РЫНКА».**  
**УЧАСТИЕ В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВИЗИТА В ОТНОШЕНИИ ДЕТСКОГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ.**

Абдуллазянова Э.Р., Димухамитов Д.Д.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры профилактической медицины и экологии человека ФПК и ППС Балабанова Л.А.

Актуальность. Проведение профилактических мероприятий является приоритетным направлением системы государственного контроля (надзора) и направлено на снижение риска причинения вреда (ущерба) здоровью населения.

Особую актуальность эта работа приобрела после введения моратория на контрольные (надзорные) мероприятия.

Цель: повышение информированности контролируемых лиц по вопросам соблюдения обязательных требований в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

Материалы и методы. Проведен профилактический визит (далее – профвизит) в отношении объекта, осуществляющего деятельность по организации отдыха детей и их оздоровления.

Результаты. Во время прохождения производственной практики на базе Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан (далее – Управление) нами было принято участие в проведении профвизита вместе со специалистом Управления. Профвизит проводился в отношении детского оздоровительного лагеря по месту осуществления деятельности. Основание для проведения профвизита- отнесение объекта к категории чрезвычайно высокого риска.

Нами были проведены консультации по вопросам соблюдения санитарно-эпидемиологических требований в жилых корпусах, санитарных узлах жилых корпусов, умывальных зон, территории; требований к размещению детей, оснащению жилых помещений; профилактики заболеваемости среди детей; соблюдения санитарно-дезинфекционного режима; соблюдения требований к проведению медицинского осмотра персонала; точности технологического процесса, хранения продуктов питания, соблюдения сотрудниками правил личной гигиены сотрудниками пищеблока.

По инициативе контролируемого лица нами был проведен осмотр помещений лагеря. При осмотре объекта под руководством специалиста Управления нами выявлено, что возле умывальных раковин пищеблока отсутствуют антисептики; допускается использование алюминиевой посуды; выявлены дефекты покраски потолка и перегоревшие лампы в помещениях мясного цеха. Выявленные нарушения носили устранимый характер и не влекли непосредственную угрозу причинения вреда здоровью детей. В соответствии с выявленными нарушениями Управлением были даны рекомендации.

Заключение. Профвизит–это относительно новый вид профилактического мероприятия, являющийся полезным профилактическим инструментом для контролируемых лиц. Выявленные текущие нарушения санитарного законодательства и их устранение предотвратили возможную угрозу причинения вреда здоровью детей. Внедрение в практику профилактических мероприятий – это возможность выстроить доверительные отношения с контролируемыми лицами с целью сохранения здоровья населения.

# РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ТРАВМОЙ И УСТАНОВЛЕННОЙ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ»

Иванюк А. В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители - ассистент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины Ильина О. А., к.м.н. доцент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины Аглиулина С. Т.

Антибиотикорезистентность является одной из проблем современной медицины. Рассмотрим клинический случай эпидемиологического ведения пациента с антибиотикорезистентностью у пациента с травмой проходившего лечение в стационаре ГБУ РМЭ «Республиканская клиническая больница» (далее - ГБУ РМЭ РКБ).

Пациент М. 2006 г. р. поступил в отделение травматологии спустя 48 часов от ДТП. Из анамнеза болезни: 02.09.2022 г. после ДТП доставлен в хирургическое отделение районной больницы города К. с диагнозом: Тяжелая политравма. ЧМТ. В районной больнице города К. проведена лапароскопия.

Спустя 2 суток от момента травмы пациент переведен в отделение реанимации ГБУ РМЭ РКБ. На 7 сутки нахождения в стационаре у пациента зафиксировано повышение температуры тела до 39,6 С, боли в животе, клиника перитонита. Пациенту проведена релапаротомия. Отобраны биопробы для микробиологического исследования из брюшной полости и 3 локусов послеоперационных ран левой голени и бедра. Результат исследования - присутствие в ране *Pseudomonasaeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus haemolyticus*. Данные микроорганизмы проявляли антибиотикорезистентные свойства.

При обнаружении микроорганизмов из группы «Eskape» лаборатория незамедлительно уведомляет о факте госпитального эпидемиолога для проведения эффективных противоэпидемических мероприятий.

Эпидемиологом поставлены следующие цели:

1. Подбор дезинфицирующих средств для работы в очаге, антисептика для рук, раневого антисептика с учетом чувствительности;
2. Организация работы в очаге, выдача рекомендация персоналу больницы (контроль работы в соответствии с принятой Стандартной операционной процедурой, далее - СОП);
3. Недопущение распространения антибиотикорезистентных штаммов в стационаре;
4. Проведение мониторинга микроорганизмов с учетом генов резистентности с целью создания перечня микроорганизмов для последующей работы и проведения ретроспективного анализа микробиологического пейзажа отделения.

По результатам анализов выданы письменные рекомендации в отделение для организации работы в очаге, а именно:

1. Проведена замена дез. средства используемого в отделении по эпидемиологическим показаниям при дезинфекции ИМН с выделением отдельных инструментов для проведения перевязок, проведения генеральной и текущей уборки.

2. Подобран кожный антисептик и раневой антисептик.
3. Контроль работы в соответствии с требованиями СОП в отделении.

Спустя 36 суток пациент переведен в другое ЛПУ.

После выписки пациента из стационара под контролем эпидемиолога проведена заключительная дезинфекция, с учетом чувствительности микроорганизма. Отобраны смывы с поверхностей с целью микробиологического контроля качества проведенной заключительной дезинфекции. До получения результатов бак.анализа пациентов в палату не определяли. Получены отрицательные результаты смывов.

Таким образом, комплекс мероприятий включающий все вышеуказанные пункты по достижению заявленных целей, показал свою эффективность. Цели достигнуты.

## **САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ОДИН ИЗ АСПЕКТОВ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ**

Небрасова А.А., Залилова А.И.

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней Ботникова Е.А.

**Актуальность.** На производственной практике после 2 курса студенты медицинского ВУЗа впервые начинают выполнять функции среднего медперсонала лечебно-профилактических учреждений в качестве помощников палатной медсестры. Имея теоретическую подготовку на базе ИГМА, освоение практических навыков, манипуляций и техники проведения некоторых исследований пациентов, студенты педиатрического факультета не достаточно подготовлены к работе с населением (родителями детей) по актуальным вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и врожденных пороков развития (ВПР) органов и систем. Проблема рождения ребенка с врожденным пороком развития остается достаточно актуальной в настоящее время: за 2020 год в РФ родилось более 40 тыс. младенцев, составляющих 3,3% от числа детей родившихся живыми. За последние годы выявлена тенденция к снижению смертности от ВПР, за 2020-2021 гг. она составила 6,8%. Для дальнейшего снижения смертности важно изучение вопроса об осведомленности населения по профилактике данных заболеваний.

**Цель.** Выяснить осведомленность населения о ВПР; определить роль среднего медицинского работника по их профилактике.

**Задачи.** Ознакомление с научной литературой по данной проблематике; составление анкеты-опросника; анкетирование с помощью платформы "Google Forms"; анализ и оценка полученных данных.

**Материалы и методы исследования.** В качестве интервьюентов оказались школьники, студенты и выпускники различных ВУЗов, а так же студенты медицинских ВУЗов, получившие сертификат среднего медицинского персонала. Всего было проанкетировано 104 человека от 16 до 26 лет.

**Результаты и их обсуждение.** По результатам проведенного анкетирования было выявлено, что лишь половина (55%) респондентов считали себя осведомленными о причинах заболеваний, относящихся к ВПР. К главным факторам, влияющим на

внутриутробное развитие плода интервьюенты отнесли: пагубные привычки (алкоголизм, курение, наркомания) – 58% опрошенных. Генетическую предрасположенность, как основной патологический фактор, выделили 43% ответивших. На следующем месте по рейтингу оказались неполноценное питание – 37%, материнский возраст старше 40 лет – 25%. Не осведомлено о пренатальной диагностике ВПР – 27% респондентов. Большинство, 95% респондентов, отметило важность санитарно-просветительской деятельности среди населения средних медицинских работников.

Заключение. Обсуждение вопросов конкретных ВПР (головного мозга, сердца, желудочно-кишечного тракта, почек) с участниками анкетирования выявило тот факт, что население информировано недостаточно или ложно и нуждается в активной санитарно-просветительской деятельности. Важнейшим аспектом в предупреждении развития ВПР, рождения здоровых детей является осведомленность населения о необходимости первичной профилактики и осуществление антенатальной охраны плода сотрудниками первичной сети здравоохранения.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ПОМОЩНИК МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В РАМКАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТРЯДА**

Тягушева Е.Н.

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры педиатрии Науменко Е.И.

Студенческие медицинские отряды (СМО)-динамично развивающееся направление, главной целью которого является организация трудовой занятости студентов в летний период. Во время летнего периода практическое здравоохранение остро нуждается в младшем и среднем медицинском персонале, где на помощь приходят СМО.

Свою первую производственную практику «Младший медицинский персонал» проходила в отделение нейрохирургии на базе Больницы скорой медицинской помощи (БСМП), где был организован Межрегиональный студенческий медицинский отряд (МСМО) «МИР», который объединил более 30 студентов со всей России. Для таких студентов, как я, только что закончивших первый курс, это был очень решительный шаг- уехать в другой регион для работы в качестве младшего медицинского персонала. В обязанности входили текущая и генеральная уборка ряда кабинетов- манипуляционная, перевязочная, процедурная и другие. За время практики проведена уборка 540 кабинетов, что составляет около 5238 м<sup>2</sup>, дезинфекция инструментов перед стерилизацией. Так, мною было продезинфицировано около 225 пинцетов для обработки ран, 125 ножниц, 20 бандажей для шейного отдела позвоночника. Каждый день я приходила на работу, чтобы получить как можно больше практических навыков в тех или иных манипуляциях, четкого понимания будущих профессиональных задач. Мой рабочий день начинался на 2 часа раньше регламентируемого, чтобы закончить свои прямые «санитарские» обязанности и помогать процедурной медсестре. В процессе работы мои наставники-медицинские сестры обучали

методикам обработки пролежней больным, которые имели травмы позвоночного столба. Так, я убедилась на практике, что важнейшим аспектом выздоровления является качественно выполненный уход за тяжелобольными пациентами. В процессе работы, я обработала более 40 пролежней разной степени развития. Пристального внимания требовали пациенты, находившиеся в палате после нейрохирургических операций. Я вместе с медицинской сестрой участвовала в процессе снятия швов больным, в обработке послеоперационной раны антисептиками и специальными местными средствами. Я участвовала в проведении врачебных обходов с целью получения опыта работы в профессиональном обществе.

Возрастная категория пациентов в отделение представляла следующую структуру: от 18 до 25 лет-7% и 10% женщины и мужчины соответственно; от 26 до 45 лет-67% и 73% женщины и мужчины соответственно; от 46 до 65 лет-20% и 14% женщины и мужчины соответственно; старше 66 лет-6% и 3% женщины и мужчины соответственно. В отделение преобладали пациенты с черепно-мозговыми травмами, а также с травмами позвоночного столба, но были и поступающие в плановом порядке для выполнения таких манипуляций, как грыжесечение разных отделов позвоночника.

БСМП-это уникальная возможность увидеть применение теоретических знаний на практике на первых этапах формирования медицинского мышления.

## **МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА**

### **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «КАТЕХОЛАМИНЕРГИЧЕСКАЯ ПОЛИМОРФНАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ: ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ОПТИМАЛЬНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ».**

Архипова С.А., Васильева Н.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель –д.б.н., профессор кафедра медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой,

Гришин С.Н.

Актуальность: Катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия (КПЖТ) характеризуется эпизодическими обмороками, возникающими во время физической нагрузки или острых эмоций у лиц без структурных аномалий сердца. Основной причиной этих эпизодов является начало быстрой желудочковой тахикардии (двунаправленной или полиморфной). При самостоятельном прекращении артимий может произойти спонтанное выздоровление. В других случаях желудочковая тахикардия может переродиться в фибрилляцию желудочков и вызвать внезапную смерть. Большая часть форм КПЖТ связана с мутациями в гене RyR2 и наследуются по аутосомно-доминантному типу. Описаны случаи с аутосомно-рецессивным наследованием и мутацией в гене CASQ2.

Распространенность КПЖТ составляет предположительно 1 случай на 10 000 человек. При отсутствии лечения КПЖТ смертоносна, т.к. примерно у 30% пострадавших наблюдается по крайней мере одна остановка сердца и до 80% - один или несколько синкопальных приступов.

Цель: изучить клинический исход, характеристики ЭКГ и оптимальное лечение КПЖТ.

Материалы и методы: Нами были проанализированы истории 29 пациентов с КПЖТ, в результате исследования изучены проблемы ранней диагностики заболевания, лечебные и реабилитационные мероприятия, назначаемые пациентам.

Результаты: возраст начала составляет от 7 до 15 лет. Синкопальные приступы, вызванные физическими упражнениями или эмоциями, часто являются первым симптомом. У части пациентов (10-20%) заболевание клинически протекает бессимптомно и выявляется только в случае внезапной смерти. Начальными проявлениями КПЖТ были обмороки (79%), остановка сердца (7%) и семейный анамнез (14%). ЭКГ показала синусовую брадикардию и нормальный интервал QT. Средняя ЧСС при КПЖТ составила 192 (30) уд/мин. Большинство случаев были неустойчивыми (72%), но 21% были устойчивыми и 7% были связаны с фибрилляцией желудочков. Типичными аритмиями при ЦПЖТ являются двунаправленные ЖТ и, реже, суправентрикулярные тахикардии. Морфология КПЖТ была полиморфной (62%), полиморфной и двунаправленной (21%), двунаправленной (10%) или полиморфной с фибрилляцией желудочков (7%). Было 100% индукции КПЖТ физической нагрузкой, 75% инфузией катехоламинов и ни одной запрограммированной стимуляцией. Поздний потенциал не зарегистрирован. Начало в выходном тракте правого желудочка более чем в половине случаев. В течение 6,8 лет внезапная смерть наступила у 24% больных, из них у 7% было аноксическое поражение головного мозга. Аутосомно-доминантное наследование наблюдалось в 8% семей больных.  $\beta$ -адреноблокаторы полностью контролировали КПЖТ в 31% случаев. Антагонисты кальция частично подавляли КПЖТ в аутосомно-доминантных случаях.

Выводы: Всем пациентам с КПЖТ следует рекомендовать изменения образа жизни (ограничение физической активности, избегание сильных эмоций и стрессовых ситуаций).  $\beta$ -блокаторы являются первым вариантом лечения пациентов с КПЖТ, и для контроля аритмии следует назначать максимально переносимую дозу. Ранняя диагностика и адекватное лечение могут значительно увеличить продолжительность жизни. Модификация образа жизни и оптимальная медикаментозная терапия с имплантацией ИКД у больных с рецидивирующими симптомами имеет благоприятный прогноз.

Список литературы:

2. Погвизд С.М., Берс Д.М. (февраль 2004). "Клеточная основа вызванных аритмий при сердечной недостаточности". Тенденции в сердечно-сосудистой медицине. 14 (2): 61-6.
3. Бехере С.П., Вайндлинг С.Н. (2016). "Катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия: захватывающая новая эра". Анналы детской кардиологии. 9 (2): 137-46

## ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЯХ

Белокопытова К.В., Тамбовцева Н.А., Воробьева Е.Н.

Научный руководитель - д.м.н., профессор, профессор кафедры биологической химии, клинической лабораторной диагностики Воробьева Е.Н.

ФГБОУ ВО "Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России", Барнаул

В связи с тем, что 70% объективной информации о состоянии пациентов получают на основе результатов лабораторных тестов -актуальна производственная практикапо получению первичных профессиональных умений и навыков у студентов медико-профилактического факультета "Помощник лаборанта клинических лабораторий"лечебно-профилактических учреждений. Место проведения – клинические лаборатории крупных медицинских организаций г. Барнаула Алтайского края - Клиническая больница "РЖД-Медицина"города Барнаул и Краевой Диагностический центр. Цель практики:формирование общепрофессиональной и профессиональной компетентности в клинической лабораторной диагностике с учетом объекта, вида и области профессиональной деятельности специалиста по специальности «Медико-профилактическое дело».Задачи: обеспечить приобретение опыта применения знаний, умений и навыков по оценке и диагностике состояния здоровья населения (забор биологического материала и пробоподготовка; приготовление реактивов и растворов для проведения лабораторного анализа; обеззараживание медицинских отходов класса Б; эксплуатация основного лабораторного оборудования; интерпретация результатов стандартных методов исследования и др. При этом у студентов формируются компетенции:способность и готовность к реализации этических и деонтологических аспектов в общении с коллегами, другим медицинским персоналом, пациентами и их родственниками;в проведении санитарно-эпидемиологических экспертиз, токсикологических, гигиенических оценок; работ и услуг в целях установления и предотвращения вредного воздействия факторов среды обитания, причин возникновения и распространения не- и инфекционных и заболеваний (массовых), отравлений, профессиональных заболеваний и др. Студенты должны знать правила преаналитического и постаналитического этапов анализа, наиболее распространенные в практике методы клинических лабораторных исследований, патогенез наиболее распространенных заболеваний и синдромов; алгоритмы лабораторной диагностикииразличных заболеваний;современныеметодылабораторного обследования больных, их диагностические возможности. Важно уметь выполнить базовые технологии лабораторного анализа: пробоподготовка, подготовка реактивов и растворов, эксплуатация лабораторного оборудования для прикроватной и другой диагностики. Необходимо владеть навыками интерпретации результатов стандартных методов исследований, по охране труда (после инструктажа) и др.

Процедура аттестация по практике включает: оценку дневника, отчета по практике, характеристики обучающегося руководителем практики от медицинской организации; оценку компетенций обучающегося по результатам тестирований, собеседования по контрольным вопросам и ситуационным задачам.



Предусмотрено выполнение индивидуального задания в виде презентации по основным разделам (организационные основы лабораторного обследования, гематологические, общеклинические, биохимические, иммунологические исследования, тесты при диагностике инфекционных заболеваний, системы гемостаза).

Заключение: прохождение практиков клинико-диагностических лабораториях направлено на формирование у обучающихся общепрофессиональных, профессиональных компетенций и систематизации имеющихся знаний.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ.**

### **ВОЗДЕЙСТВИЕ УЛЬТРАЗВУКА НА ОРГАНИЧЕСКИЕ ТКАНИ**

Золотухин Н.С., 7201гр

Научный руководитель – к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и генетики

Тяпкина О.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Ультразвуковые колебания оказывают множество воздействий на биологические ткани. Ультразвук (УЗ) диагностического диапазона (от 2 до 29 МГц) почти не вызывает никаких негативных последствий, но при повышении интенсивности может повлиять на функции организма, вплоть до повреждения клеточных мембран и тканей. Эти воздействия обусловлены механическим, физическим, химическим и тепловым эффектами, вызываемыми высокочастотным УЗ, выраженность которых зависит от частоты и амплитуды УЗ, а также свойств среды, в которой он распространяется. Механическое воздействие УЗ обусловлено вибрацией в среднем клеточном уровне, вызывая нагрев тканей, ускоряя обмен веществ и стимулируя кровообращения. Так же УЗ способен разрушать некоторые микроорганизмы. Под действием УЗ меняются условия транспортировки, повышается проницаемость клеточных мембран и гистогематических барьеров, изменяется вязкость саркоплазмы и межклеточной жидкости. Физико-химическое воздействие реализуется в результате микровибраций, вызванных УЗ волнами. При этом меняются расположения ферментативных комплексов в клетках, что вызывает активацию ферментативных реакций, и приводит к изменению скорости протекания множества химических реакций в органических тканях. Физико-химическое воздействие УЗ на органические ткани может быть: стимулирующим (активация процессов), интенсифицирующим (увеличение скорости протекающих процессов), оптимизирующим (упорядочивание процессов). Тепловое воздействие связано с поглощением энергии ультразвуковой волны средой, оказывающее тепловое воздействие на биологическую ткань. Прирост температуры напрямую зависит от поступающей и поглощаемой энергии клетками. Нагревание расширяет сосуды, вследствие увеличивается кровообращение, и увеличивается скорость протекающих биохимических реакций. Но в результате теплового воздействия эффекты могут быть не только положительные. При большой интенсивности и длительности действия УЗ произойдет перегрев и повреждение

тканей. Именно интенсивность и длительности высокочастотных УЗ колебаний играет определяющую роль в процессе нагрева биологических тканей.

Таким образом, эффекты ультразвука на органические ткани обусловлены подбираемыми параметрами УЗ, воздействие которых может быть, как лечебным, так и повреждающим.

Список литературы:

Микитин И. Л. [и др.] Лечение длительно незаживающих ран методом озонотерапии и низкочастотным ультразвуком: монография [В Интернете] // Научная электронная библиотека. Монографии, изданные в издательстве Российской Академии Естествознания. - 2017 г. - 07 03 2023 г. - [https://s.monographies.ru/doc/2017/07/file\\_597afcf1929e5.pdf](https://s.monographies.ru/doc/2017/07/file_597afcf1929e5.pdf). - ISBN 978-8-91327-473-1.

Хмелев Владимир Николаевич Ультразвук и биологические системы [В Интернете] // U-SONIC. - 2023 г. - 10 03 2023 г. - <https://u-sonic.ru/primenenie-ultrazvuka-v-promyshlennosti/vozdeystvie-ultrazvuka-na-zhivye-sistemy/ultrazvuk-i-biologicheskie-sistemy/>.

Яваева Татьяна Николаевна Выпускная квалификационная работа бакалавра [Конференция] // Математическая модель первичного взаимодействия ультразвуковых волн с биологической тканью. - Санкт-Петербург : [б.н.], 2017. - стр. 9-13.

## **ФИЗИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НАНОЧАСТИЦ**

Рувинская Элина Олеговна

Научный руководитель - к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и генетики

Тяпкина Оксана Викторовна

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Самым распространенным диагностическим методом визуализации является рентгеновское изображение. Визуализация мягких тканей ограничена, ввиду их малого естественного контраста, и требует дополнительного применения контрастных агентов. Сульфат бария и молекулы йода являются клинически одобренными рентгеноконтрастными веществами, однако их действие ограничено во времени, они неспецифичны и вызывают побочные реакции. Современная медицина расширяет области применения наночастиц, и в том числе, в качестве рентгеноконтрастных веществ, ввиду их высококонтрастной полезной нагрузки, длительного времени циркуляции и регулируемых физико-химических свойств [1].

Цель: рассмотреть физические процессы, лежащие в основе рентгенодиагностики с использованием наночастиц.

Задачи:

- 1) Изучить свойства рентгеновского излучения в сочетании с наночастицами;
- 2) Выявить основные преимущества и недостатки наночастиц в сравнении с «классическими» контрастными веществами.

В основе работы рентгеновских аппаратов лежат такие свойства рентгеновского излучения как высокая проникающая и флюоресцирующая

способности, ионизирующий эффект и поглощаемость [2]. Наиболее часто применяемые типы наночастиц для рентгеновской визуализации представляют собой структуры на основе липидов, объекты с твердым ядром или их комбинации. Важным преимуществом наночастиц является возможность варьировать их физико-химические свойства для более высокой специфичности, и применения для различных видов нацеливания. Например, размеры наночастицы колеблются от 1 до 1000 нм, и наименьший размер будет предпочтителен для быстрого выведения из организма [3]. Однако существует ряд проблем, связанных с выведением и накоплением. Организм человека неспособен метаболизировать наночастицы на основе тяжелых металлов, что необходимо преодолеть для их клинической трансляции. Почечный клиренс наночастиц зависит от высокоселективного сита, зависящего от размера и поверхностного заряда. Длительно циркулирующие агенты имеют тенденцию накапливаться в печени и селезенке, хоть и являются наиболее предпочтительными при визуализации сосудов и последующем выявлении заболеваний. Значительное накопление некоторых элементов тяжелых металлов может привести к потенциальной долгосрочной токсичности [4].

Заключение: в современной рентгенодиагностике использование наночастиц в качестве контрастных веществ является перспективным направлением. Однако для клинической апробации необходимо доработать методы выведения из организма данных частиц, так как при их накоплении наблюдается токсический эффект на различные ткани и системы.

Список использованной литературы

- 1) Jessica C. Hsu, Lenitza M. Nieves, Oshra Betzer, Tamar Sadan, Peter B. Noël, Rachela Popovtzer, and David P. Cormode. Nanoparticle contrast agents for X-ray imaging applications. *Wiley Interdiscip Rev Nanomed Nanobiotechnol.* 2020, Nov; 12(6): e1642
- 2) Guang-Hong Chen, Joseph Zambelli, Nicholas Bevins, Zhihua Qi, Ke Li. X-ray phase sensitive imaging methods: basic physical principles and potential medical applications. *Curr Med Imaging Rev.* 2010, May 1; 6(2): 90–99.
- 3) Kim J, Chhour P, Hsu J, Litt HI, Ferrari VA, Popovtzer R, & Cormode DP. Use of nanoparticle contrast agents for cell tracking with computed tomography. *Bioconjugate Chemistry*, 2017, 28(6), 1581–1597
- 4) Levine D, McDonald RJ, & Kressel HY. Gadolinium retention after contrast-enhanced MRI. *The Journal of the American Medical Association*, 2018, 320(18), 1853–1854

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРА В ЛАЗЕРНОЙ ХИРУРГИИ**

Студентка группы 7201 медико-биологического факультета

(специальность: медицинская биофизика)

Файзуллина Эльмира Вильдановна.

Научный руководитель - к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и

генетики Тяпкина Оксана Викторовна

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В современной медицине применение лазера является очень перспективным направлением в связи с его малоинвазивным эффектом, высокой точностью,

селективностью, стерильностью, радикальностью лечения и снижением сроков реабилитации после вмешательства. Лазеры широко применяются в диагностике, лазерной хирургии, офтальмологии, стоматологии, косметологии и т.д. Создание новых лазеров позволило использовать их в большом диапазоне медицинских «особых» случаев. Развитие лазерной медицины разделилось на три основных направления: лазерная хирургия, лазерная терапия и лазерная диагностика. В зависимости от типа лазера, длины волны и системы доставки, большинство лазеров заменили обычные хирургические инструменты для лучшего исхода оперативного вмешательства в лазерной хирургии. Целью работы является изучение лазерных технологий и применение лазера в медицине.

Задачи: 1) Изучить разные типы лазеров. 2) Рассмотреть области применения разных типов лазеров в лазерной хирургии.

Материалы и методы исследования: изучение документов, пособий.

Лазер основан на трёх фундаментальных явлениях: процессах поглощения, процессах спонтанного и вынужденного излучения [1]. Среди широко используемых лазеров можно выделить лазер на иттрий-алюминиевом гранате, легированном эрбием (Er:YAG), диодный лазер, аргоновый лазер, твердотельный лазер на иттрий-алюминиевом гранате, легированном неодимом (Nd:YAG), и CO<sub>2</sub>-лазер. Благодаря своим уникальным свойствам эти лазеры проникают в ткани только на короткие расстояния и обеспечивают тонкие и точные разрезы в хирургии [2]. Лазеры используются для безопасного лечения различных видов рака в системах органов: поверхностный рак желудочно-кишечного тракта, рак легкого, злокачественные опухоли головного мозга (глиобластомы), лечение эпилептических очагов. В области сердечно-сосудистой хирургии применение лазера ограничено: трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация, лазерный сосудистый анастомоз и лазерная ангиопластика при заболеваниях периферических артерий являются новыми методами. Лазерная литотрипсия - общепринятый метод фрагментации мочевых и желчных камней. Офтальмология лидирует в использовании лазеров: коррекция близорукости и дальнозоркости, катаракты. Применяется лазер в стоматологии, косметической хирургии полости рта и лица, реконструктивной хирургии, лазерном липолизе, лечении сосудистых дефектов и омолаживании.

Таким образом, современную медицину трудно представить без использования лазерных технологий. Лазерная хирургия позволяет проводить сложные операции с коротким периодом восстановления и меньшим количеством побочных эффектов, зависит от подбора подходящего устройства лазера.

Список литературы:

- 1) Иванова, Т. Е. Лазеры в хирургии : учеб.-метод. пособие / Т. Е. Иванова, С. А. Жидков ; Белорус. гос. мед. ун-т, Воен.- мед. фак., Каф. воен.- полевой хирургии. - Минск : БГМУ, 2008. - 32 с. <http://rep.bsmu.by/handle/BSMU/6162>
- 2) Khalkhal, E., Rezaei-Tavirani, M., Zali, M. R., & Akbari, Z. (2019). The Evaluation of Laser Application in Surgery: A Review Article. *Journal of lasers in medical sciences*, 10(Suppl 1), S104–S111. <https://doi.org/10.15171/jlms.2019.S18>

## «ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ».

Чеснокова А.С., Кокшина Д.А.

ФГБОУВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.ф.-м.н., доцент кафедры медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой КГМУ

Гиматдинов Р. С.

к.б.н., доцент кафедры медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой КГМУ

Шайхутдинова А.Р

Цель: Изучить метод ПЭТ и разобрать клинические случаи (с анализом анамнеза).

Позитронно-эмиссионная томографию (ПЭТ) является золотым стандартом визуализации в ядерной медицине. Этот метод лучевой диагностики основан на уникальной способности меченных радиоизотопов накапливаться в тканях с высокой метаболической активности. Радиоизотопы, как некие молекулярные зонды и индикаторы, в этом методе позволяют в режиме *in vivo* исследовать и измерять биохимические процессы. В отличие от других томографов в ПЭТ нет специального внешнего источника излучения. ПЭТ похож на большой фотоаппарат, который в своей основе имеет несколько сцинтилляционных детекторов, именно в них возникает свечение под воздействием ионизирующего излучения.

При процедуре ПЭТ в организм исследуемого в виде инъекции или газа вводят чрезвычайно малое количество меченного короткоживущего соединения. В настоящее время в практике используются –  $^{18}\text{F}$ ,  $^{11}\text{C}$ ,  $^{15}\text{O}$ ,  $^{13}\text{N}$ ,  $^{82}\text{Rb}$ ,  $^{64}\text{Cu}$ ,  $^{68}\text{Ga}$ ,  $^{18}\text{F-FDG}$ . Активность этих радиофармпрепаратов фиксируют фотоумножители-сцинтилляционные детекторы, полученные данные с помощью компьютерного анализа, преобразуют в изображение сканируемых областей. Фотоумножители регистрируют гамма-излучение, которое появляется после аннигиляции позитронов. Радиоизотоп подвергается положительному бета-распаду, испускается позитрон, который сталкивается с электроном в последствии аннигилирует. Это событие образует пару аннигиляционных фотонов, которые продолжают движение в двух различных направлениях. Фотоны, ударяясь об материал счетчиков, создают свечение, которое регистрируют фотоумножители. В клинике метод ПЭТ стал ценным инструментом для регистрации различных состояний организма – рак и метастазирование, болезни сердца, расстройства головного мозга (инсульты, депрессии, болезнь Паркинсона). В ядерном центре используют комбинацию двух технологий визуализации - ПЭТ и КТ. Такие сканеры с большей точностью помогают поставить правильный диагноз.

Наша практика проходила на базе Республиканского клинического онкологического диспансера, где мы исследовали пациентов на аппарате ПЭТ/КТ. Первый исследуемый – мужчина, 54 года, наблюдается с 2020 года. В РКОД направили из-за повышенного содержания ПСА - 788,54 нг/мл (норма 2,5). В дальнейшем были проведены исследования на гистологию, сцинтиграфии и МРТ, была обнаружена аденокарцинома, 9 баллов по Глиссону (4+5) и метастазы в

тазовых и внутрибрюшинных лимфоузлах. Была проведена химиотерапия РФП Радий-223-хлорид 6 курсов, зафиксировали понижение ПСА 39,4 нг/мл. 22.06.22 была проведена процедура ПЭТ/КТ на основе, которой было сделано конечное заключение: рак простаты, метастазы в костях и левом внутрибрюшинном лимфоузле.

Второй исследуемый – женщина, 43 года. В 2017 году была проведена операция опухоли правой лобной доли – олигодендроглиомы, после проведен курс лучевой терапии. В следующий период 2018-2020 на МРТ наблюдалась отрицательная динамика. В 2021 году на МРТ зафиксированы объемные полостные образования по задней поверхности кисты и продолжительный рост опухоли правой лобной доли. В 2022 году была проведена процедура ПЭТ/КТ на основе, которой было сделано конечное заключение: мультифокальный местный рецидив.

## **БИОХИМИЯ ФОТОСИНТЕЗА**

Колесникова Светлана

Научный руководитель - к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и генетики Пахалина И.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

На практике после первого курса мы выполняли учебно-исследовательскую работу, тема, выбранная мною, посвящена фотосинтезу. На занятиях по биологии, мы рассматривали реакции синтеза белка, репликации ДНК, но биохимия фотосинтеза удивительна, т.к. синтезируется глюкоза, органическое вещество из неорганических составляющих.

Целью работы явилось изучение химического состава и химических процессов, лежащих в основе фотосинтеза. Задачи, которые были поставлены в процессе исследования, заключаются в характеристике состава и структуры компонентов клетки, участвующих в фотосинтезе и изучении механизмов превращения веществ и энергии, происходящих в процессе фотосинтеза.

Пигменты зеленого листа: хлорофилл а, хлорофилл b, β-каротин и ксантофиллы (виолоксантин, лютеин, зеаксантин, антероксантин, неоксантин). Хлорофилл – магниевый комплекс различных тетрапиролов. Хлорофилл, а – основной пигмент оксигенного фотосинтеза. Хлорофилл b – вспомогательный пигмент, выполняющий светособирающую функцию. Каротиноиды (природные пигменты желтого или оранжевого цвета), по химической природе являющиеся изопреноидами, также являются вспомогательными пигментами. Каротины – ненасыщенные углеводороды, а ксантофиллы – их окисленные производные. Процесс фотосинтеза состоит из двух фаз: световой и темновой. Возбуждение электронов за счет энергии поглощенного света происходит в двух реакционных центрах (фотосистемах). В световой фазе выделяют две фотосистемы: фотосистему I и фотосистему II. Реакционный центр фотосистемы II включает первичный донор электронов хлорофилл а с максимумом поглощения 680 нм (P680); первичный акцептор электронов феофитин; вторичные акцепторы — молекулы пластохинона; комплекс b6 /f. Фотосистема I высших растений и водорослей представляет собой интегральный пигмент-белковый комплекс, состоящий из P700, филлохинона, железосерных кластеров и ферредоксина. В

ходе световой стадии фотосинтеза образуются молекулярный кислород высокоэнергетические продукты: АТФ, служащий в клетке источником энергии, и НАДФ, используемый как восстановитель. Последовательность расположения отдельных элементов электрон-транспортной цепи в тилакоидных мембранах хорошо иллюстрирует Z-схема фотосинтеза. Темновая фаза – это совокупность ферментативных реакций, непосредственно в результате которых происходит образование органических веществ. Первичным акцептором углекислоты является 5-углеродный сахар — рибулозо-1,5-бисфосфат (РубФ). Процессы, осуществляющие фиксацию CO<sub>2</sub> и синтез углеводов в цикле Кальвина, условно делят на четыре этапа: карбоксилирование, восстановление ФГК, регенерация рибулозо-1,5-бисфосфата и синтез углеводов.

Фотосинтез – сложнейший биохимический процесс. Среди осуществляющих его элементов можно выделить пигменты, белковые комплексы и переносчики, коферменты, цитохромы, участвующие в окислительно-восстановительных реакциях. Фотосинтез – процесс преобразования электромагнитной энергии в энергию химических связей, который сопровождается увеличением энергетического потенциала системы. Накопление энергии, происходящее в процессе фотосинтеза сопряжено с электронными и биохимическими преобразованиями компонентов, участвующих в этом процессе.

## **ИММУНОФЛУОРЕСЦЕНТНЫЙ АНАЛИЗ БЕЛКА PSD95 В МОТОНЕЙРОНАХ ПОЯСНИЧНОГО УТОЛЩЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА У КРЫС НА РАННИХ СТАДИЯХ АНТИОРТОСТАТИЧЕСКОГО ВЫВЕШИВАНИЯ**

Мустакимов С.Р., Ялтаева С.А.

Научный руководитель - к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и генетики Тяпкина О.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Под действием сниженной гравитации в условиях космического полета у живых организмов развивается комплекс адаптационных изменений опорно-двигательной системы, получивший название гипогравитационного двигательного синдрома (ГДС). На данный момент самыми изученными являются изменения в скелетной мускулатуре. Однако в опорно-двигательную систему также входят мотонейроны спинного мозга, иннервирующие и управляющие свойствами волокон скелетных мышц, что делает их важным объектом для изучения.

Целью данного исследования явилось проведение иммунофлуоресцентного анализа экспрессии белка PSD95 в мотонейронах поясничного утолщения спинного мозга у крыс на ранних стадиях развития ГДС. PSD95 - белок постсинаптической плотности, локализуемый исключительно на постсинаптической мембране нейронов, обеспечивающий закрепление синаптических белков, таких как нейролигин, AMPA- и NMDA рецепторы, калиевые каналы, и принимающий участие в осуществлении синаптической пластичности и стабилизации изменений в синапсе во время долговременной потенциации.

Для исследования механизмов ГДС на Земле используется модель антиортостатического вывешивания (АОВ), что создаёт эффект гипогравитационной опорной разгрузки мышц задних конечностей у крыс, аналогичный пребыванию в условиях невесомости и постельного режима. Эксперимент проводили на половозрелых самцах крыс линии Wistar массой  $289 \pm 57$  г. Все процедуры с животными проводили в соответствии с правилами, рекомендованными Физиологической секцией Российского национального комитета по биологической этике (протокол № 319 от 04.04.2013 г.). Крысы были разделены на 5 групп: «Контроль» - крысы, находившиеся 7 суток в стандартных условиях вивария; «АОВ 12 часов», «АОВ 24 часа», «АОВ 72 часа» и «АОВ 7 суток» - крысы, пребывавшие в условиях антиортостатического вывешивания задних конечностей соответствующий период времени. Криостатные поперечные срезы поясничного отдела спинного мозга (20 мкм) были окрашены первичными антителами к PSD95 (1:200, Abcam; 12 часов при  $+4^{\circ}\text{C}$ ) и вторичными антителами (IgG козляные против кролика, конъюгированные с Alexa488; 1:500, Invitrogen). Изображения микропрепаратов были получены на конфокальном сканирующем микроскопе LeicaTCSSP5 MP (Германия). Анализировали интенсивность флуоресцентного свечения в мотонейронах передних рогов поясничного отдела спинного мозга, с применением программы ImageJ (НИН, США). Статистическую обработку результатов проводили с помощью программного обеспечения Origin 8.0 с использованием U-критерия Манна-Уитни и непараметрического дисперсионного анализа Краскела-Уоллиса (при  $p \leq 0,05$ ).

Интенсивность флуоресценции мотонейронов, окрашенных антителами к PSD95, в контрольной группе составила  $132 \pm 4$  о.е. Анализ интенсивности свечения у крыс в соответствии с длительностью антиортостатического вывешивания показал, что средние значения после 12 часов эксперимента составили  $103 \pm 3$  о.е., после 24 часов -  $158 \pm 4$  о.е., после 72 часов -  $158 \pm 3$  о.е., а после 7 суток -  $102 \pm 5$  о.е. Статистический анализ показал снижение интенсивности флуоресценции на 22% через 12 часов и 7 суток АОВ и увеличение на 20% через 24 и 72 часа АОВ ( $p < 0.05$ ).

Таким образом, представленные в настоящей работе данные об изменении флуоресценции антител к PSD95 демонстрируют изменение количества белка в мотонейронах поясничного утолщения у крыс, что может отразиться на синаптической передаче в ранний период развития гипогравитационного двигательного синдрома.

## **МУТАГЕНЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ КАК ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ МУТАЦИЙ**

Старкова Ангелина

Научный руководитель - к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и генетики Кошпаева Елена Святославовна  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

С давних времен люди замечали, что дети имеют черты своих родителей. Если для древнего человека этот процесс оставался тайным и недоступным, то в начале 21 века каждому образованному человеку известно, что наследственная информация содержится в генах - молекулах ДНК (дезоксирибонуклеиновой



кислоты). Гены кодируют информацию об индивидуальной белковой последовательности, о принципах строения и функционирования систем организма, принадлежащих к данной систематической группе.

Однако ни для кого не секрет, что генетическая информация способна изменяться, этот процесс получил название мутационной изменчивости. Мутации могут быть как положительными, например, повышающими устойчивость организма к неблагоприятным воздействиям окружающей среды, так и отрицательными, например, снижающими жизнеспособность организма, вызывающими необратимые заболевания, несовместимые с жизнью.

Установлено, что мутации возникают под влиянием мутагенных факторов, которые могут быть вызваны самыми разными причинами от химических до физических воздействий, но, так или иначе, пагубное действие мутагенных факторов направлено в первую очередь на наследственный аппарат человека. Проблема влияния мутагенных факторов на различные системы организма человека стала особенно актуальной в период с конца XX века и имеет большую актуальность по сей день.

Цель: выяснить, как мутагены и их факторы влияют на развитие генетических мутаций.

Задачи:

1. Разобрать и понять, что такое «мутация».
2. Выявить, какие бывают виды мутаций.
3. Охарактеризовать мутагенные факторы, их виды и причины.
4. Выявить влияние каждого мутагенного фактора на развитие генетических мутаций.

Технологии сделали значительный шаг вперед: человек «приручил» энергию атома, создал новые химические вещества, достижения генной инженерии стали активно внедряться во многие сферы жизни человека.

## **ИММУНОФЛУОРЕСЦЕНТНЫЙ АНАЛИЗ БЕЛКА СИНАПТОПОДИНА В МОТОНЕЙРОНАХ ПОЯСНИЧНОГО УТОЛЩЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА У КРЫС НА РАННИХ СТАДИЯХ АНТИОРТОСТАТИЧЕСКОГО ВЫВЕШИВАНИЯ**

Ялтаева С.А., Мустахимов С.Р.

Научный руководитель - к.б.н., доцент кафедры медицинской биологии и генетики Тяпкина О.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Недостаток функциональной нагрузки в условиях невесомости приводит к развитию гипогравитационного двигательного синдрома (ГДС), основными проявлениями которого являются нарушения в опорно-двигательной системе. Так же изменениям подвержена центральная нервная система, контролирующая иннервацию скелетных мышц. Остаются малоизученными изменения в спинном мозге на ранних стадиях гипогравитационного двигательного синдрома.

Целью настоящего исследования явилось проведение иммунофлуоресцентного анализа экспрессии белка синаптоподина в мотонейронах поясничного утолщения спинного мозга у крыс на ранних стадиях развития гравитационного двигательного синдрома.

Синаптоподин - ассоциированный с актином белок, участвующий в поддержании формы клеток, регуляции разветвления нейритов и количества дендритных шипиков.

Для исследования механизмов ГДС на Земле используется модель антиортостатического вывешивания (АОВ), что создаёт эффект опорной разгрузки мышц задних конечностей у грызунов, аналогичный пребыванию в условиях невесомости. Эксперименты проводили на половозрелых самцах крыс линии Wistar массой  $289 \pm 57$  г. Все процедуры с животными проводили в соответствии с правилами, рекомендованными Физиологической секцией Российского национального комитета по биологической этике (протокол № 319 от 04.04.2013 г.). Крыс разделили на 5 групп: «Контроль» - крысы, находившиеся 7 суток в стандартных условиях вивария; «АОВ 12 часов», «АОВ 24 часа», «АОВ 72 часа» и «АОВ 7 суток» - крысы, пребывавшие в условиях антиортостатического вывешивания задних конечностей соответствующий отрезок времени. Криостатные поперечные срезы поясничного отдела спинного мозга (20 мкм) окрашивали первичными антителами к синаптоподину (1:50, SantaCruzBiotechnology; 12 часов при  $+4^{\circ}\text{C}$ ) и вторичными антителами (IgGослиные против козла, конъюгированные с Alexa647; 1:500, Invitrogen). Изображения микропрепаратов получали на конфокальном сканирующем микроскопе LeicaTCSSP5 MP (Германия). Анализировали интенсивность флуоресцентного свечения в мотонейронах передних рогов поясничного отдела спинного мозга, с применением программы ImageJ (НИН, США). Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Origin 8.0 с использованием U-критерия Манна-Уитни и непараметрического дисперсионного анализа Краскела-Уоллиса (при  $p \leq 0,05$ ).

Интенсивность флуоресценции мотонейронов, окрашенных антителами к синаптоподину, в контрольной группе составила  $120 \pm 4$  о.е. Анализ интенсивности свечения у крыс в соответствии с длительностью антиортостатического вывешивания показал, что средние значения после 12 часов эксперимента составили  $86 \pm 3$  о.е., после 24 часов -  $128 \pm 4$  о.е., после 72 часов -  $116 \pm 2$  о.е., а после 7 суток -  $62 \pm 3$  о.е. Статистический анализ показал снижение интенсивности флуоресценции на 28% через 12 часов и на 48% к 7 суткам АОВ ( $p < 0,05$ ).

Результаты, представленные в данной работе, показали изменение флуоресценции в мотонейронах поясничного утолщения спинного мозга после окрашивания антителами к синаптоподину, из чего можно сделать вывод об изменении количества исследуемого белка, что может сказаться на реализации синаптической передачи на ранних стадиях развития гипогравитационного двигательного синдрома.

# **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ**

## **ЗНАЧЕНИЕ ОНКОДИАГНОСТИКИ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ СТУДЕНТОВ КГМУ**

Лисюкова Р.Н., Салеев Н.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста  
Абдрашитова Алена Борисовна

**Актуальность.** Рак слизистой оболочки рта – это злокачественные новообразования, происходящие из эпителия рта и подлежащих тканей. Основными причинами заболеваемости являются употребление алкоголя, табака и ореха катеху (бетеля), однако онкология может встречаться среди лиц, не имеющих факторов риска. На ранних стадиях болезнь протекает бессимптомно, из-за чего большинство случаев заболевания раком слизистой рта диагностируется на III-IV клинических стадиях, когда коэффициент выживаемости не превышает 5 лет. В связи с этим на базе стоматологической поликлиники КГМУ в программу диагностики стоматологических заболеваний в рамках профилактического осмотра был включен онкоскрининг, как средство раннего выявления предраковых заболеваний и рака на ранних стадиях.

**Цель.** Определение стоматологического статуса студентов с учётом онконастороженности.

**Задачи исследования.** 1. Провести сравнительный анализ современных методов люминесцентной стоматоскопии. 2. Провести клинико-статистическое исследование стоматологического статуса студентов КГМУ с использованием люминесцентной стоматоскопии (АФС). 3. Составить фото-протоколы локального статуса пациентов с изменениями слизистой рта с визуализацией в широком спектре.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие студенты 3-5 курсов стоматологического факультета КГМУ. Перед началом осмотра они заполняли анкеты, в которых указывали пол, возраст и факторы риска возникновения онкологии. Для онкоскрининга был использован аппарат АФС - это прибор, позволяющий с помощью флуоресцентного подсвечивания слизистой оболочки рта выявить очаги аномалии, связанные с наличием воспалительных, предраковых процессов и онкологических заболеваний. Принцип работы основан на светодиодном излучении аппарата, которое можно наблюдать в затемненной комнате через специальные желтые или черные очки, широкого и узкого спектра соответственно. Слизистая рта без патологий имеет зеленое свечение, патологические очаги предрака, раннего рака имеют аномальное свечение, которое при первичном осмотре пациента вызывает онконастороженность.

**Результаты.** Использование АФС аппарата является наиболее оптимальным, малозатратным и эффективным методом дополнительной диагностики новообразований слизистых рта. Анкетирование показало, что у 4 % опрошенных имеются факторы риска (наличие онкологических заболеваний у ближайших родственников). Во время проведения аутофлуоресцентной стоматоскопии студентов были выявлены незначительные изменения слизистой рта

неонкологического характера: обильное количество мягкого налёта, что является критерием заболеваний ЖКТ, травматические эрозии слизистых, требующие своевременного лечения или назначения кератопластиков, хейлиты в области красной каймы губ.

Заключение. Определение стоматологического статуса с использованием люминесцентной стоматоскопии необходимо для диагностики предраковых состояний и малигнизации слизистой рта на ранних этапах.

## **ОЦЕНКА УРОВНЯ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ ПО ГИГИЕНЕ РТА У ДЕТЕЙ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ.**

Леонтьева Ю.Л., Гумерова А. Р., Ширяк И.Д.

Научный руководитель - д.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста  
Ширяк Т. Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Современные школьники находятся под влиянием комплекса неблагоприятных факторов, которые приводят к нарушению структуры твердых тканей зубов, к высокой распространенности кариеса. В патогенезе кариеса важную роль играет гигиеническая осведомленность детей, мотивация и гигиенические привычки.

Цель исследования-оценка уровня знаний о гигиене рта у школьников начальных классов.

Задачи исследования: провести анкетирование среди учащихся 3-4 классов по вопросам гигиены рта, оценить уровень гигиены с помощью красящих таблеток, оценить рН слюны до и после чистки зубов.

Материал и методы: было проведено анкетирование среди 40 учащихся 3 и 4 классов в возрасте 9-11 лет. Создана анкета о причинах возникновения кариеса, средствах гигиены. Было проведено исследование гигиенического статуса учащихся с помощью красящих таблеток по индексу Федорова-Володкиной, измерения рН слюны до и после чистки зубов с зубной пастой Lacalut junior с содержанием фторида 1400 ppm.

Результаты исследования. По результатам анкетирования 75% респондентов указали причиной возникновения кариеса - чрезмерное употребление сладостей, 7% - отсутствие чистки зубов, еще 7% указали обе эти причины. 61% опрошенных регулярно чистят зубы 2 раза в день, 32% - 1 раз в день, 7% - 1-2 раза в день. После еды чистят зубы 71%, а 29% - до еды. 71% считают, что нужно чистить язык от налета, но только 39% его чистят. 71% используют мануальную щетку вместо электрической, у 50% зубная паста со фтором, ополаскивателем пользуются 46%, жевательными резинками - 54%. Среднее значение индекса гигиены по Федорову-Володкиной - 2,8, что соответствует плохому уровню гигиены. Среднее рН слюны среди учащихся до чистки зубов был равен  $6,5 \pm 1,6$ , а после чистки  $7,5 \pm 1,8$  ( $p < 0,05$ ), что соответствует норме. Исследование показало, что гигиенический индекс и рН слюны лучше у тех учащихся, которые чистили зубы 2 раза в день после еды электрической щеткой, а также пользовались дополнительными средствами гигиены: ополаскивателем и/или жевательными резинками.

Выводы. Дети не имеют достаточных знаний по вопросам гигиены рта, что может влиять на их стоматологический статус. Регулярные уроки гигиены очень важны в санитарном просвещении школьников.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ТЕРАПЕВТА». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «Восстановление анатомической формы зуба при помощи силиконового ключа»».**

Зиатдинова Алина Маратовна

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии

Халиуллина Гульназ Равиловна

Введение. Кариес по сей день остается самым распространенным заболеванием. В лечении кариеса важными этапами являются препарирование с последующим пломбированием полости зуба. Реставрация анатомической формы зубов достаточно трудоёмкий процесс в стоматологической терапевтической практике, занимающий наибольшую часть времени, выделенного на лечение. Методика силиконового ключа заключается в восстановлении внешнего вида зуба с использованием слепка из силиконового оттискного материала. Данная методика позволяет точно воспроизвести форму утраченных при препарировании тканей и выполнить эстетическую реставрацию. Слепок может использоваться при наиболее сохраненной или наименее разрушенной окклюзионной поверхности на жевательных зубах, кариесе передних зубов, когда в результате препарирования уйдет задняя небная или язычная стенки и режущий край, фиссурный кариес [1].

Актуальность. Так как процесс восстановления точных анатомических структур затрачивает достаточно времени и сил врача стоматолога, применение силиконового ключа очень актуально в практической стоматологии, ведь эта методика позволяет сократить это время и облегчить данный процесс, при этом максимально точно повторив анатомию зуба [2].

Цель исследования. Изучить методику восстановления зубов с помощью силиконового ключа; освоить этапы лечения зубов с кариозными поражениями; исследовать возможности использования силиконового ключа в стоматологии.

Задачи исследования. На примере клинического случая применить и закрепить полученные знания о лечении кариеса зубов и последующей реставрации; описать процесс лечения с применением ключа из силикона; сделать выводы о проделанной работе и обосновать практические рекомендации.

Материал и методы исследования. Для исследования был взят клинический случай, произошедший за время прохождения производственной практики в стоматологической клинике. В разбор клинического случая входит описание анамнеза пациента, данные объективного обследования, диагностики, план лечения, анализ этапов лечения с использованием силиконового ключа, эпикриз.

Результат исследования. Проведено лечение кариеса зуба, подробно описаны этапы лечения, представлены особенности методики силиконового ключа, особенности восстановления анатомической формы зуба, преимущества и недостатки метода.

Заключение. Особенностью метода восстановления зуба с использованием ключа из силиконового оттискового материала является простота, надежность, скорость исполнения и возможность создания более натурального рельефа зуба при пломбировании.

Список использованной литературы:

1. Попова А.Н., Крайнов С.В. Техника "силиконового ключа", как новый подход к восстановлению жевательной поверхности зубов // The Scientific Heritage. 2019. №39-1.
2. Завистяева М.В. РЕСТАВРАЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ТЕХНИКОЙ СИЛИКОНОВОГО КЛЮЧА // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 6.

## **«ВЛИЯНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ФИССУР МОЛОДЫХ ЗУБОВ НА КАЧЕСТВО РЕМИНЕРАЛИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ»**

Дробошевская А.В., Лыткина А.А.

Научный руководитель – к.м.н., доцент, заведующая кафедры стоматологии детского возраста Подзорова Е.А.

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность статьи: обусловлена высокой распространенностью кариеса среди молодых зубов. Целью работы является оценка влияния морфологии фиссур молодых зубов на эффективность реминерализующей терапии. В статье проанализирована оценка эффективности терапии препаратом АСЕПТА® «Гель для зубов реминерализующий» в зависимости от морфологии фиссур молодых зубов методом количественной светоиндуцированной флюоресценции.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования были изучены молодые (прорезавшиеся не позднее 2 лет назад) премоляры и моляры, удаленные по ортодонтическими показаниям у пациентов в возрасте 15-25 лет. Для изучения удаленных зубов было получено согласие пациентов. После удаления зубы промывали и хранили в отдельных колбах в физиологическом растворе. Исследуемые зубы вынимались из раствора, гель «АСЕПТА» наносился на поверхность зуба на 20 минут, затем зубы промывали под проточной водой и погружали в физиологический раствор, процедуру повторяли двукратно в течении 21 дня.

Для оценки эффективности терапии использовали метод количественной светоиндуцированной флюоресценции твердых тканей зуба до, на 17 день, и после лечения на 26 сутки. Данный метод проводится аппаратом Q-гауреп на основе количественной светоиндуцированной флюоресценции. Данные фиксировались (Рисунок №1) и заносились в таблицу. Эффективность рассчитывалась в процентном соотношении по результату показателей  $\Delta F_{max}$  по формуле:

$X(\%) = \frac{\text{количество зубов, подходящих под критерии оценки} \cdot 100\%}{\text{количество исследуемых зубов}}$

Рисунок №1

Сканирование аппаратом Q-гауреп исследуемого зуба



С помощью цифровой микроскопии исследована морфология фиссур постоянных премоляров и моляров. Шлифы изготавливались с помощью алмазной пилы (Рисунок №2).

Рисунок №2

Изготовленный шлифс использованием алмазной пилы



Результаты и их обсуждение. На начальном этапе для установления исходного уровня деминерализации было проведено сканирование аппаратом Q-гауреп.

Проанализировав исходный уровень минерализации от 09.02.2023 (Таблица №1), сделано заключение:

- В 21 случае из 21 был обнаружен процесс деминерализации, что составляет 100%;

Через 26 дней было проведено последнее сканирование от 07.03.2023, установлено:

- В 21 из 21 случая реминерализирующая терапия препаратом «АСЕПТА» прошло эффективно, что составляет 100%;
- В 12 из 21 случая значение  $\Delta F_{max}$  стал равен 0, что интерпретируется как полное восполнение минералов в тканях, ровняется 57%;
- В 17 из 21 случая положительная динамика сохраняется, что составляет 81%.

В процессе исследования была изучена архитектоника для изучения зависимости реминерализации от типа фиссур. Отмечается увеличение скорости реминерализации твердых тканей открытого типа фиссур, у закрытого

типафиссур скорость реминерализации происходит медленнее, что влияет на эффективность и конечный результат терапии.

Таблица №1

Результаты определения уровня минерализации зубов в процессе исследования

№ зуба	Значение $\Delta F_{max}$		
	09.02.2023	26.02.2023	07.03.2023
НИР 1	-14,5	0	-6,8
НИР 2	-17,9	0	0
НИР 3	-20,2	-16,8	-17,4
НИР 4	-11,6	-8,6	0
НИР 5	-14,4	0	0
НИР 6	-15,6	0	-7,7
НИР 7	-24,1	-6,9	-5,4
НИР 8	-26,3	0	0
НИР 9	-98,5	-77,8	-33,1
НИР 10	-7,3	0	0
НИР 11	-8,8	-21,2	-5,7
НИР 12	-73,9	-47,8	-9,9
НИР 13	-6,9	-9,3	0
НИР 14	-9,8	0	0
НИР 15	-98	-92,1	-57,6
НИР 16	-14,5	0	0
НИР 17	-10	0	0
НИР 18	-30,7	-7,1	-19,4
НИР 19	-14,6	-8,7	0
НИР 20	-18,6	-8,4	0
НИР 21	-20,3	-7,8	0

Заключение. Анализ профилактической терапии в течении 21 дня препаратом «АСЕПТА» показал, что 100% случаев оказались положительными (Таблица №1). В 57% значение  $\Delta F_{max}$  стало равняться 0 (Таблица №1), данные свидетельствует о том, что уровень минералов в тканях полностью восполнился. Анализ архитектоники показал, что скорость реминерализации с открытым типом фиссур происходит быстрее, чем скорость реминерализации с закрытым типом фиссур. Отмечается, что эффективность реминерализации зубов с закрытым типом фиссур менее эффективна и требует больше времени для достижения результата.

## «ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНОГО КАРИЕСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО МИКРОСКОПА»

Ворончихина Е. Д.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Казанский государственный медицинский университет"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель - к.м.н, доцент кафедры терапевтической стоматологии

Халиуллина Гульназ Равиловна

Введение. В настоящее время, в стоматологической практике встречается всё больше и больше случаев возникновения вторичного кариеса, то есть кариеса, который развивается около ранее установленной пломбы в леченом зубе. Данный вид кариеса бывает сложно выявить человеческим глазом даже опытному врачу-стоматологу, поэтому для точной диагностики и качественного лечения следует применять стоматологический микроскоп.

Актуальность данной работы заключается в том, что несмотря на наличие современных методик лечения кариеса зубов, высококвалифицированных специалистов и широкого выбора материалов, случаи диагностирования вторичного кариеса являются достаточно распространенными в стоматологической практике.



Цель данной работы заключается в исследовании клинического случая диагностирования и лечения вторичного кариеса с использованием стоматологического микроскопа.

Для достижения цели необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить понятие вторичного кариеса.
2. Изучить причины возникновения вторичного кариеса.
3. Рассмотреть клинический случай диагностирования и лечения вторичного кариеса под стоматологическим микроскопом.

Объектом исследования является клинический случай, возникший во время прохождения производственной практики.

Методы исследования: описание, анализ, обобщение.

Результаты

В результате данного исследования был описан клинический случай диагностирования и лечения вторичного кариеса с использованием стоматологического микроскопа. Исходя из результатов можно с уверенностью сказать, что использование стоматологического микроскопа в данных целях существенно повышает результативность и качество работы, по сравнению с традиционным методом лечения вторичного кариеса. Так как использование микроскопа позволяет с точностью выявить вторичный кариозный процесс рядом с ранее установленной пломбой, определить её состояние и провести качественное лечение.

Заключение. Таким образом, в процессе выполнения учебно-исследовательской работы были выполнены поставленные задачи, и достигнута цель исследования. Я выяснила, что вторичный кариес – это повторное развитие кариозного процесса на неповрежденной поверхности эмали в ранее леченом зубе рядом с пломбой. Наиболее распространенной причиной патологии является пренебрежения правилами и методиками лечения неосложненного кариеса врачами-стоматологами. Одним из методов профилактики развития вторичного кариеса является использование стоматологического микроскопа.

Благодаря высокому разрешению и большому увеличению лечение под микроскопом проходит с высокой точностью и позволяет врачу увидеть мельчайшие детали.

## **КОНЦЕПЦИЯ НЕМЕДЛЕННОЙ НАГРУЗКИ ПРИ ЗУБОПРОТЕЗИРОВАНИИ НА СИСТЕМЕ «ALL ON FOUR»**

Шайдуллин Адель Ильдарович

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - ассистент кафедры

ортопедической стоматологии Денисов Николай Дмитриевич

Актуальность. Концепция немедленной нагрузки «All on four» представляет перспективное решение как для самих пациентов, так и некое изменение клинической парадигмы для врачей-стоматологов. Большинство пациентов, прошедших через протокол реабилитации All on four сообщают о высоком уровне удовлетворенности результатами лечения, и посоветовали бы его своим знакомым. Таким образом, данная концепция основывается на максимальном использовании костной ткани во фронтальном и дистальном участках челюстей,

обеспечении как можно лучшей стабильности протеза за счет конструкций длинных имплантатов и разного степени их наклона, минимизируя при этом геометрию нависающих частей супраэлементов.

Цель исследования. Сокращение периода реабилитации пациента за счет немедленной нагрузки.

Материалы и методы. Разбор клинических и лабораторных этапов на примере конкретного случая, изучение научной литературы на данную тематику. Результаты. Пациенту с полной вторичной адентией на верхней челюсти было установлено четыре имплантата с немедленной нагрузкой. Два имплантата установлены во фронтальном отделе вертикально, два других установлены в дистальном отделе под углом. Был изготовлен полный съемный акриловый протез, который сразу же был зафиксирован. Послеоперационный период протекал без особенностей. На следующий день пациент смог нормально разговаривать и есть.

Заключение. Ключевыми аспектами модифицированного протокола «All on four» является планирование лечения, исходя из результатов диагностики и прогноза будущей протетической реабилитации. Преимущества данной концепции включают в себя: сокращение хирургической фазы лечения и всего периода реабилитации; проведение хирургического вмешательства, основываясь на необходимых протетических целях лечения; упрощение ятрогенной процедуры; минимизация травмы в области имплантации; улучшенная прочность, долговечность и эстетичность провизорных рестораций; повышение общего комфорта для пациента во время лечения, простота реализации протокола для врачей-стоматологов.

## **АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ СТОМАТОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

Гайнуллина Л.Д., Зиянгирова А.И.

Научный руководитель: к. м. н., ассистент. Наталья Алексеевна Шевкунова  
ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия" Минздрава  
России

На долю злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта (СОПР) приходится 35-40% всей заболеваемости раком головы и шеи.

Цель исследования: выявить методом аутофлуоресцентной стоматоскопии (АФС) патологические изменения слизистой оболочки полости рта у ортопедических пациентов.

Задачи исследования: 1. Изучить метод диагностики состояния слизистой оболочки полости с использованием светодиодного излучения аппарата АФС. 2. Определить состояние слизистой оболочки полости рта у пациентов, обратившихся за ортопедической помощью методом аутофлуоресцентной стоматоскопии (АФС). 3. Подтвердить предварительные результаты аутофлуоресцентного метода с помощью биопсии пораженного участка слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы: За период 2022-23 гг. в ортопедическом отделении Республиканской стоматологической поликлиники проведено клиническое обследование 32 пациентов в возрасте от 45 до 59 лет с использованием аппарата

АФС. При осмотре с помощью стоматоскопа при светодиодном излучении длиной волны  $400 \pm 10$  нм на слизистой оболочке полости рта выявляли аутофлуоресцентное свечение различной окраски. При здоровой слизистой наблюдается непрерывное и однородное зеленое свечение, при патологических состояниях меняется на аномальное (эффект темного пятна). Статистическую обработку результатов проводили с использованием программного пакета Microsoft Office Excel 2010. Достоверность различий по критерию Стьюдента считали значимыми при  $p < 0,05$ .

Полученные результаты: При осмотре аппаратом АФС 83% (26 пациентов) имели зеленое аутофлуоресцентное свечение здоровой слизистой оболочки полости рта. В 17% (6 пациентов) случаев наблюдались патологические изменения слизистой оболочки полости рта.

Биопсия аномально окрашенных участков светло-розового цвета выявила лейкоплакию в стадии ремиссии (1 пациент), темные участки с неровными краями без видимого свечения - веррукозную лейкоплакию (2 пациента), темно-красное разлитое пятно - плоский лишай гиперкератотической формы (2 пациента), красновато-коричневое - рак слизистой оболочки полости рта (1 пациентка).

Выводы. Использование аппарата АФС расширяет диагностические возможности врача при заболеваниях слизистой оболочки полости, позволяя диагностировать их на ранних стадиях развития, что особенно актуально при онкологической патологии.

## **ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА СОСТОЯНИЕ ДЕСЕН**

Сабирзянова Р. Д., Чигвинцев Д. В.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет

Научный руководитель - д.м.н.,

доцент кафедры стоматологии детского возраста Ширяк Татьяна Юрьевна

Актуальность и литературная справка по проблеме. В наши дни большое количество молодых людей используют электронные сигареты, не содержащих в себе табак, как новую альтернативу курению. Жидкость для курения представляет собой смесь пропиленгликоля, глицерина, ароматизаторов, никотина. Исследования показывают, что продукты распада этих компонентов цитотоксичны. Воздействие электронных сигарет увеличивает риск ухудшения состояния пародонта, зубов и десен, а также изменение микробиома рта. При нагревании ароматизаторы образуют альдегиды, которые повреждают живые клетки, как следствие возникает воспаление и кровоточивость десен. Сладкие ароматизаторы формируют на зубах липкую пленку, которая притягивает к себе бактерии, это объясняет ухудшение гигиены рта, способствуют закупорке слюнных желез, что приводит к сухости. В современной литературе все чаще поднимается вопрос о влиянии данных сигарет на стоматологическое здоровье и здоровье в целом, существуют некоторые разногласия по поводу безопасности электронных сигарет [1, 2, 3].

Цель исследования. Оценить состояние десен молодых людей, курящих электронные сигареты (вейперы).

Материалы и методы. Было проведено анкетирование и стоматологический осмотр 100 молодых людей в возрасте от 16 до 23 лет. Создана анкета, состоящая

из вопросов о курении, длительности использования электронных сигарет, субъективных изменений во рту за период курения, общих изменений в организме (отдышка, головокружение, головная боль, тошнота и т). Состояние десен оценивали по индексу РМА в модификации Parma.

Результаты исследования. Результаты анкетирования показали, что из 100 опрошенных курили электронные сигареты 65 человек (65%). Среди субъективных изменений до и после начала курения молодые люди отметили следующие изменения во рту: увеличение количества зубного камня и налета, боль в деснах, кровоточивость десен при чистке зубов, повышенную чувствительность, сухость во рту.

В ходе стоматологического осмотра было выявлено, что у большинства пациентов – 49 человек имело место неудовлетворительная гигиена рта (75,4%), явления катарального гингивита (30 человек, 46,4%) мягкий зубной налет (100%), над- и поддесневой зубной камень (29 человек, 44,6%), десквамация эпителия в виде белого налета на слизистой щек и губ (6 человек, 9,2%). Генерализованный гингивит наблюдался у 41 пациента (63,1%), явления локализованного пародонтита легкой формы у 2 пациентов (3,1%).

Также 62,5% опрошенных заметили общие изменения такие, как: частая головная боль, одышка, тошнота, увеличение лимфоузлов. Стоит отметить, что 13% ранее курили обычные сигареты в течение полутора-двух лет.

Выводы. Исследование показало значительный процент курящих молодых людей с заболеваниями десен (65%). Рост вейперов среди молодежи и отсутствие знаний о влиянии курения на здоровье в краткосрочной и долгосрочной перспективе является важной и острой проблемой на сегодняшний день. Анализ литературы и собственные исследования показывают, что даже краткий срок использования электронных сигарет может быть причиной гингивита и других проблем. Курение электронных сигарет является относительно новым увлечением среди молодежи, что требует особого внимания и изучения, поскольку систематическое раздражение и воспаление слизистой рта и десен могут привести к необратимым последствиям.

Список литературы.

1. Yang I., Sandeep S., Rodriguez J. The oral health impact of electronic cigarette use: a systematic review. *Crit Rev Toxicol.*- 2020; 50(2): 97-127. doi: 10.1080/10408444.2020.1713726.
2. Viswam D., Trotter S., Burge P.S., Walters G.I. Respiratory failure caused by lipid pneumonia from vaping e-cigarettes. *BMJ Case Rep.*- 2018; 6: 43-50. doi: 10.1136/bcr-2018-224350.
3. Kim, S. A., Smith, S., Beauchamp, C. Cariogenic potential of sweet flavors in electronic-cigarette liquids. *Plos One.*-7; 13(9): 7-17. doi: 10.1371/journal.pone.0203717.

# РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ. «ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЭНДОДОНТИЧЕСКИ ЛЕЧЕННЫХ ЗУБОВ ТЕХНОЛОГИЕЙ BUILD-UP».

Шаймарданова К.А.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии  
Халиуллина Г.Р.

Руководитель производственной практики:  
стоматолог-терапевт Юнусова И.И.  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России  
Актуальность.

Врач-стоматолог-терапевт ежедневно сталкивается с объёмным и разнообразным спектром клинических случаев, о которых нельзя молчать. Ведь каждое знание, полученное нами, студентами, в производственной практике - есть аспект развития будущего терапевтической стоматологии, которая, в свою очередь, является основным звеном оказания помощи пациентам стоматологического профиля. Отсутствие коронковой части более чем на 80% - нередкая клиническая картина. Перед врачом стоит вопрос об эффективном варианте консервативного лечения, в частности, о функциональной реабилитации оставшихся тканей зуба с их сохранением, не прибегая к экстирпации сохранившегося корня в хирургическом кресле. Совершенствование лечения зубов с отсутствующей коронковой частью методом использования технологии «Build-up» на основе армированного стекловолоконного штифта и адгезивной композитной реставрации - является актуальной задачей перед врачом-стоматологом-терапевтом. Ведь распространение данной методики позволяет сохранить зуб, большая коронковая часть которого утрачена, а главное - ввести его в функциональное состояние.

Цель.

Убедиться в эффективности восстановления эндодонтически леченных зубов с отсутствующей коронковой частью технологией «Build-up» на основе армированного стекловолоконного штифта и адгезивной композитной реставрации, позволяющей качественному проведению их функциональной реабилитации.

Задачи.

1. Ознакомиться с технологией «Build-up» после эндодонтического вмешательства на основании данных литературы и путем данных анализа клинического случая;
2. Выявить преимущества и недостатки постэндодонтического микропротезирования;
3. Изучить клинический случай, основанный на использовании технологии «Build-up»;
4. Оценить по результатам клинических, функциональных, рентгенологических методов исследования эффективность реставрации путем технологии «Build-up».

Материалы и методы исследования.

Нами был отобран один из клинических случаев в производственной практике и проведено терапевтическое лечение на разрушенной более 90% коронковой части культи зуба 1.3 технологией «Build-up». Осуществлена ретракция десны нитью

«UltraPac», создание феррул-эффекта, использование стекловолоконного штифта и адгезивной системы 4-го поколения «KERR OptiBond™ FL Kit», композитного цемента двойного отверждения «3M ESPE Relux U200 Automix», и восстановление функциональной работы зуба 1.3 путем снятия оттиска с первого сегмента верхней челюсти А-силиконом «Panasil» и коррегирующей массой «S4 Suhy Bisico» для изготовления временной пластмассовой коронки прямым методом с помощью силиконового «ключа».

Результаты.

Анализ полученных данных показал, что реставрации путем технологии «Build-up» имеют место быть для функционального восстановления большего объема разрушенной коронковой части культи зуба. «Build-up» - является одним из ведущих методов консервативного лечения зуба, который позволяет в одно посещение создать единую структуру с твёрдыми тканями зуба со стекловолоконным штифтом и адгезивной композитной реставрации после эндодонтического вмешательства.

Важно отметить выбор адгезивной системы, который отвечает за качество краевого прилегания.

Создание феррул-эффекта – еще один существенный аспект, на который нужно уделять должное внимание при применении технологии «Build-up». Важно количество оставшегося коронкового дентина в последующем покрытии ортопедической конструкцией для правильной передачи окклюзионной нагрузки, минимальная высота которого должна составлять не менее 2 мм, чем объясняется факт долговечности [3].

Стандартные штифты в действительности не укрепляют корень зуба, но скорее служат для равномерного распределения нагрузки и улучшения ретенции реставрации [2]. Отсутствие свойств окисления и коррозии стекловолоконных штифтов, используемых в данной методике, позволяет сохранить естественный цвет культи зуба, в частности, учитывая эстетические аспекты фронтальных зубов. В эндодонтически леченном зубе, восстановленном с применением сочетанной технологии «Build-up» стекловолоконным штифтом и композита двойного отверждения, создается инертность и физиологичное распределение напряжений, снижаются стрессовые механические воздействия без повреждения тканей зуба и пародонта, поскольку значение модуля упругости – модуля Юнга – стекловолоконных штифтов в наибольшей степени соответствует модулю упругости дентина естественных зубов, что обеспечивает благоприятные исходы терапевтического лечения и долговечность результата [1].

Заключение.

В ходе изучения литературных источников и получения результатов клинического случая, можно сказать, что восстановление коронковой части эндодонтически леченных зубов является вариант применения технологии «Build-up» на основе армированного стекловолоконного штифта и адгезивной композитной реставрации, предусматривающей восстановление анатомической формы, эстетических характеристик и функциональной ценности зуба [1]. Он позволяет восстановить необходимый объем культи зуба для дальнейшего ортопедического протезирования. Зубы, подвергшиеся эндодонтическому лечению, имеют наименьший статус «выживаемости» вследствие развития

изменений после депульпирования, но технология «Build-up» позволяет восстановить зуб, функционально «реабилитируя» его, и снизить риски осложнений разрушенных зубов.

Список литературы.

1. Николаев А.И., Романов А.М., Нестерова М.М., Левченкова Н.С. Эстетические, биомеханические и технологические аспекты восстановления коронковой части эндодонтически леченных зубов // Эндодонтия today. — 2018. — №1. — С. 72-76
2. Paz A., Agias S., Vilma A., E. Candelaria, L. Condomi Анализ микроподтекания при фиксации стекловолоконных штифтов и литых культевых вкладок с использованием самопротравливающей адгезивной системы // Эндодонтия Today. — 2013. — № 1. — С. 41-44.
3. Гажва С.И., Тетерин А.И., Алексеев М.К. Теоретические аспекты восстановления разрушенных зубов после эндодонтического лечения // Научный посыл высшей школы - реальные достижения практического здравоохранения. - 2018. - С. 361-365.

**«ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА»**  
**DENTAL PRACTISE EXPERIENCES IN DIFFERENT GRADES. ASPECTS**  
**AND COMPARISON WITH OTHER COUNTRIES**

Танкут Зейнеп Мелис

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии  
Крикун Е.В.

The practice of dentistry shows differences in each country, and the practice of each branch are carried out differently. In the 3 and 4-th years of the faculty students perform practice in the therapeutic and orthopedic fields. Restorations, filling and preparation stages performed according to the Black classification in therapy take place on phantom or plastic models. The difference of the practice in Russia was to learn dental anatomy through direct models. This gives you a faster process for which but you need to use and progress in terms of hand practice.

The only advantage of this practice in Turkey is that you can make it on real patients. In Russia, according to the rules, you can not treat patients in the second grade yet. Patients also do not want to be treated much by students. It is possible to improve their practice in other areas because in the third grade you start to actually treat children by pediatric internship. The free examinations, which are covered by insurance in Russia, are treated by students.

This also tells us that since our first patients are small children, your excitement decreases. Then it progresses with root canal treatment and milk tooth extraction. In this process, you thoroughly learn the stages, where to put which material on the root, and apply it. We teach children oral hygiene and tell them what methods they should be brushed with. The gradual departure of patients gives you self-confidence, while at the same time it allows you to gain experience and anxiety management until you treat adult patients.

During the surgical internship in the fourth and fifth grades, everyone dreams of extraction of wisdom tooth. If you are lucky enough, you can do this several times.

Obviously, patients have concerns about it if they are older, and they don't want students to perform extraction. Tooth extraction in young patients is less stressful and helps you with your trainer in this process. Because although it may seem easy, pulling teeth is a difficult operation. During this internship, you will have thoroughly learned the types of block anesthesia and the dosage of how to perform anesthesia. Likewise to learn the complications that may occur after tooth extraction.

While the student practice in Russia is more oriented towards the fields of therapy and surgery, this situation shows some differences in Europe and America. Usually, restoration prosthodontics is at the forefront. Students learn to prepare amalgam filler at first. The biggest advantage I experienced while studying in Russia is since beginning of fourth year as soon as you get the certificate to work. You can work as a hygienist in a private clinic. This is a fact that I have not witnessed in other countries. When applying professional dental cleaning to patients, it is a great advantage to start accustoming yourself to being a doctor.

At the same time, it is a fairly simple but innovative procedure to work without damaging the soft tissue. My only disappointment in the field of practice is orthodontics, I wish there were more practices. It is a fact that there is no time for practice because there is too much theoretical knowledge.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА В РАМКАХ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ НА КАФЕДРЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ КАЗАНСКОГО ГМУ.**

Нестерова В.И., Абдулова В.Ш., Ахметшина Ф.Ф.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – профессор, д.м.н. Салеева Г.Т.

В рамках производственной практики на кафедре ортопедической стоматологии ординаторами 1 года обучения на базе СП КГМУ был обследован пациент, обратившийся с целью консультации, которому был разработан комплексный план реабилитации.

Цель: провести диагностику стоматологического больного, разработать комплексный план реабилитации при сотрудничестве с врачами разных специальностей.

В клинику обратился пациент А., 1965 года рождения с жалобами на отсутствие зубов и несостоятельность имеющихся ортопедических конструкций. Зубы удалены давно по поводу осложненного кариеса; более 3х лет назад проводилось ортопедическое лечение.

Клиническое обследование. При внешнем осмотре кожный покров обычной окраски, без патологических изменений. Лицо симметричное, непропорциональное: снижение высоты нижней 1/3 лица, углы губ опущены, носогубные складки резко выражены. Открывание рта свободное, в полном объеме. Шумов в ВНЧС не определяется. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

При осмотре полости рта слизистая оболочка бледно-розовая, без патологических изменений. Зубы 1.6,1.7,1.8,2.6,2.7,2.8,3.6,3.7,3.8,4.5,4.6,4.7,4.8 отсутствуют. На зубах 1.5,3.3,3.4,3.5,4.2,4.3,4.4 зубах пломбы с нарушением краевого прилегания. На верхней челюсти металло-керамические коронки на



зубах 2.4,2.5 удовлетворительного качества; металло-керамический мостовидный протез с опорными коронками на зубах 1.1,1.2,2.1,2.3 неудовлетворительного качества. Клиновидные дефекты в области 1.3,2.3,4.3 зубов.

На КЛКТ в периапикальных тканях зубов 1.5,2.3 и 3.4 наблюдается очаг разряжения костной ткани округлой формы с неровными контурами. В области отсутствующих зубов 3.5,4.5,4.6 наблюдается дефицит костной ткани.

На основании полученных данных был установлен диагноз:

I. Основной стоматологический:

K08.1 Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни (на верхней и нижней челюсти I класса по Кеннеди). Функционально-эстетическая недостаточность.

II. Сопутствующий стоматологический:

1. Зубы 1.5,2.3,3.4 – K04.6 Хронический гранулирующий периодонтит;
2. Зубы 3.3,4.2,4.3 – K02.1 Кариес дентина;
3. Зубы 3.5,4.4 – K02.8 Другой кариес.

III. Сопутствующий соматический: гепатит В.

План лечения:

1. Санация полости рта. Профессиональная гигиена, подбор средств гигиены.
2. Замещение дефектов зубных рядов в области 3.5,4.5,4.6 с помощью имплантатов с предварительной костной пластикой и синус-лифтингом; в области 2.6 с помощью имплантата.
3. Восстановление анатомической формы замещенных имплантатами зубов коронками из диоксида циркония.

После согласования плана лечения с пациентом были получены аналоговые оттиски из С-силиконового материала «Speedex» и цифровые оттиски сканером «3shape» с верхней и нижней челюсти для планирования имплантации и изготовления хирургического шаблона.

Во время изготовления хирургического шаблона были атравматично удалены зубы 1.5 и 3.4, удален несостоятельный мостовидный протез с верхней челюсти для повторной ревизии корневых каналов зубов 1.2,1.1,2.1,2.3 с целью санации очагов инфекции в периапикальных тканях. После перелечивания был изготовлен и зафиксирован временный пластмассовый мостовидный протез из пластмассы с помощью силиконового ключа и материала Protemp. Так же было произведено лечение кариозных полостей и клиновидных дефектов на зубах 2.3,3.3,3.5,4.2,4.3,4.4. Проведена профессиональная гигиена полости рта.

После припасовки хирургического шаблона была произведена имплантация в области зубов 3.5,4.5,4.6 с одномоментными направленной костной регенерацией и синус-лифтингом. В дальнейшем анатомическая форма зубов, замещенных имплантатами, была восстановлена коронками из диоксида циркония.

Вывод: благодаря комплексной работе хирургов, ортопедов и терапевтов, а также грамотному планированию с использованием современных технологий на кафедре ортопедической стоматологии Казанского ГМУ были достигнуты все цели комплексной реабилитации, поставленные перед началом лечения.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ПО СТОМАТОЛОГИИ «ВОЗМОЖНОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ УЗ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ УДАЛЕНИИ КОНКРЕМЕНТОВ ИЗ ПРОТОКОВ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ».**

Амирова Диляра Наилевна

Научные руководители – к.м.н., ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Нестерова Елена Евгеньевна, к.м.н., доцент кафедры, заведующий отделением Иванов Олег Александрович  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ МЗ России

Актуальность. В настоящее время слюнокаменная болезнь остается актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии. Распространенность ее по данным специальной литературы, составляет от 3% до 24% всей патологии челюстно-лицевой области.

Доля данного заболевания равна 20-80% от общего числа патологии слюнных желез. Несмотря на преобладающее поражение поднижнечелюстной железы (20-60%), около 5% наблюдений приходится на околоушную слюнную железу (ОСЖ).

Одной из актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии является удаление конкрементов из протоков больших слюнных желез у пациентов с хроническим воспалительным процессом в них, сопровождающимся образованием слюнных камней (сиалолитиазом).

По данным отделения челюстно-лицевой хирургии ГKB №7 г. Казани, ежегодно на стационарное лечение поступает около 100 пациентов с воспалительными заболеваниями слюнных желез, большинство из них с хроническим формами сиалоаденита с образованием конкрементов, требующих проведения оперативного вмешательства, направленное на их удаление.

Сложность операции по удалению конкремента из протоков слюнных желез обусловлена отсутствием зрительного наблюдения за местоположением и возможным перемещением конкремента в протоке в процессе его удаления. Данное обстоятельство приводит к тому, что конкремент не удается удалить полностью, либо не удается удалить вовсе, нанося значительное интраоперационное повреждение протоковой системе слюнной железы. Это вызывает впоследствии образование рубцовых стриктур, ухудшает качество жизни пациентов и значительно усложняет последующие хирургические вмешательства в этой области.

Одной из наиболее оптимальных методик органосохраняющих операций при слюнокаменной болезни слюнной железы является использование интраоперационной ультразвуковой навигации.

Применение метода УЗ исследования, в качестве интраоперационного навигатора при удалении слюнных конкрементов из труднодоступных отделов выводного протока во время операции, позволяет хирургу визуализировать конкремент в режиме реального времени, выбирать наиболее оптимальное направление продвижения инструмента, предотвращая при этом излишнее травмирование окружающих тканей, в том числе таких значимых анатомических структур как язычная артерия и язычный нерв.

Цель работы: применить метод интраоперационной ультразвуковой навигации при хирургическом лечении пациентов со слюнокаменной болезнью слюнных желез.

Задачи: Обосновать возможность применения метода ультразвукового исследования в качестве интраоперационного навигатора при органосохраняющем хирургическом лечении слюнокаменной болезни слюнных желез.

Материалы и методы исследования: Выполнен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных пациентов, проходивших лечение в условиях отделения челюстно-лицевой хирургии ГАУЗ ГКБ №7 г. Казани. Проведен подбор и общеклиническое обследование пациентов. Сформирована база данных пациентов, проведена статистическая обработка полученных результатов.

Ультразвуковое исследование выполняли на аппарате «BK PRO Focus 2000» линейным мультисекторным датчиком с рабочей частотой 7,5 МГц, в том числе в режиме цветового доплеровского картирования. Оценивались локализация, размер, форма конкрементов, а также наличие рядом расположенных крупных сосудов и нервов, кровотоков в слюнных железах, а также состояние ее структуры.

Заключение. Таким образом, использование методики интраоперационного ультразвукового сканирования является не только диагностически достоверным методом, но и может быть с успехом применимо в комбинации с оперативным вмешательством, значительно облегчая работу хирурга и обеспечивая минимизацию травмы тканей оперируемой области и непосредственно органа, сохраняя в нем адекватный кровоток и иннервацию, что позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания и позитивно отражается на качестве жизни пациентов.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ ВЛИЯНИЕ СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА МИКРОФЛОРУ ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Асанова А.Р., Ханнанов А.Ф.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава  
России

Научные руководители: к.м.н, доцент Наталья Алексеевна Шевкунова,  
к.б.н, доцент В.В.Тихонова

Актуальность. У пациентов с сахарным диабетом ввиду пониженной сопротивляемости к инфекции, резистентностью к дрожжеподобным грибам обсеменение зубных протезов и слизистой оболочки протезного ложа микробной флорой способствует развитию грибковых и инфекционных осложнений с большими тканевыми поражениями [1,2].

Цель. Определить состав микрофлоры полости рта пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) пользующихся частичными съемными акриловыми протезами

Задачи. Изучить литературные источники по данной теме; определить вязкость слюны и состав микрофлоры полости рта пациентов СД2 с частичными съемными акриловыми протезами; провести статистический анализ.

Материалы и методы. На базе кафедры ортопедической стоматологии в Республиканской стоматологической поликлинике проведено анонимное тестирование и клиничко-микробиологическое обследование 12 пациентов с СД2 и 12 сохранивших здоровье в возрасте от 58 до 74 лет с дефектами зубного ряда 1 и 2 классов по Кеннеди, пользующихся частичными съёмными акриловыми протезами. Помимо клинического обследования определяли вязкость слюны по методике Рединовой Т.Л., Поздеева А.Р., (1994) в относительных единицах. Для определения видового состава микрофлоры полости рта собирали материал со слизистой оболочки под базисом съёмного протеза с последующим посевом на питательной среде- кровяной агар. После инкубации проводили микробиологическое и микроскопическое исследование.

Результаты. При определении вязкости слюны установлено, что у пациентов с СД2 средние показатели составляли 10,7 отн.ед., что в 2,3 раза выше показателей группы пациентов, сохранивших здоровье - 4,6 отн.ед. У пациентов с СД2 присутствовала условно- патогенная микрофлора: гемолитические стафилококки и стрептококки, Гр(-) палочки и грибы Candida в отличие от показателей соматически сохранённых пациентов, у которых отмечались стафилококки, стрептококки и Гр(+) палочки без признаков патогенности.

Заключение. В результате проведенного исследования установлено, что повышение вязкости слюны более чем в 2 раза у пациентов с СД2 при лечении съёмными зубными протезами приводит к значительному сдвигу в сторону условно-патогенной микрофлоры и требует дополнительных гигиенических мероприятий при уходе за полостью рта и протезами.

Список литературы:

1. Кубрушко Т.В., Бароян М.А., Наумова Я.Л. Комплексный подход к ортопедическому лечению больных сахарным диабетом // Международный журнал экспериментального образования, 2015. - №5. - С. 34-35
2. Румянцева Е.В., Наумова Я.Л., Кубрушко Т.В. Стоматологическое здоровье у больных сахарным диабетом 2 типа // Успехи современного естествознания, 2014. - № 6. - С. 58-59.

## **ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ОРДИНАТОРОВ НАПРАВЛЕНИЯ «ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ»**

Дрешер И.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии  
Шамсутдинов М.И.

В настоящее время вектор оптимизации подготовки врачей-стоматологов путем усовершенствования производственной практики отдельно взятых образовательных дисциплин все более часто становятся предметом обсуждения научного сообщества.

Рассматривая ортопедическую стоматологию как специальность можно отметить, что достаточно продолжительное время данная дисциплина остается одной из наиболее развивающихся отраслей общей стоматологии и медицины в целом. Введение новых и усовершенствование старых методов диагностики и

лечения заболеваний полости рта, развития инструментария и материалов, которые используются в практической деятельности врача-стоматолога, создает необходимость внимательного изучения и поэтапного получения практических навыков, а также дальнейший анализ полученных результатов. [1]

Ординатор, который выполняет роль помощника врача стоматолога-ортопеда одной из наиболее важных задач ставит обучение формулированию диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней (МКБ), которая включает в себя проведение обследования и составления плана лечения пациента в стоматологической клинике. Проведение производственной практики благоприятно сказывается на ознакомлении ординатора с ортопедической помощью населению.

Организация и проведение производственной практики у ординаторов имеют свои сложности. С одной стороны, они обуславливаются повышенной требовательностью пациентов к процессу лечения, а с другой, негативным отношением населения к проведению ортопедического лечения ординаторами. В виду этого, одним из главных факторов при закреплении практических навыков является качество клинического лечения со стороны не только студентов, но и врачей-наставников. [2]

Методика проверки полученных знаний, проводимая в форме зачета, заключается не в оценке теоретических знаний студента, а в оценке полученных практических навыков и умений, в следствии воспроизведения алгоритма действий при том или ином случае. Важным критерием также выступает умение обосновать предложенный выбор лечения и дальнейшее практическое выполнение алгоритма.

Следующим важным критерием при оценке качества полученных практических навыков можно выделить непосредственную демонстрацию навыков, что оцениваются не записи студента в дневнике, а описанного там плана лечения с реальным знанием, иначе говоря, соотношение применения знаний с решением профессиональных задач.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что оценка качества в процессе обучения ординаторов направления «ортопедия» позволяет будущим специалистам не только быть объективно оцениваемыми, но и приобрести профессиональную мобильность, закрепить навыки и умения, которые в условиях рыночных отношений позволят быть как профессионально пригодными, так и актуальными специалистами.

Список литературы:

- 1) Богословская Л.В. Методические подходы к оцениванию результатов производственной практики в медицинском вузе / Современные педагогические технологии оценивания учебных достижений в медицинском вузе. Мат. рег. науч.-практ. конф. Екатеринбург, 27 янв. 2020 г., ч. 1. – С. 31-34.
- 2) Жолудев С.Е. Особенности организации самостоятельной работы студентов на профильной стоматологической кафедре в современных условиях / С.Е.Жолудев, В.В.Карасева, В.А.Стрижаков // Проблемы стоматологии. – 2021. – №1. – С. 67-70.

# ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ПОМОЩНИК ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ДЕТСКОГО КСИЛИТ В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА

Касимова Д.А.

Научный руководитель – д.м.н., доцент  
кафедры стоматологии детского возраста Ширяк Татьяна Юрьевна  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. За последние десятилетия было апробировано большое количество средств гигиены рта. Одним из них является ксилит. Несмотря на многолетние исследования ксилита, интерес к нему не ослабевает и сейчас, изучают механизмы влияния его и других сахарных спиртов не только на микрофлору рта, но и на организм в целом. В научной литературе имеют место противоречивые данные, где роль ксилита, как активного противокариозного средства поставлена под сомнение.

Цель исследования. Обзор современной литературы по продуктам, содержащим ксилит и оценка влияния леденцов с ксилитом на параметры ротовой жидкости у молодых людей.

Материалы и методы исследования. Поисковые системы Pubmed, GoogleScholar и др.

Результаты. Ксилит относится к группе сахароспиртов, широко используется в средствах гигиены рта. Большинство исследований посвящено жевательным резинкам с ксилитом. Предполагали, что они могут влиять на кариес раннего детского возраста, снижая высокий титр *Str. mutans* в ротовой жидкости беременных. Обсеменённость рта младенцев стрептококками происходила на 8,8 месяцев позже, чем у детей, чьи матери не использовали ЖР с ксилитом. Другие исследования не обнаружили защитного действия употребления ксилита матерью на снижение кариеса у детей. Как и любой продукт, при бесконтрольном потреблении ксилит может вызывать некоторые побочные эффекты, такие как аллергические реакции, слабительный эффект. Но в целом ксилит считается безопасным для человека: 50 г/сутки для взрослых и 20г/сутки для детей. Исследователи показали следующие положительные эффекты ксилита:

- уменьшение воспаления десен;
- снижение симптомом ксеростомии, галитоза;
- повышение слюноотделения, повышение рН ротовой жидкости, снижает развитие эрозии, что особенно это актуально у пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом;
- снижение носительства, передачикариесогенных бактерий матерей детям, профилактика раннего детского кариеса (ЕЕС)

Собственные исследования: до приема леденцов средний рН ротовой жидкости у исследуемых молодых людей был равен  $6,9 \pm 0,9$ , микрокристаллизация слюны  $1,2 \pm 0,9$ ; - после употребления ксилитосодержащих леденцов средние значения рН ротовой жидкости достоверно увеличились до  $7,5 \pm 0,7$  ( $p < 0,05$ ), значения микрокристаллизация слюны достоверно не изменились  $1,3 \pm 0,7$  ( $p > 0,05$ ). Достоверное изменение рН ротовой жидкости у молодых людей после употребления ксилитсодержащих леденцов в щелочную сторону, что может иметь положительный эффект при регулярном применении после еды, при отсутствии возможности почистить зубы.

Выводы. Исследования показывают положительный эффект ксилита на микробиологические и стоматологические показатели. Ксилит может быть полезен в качестве подсластителя, оказывает противокариозное действие, когда заменяет сахар. Также ксилит обладает низким гликемическим индексом, поэтому может быть полезен диабетикам. Продукты с ксилитом доступны в интернет-магазинах и задача стоматолога, особенно детского, использовать и популяризировать эти продукты, чтобы помочь нашим пациентам сохранить здоровые зубы.

Список литературы:

1. Metabolic effects of the natural sweeteners xylitol and erythritol: A comprehensive review. Bettina K Wölnerhanssen [et al.] Crit Rev Food Sci Nutr. 2020;60(12):1986-1998. doi: 10.1080/10408398.2019.1623757.

2. Xylitol in preventing dental caries: A systematic review and meta-analyses. Janakiram C. [et. al.] J Nat Sci Biol Med. 2017;8(1):16-21. doi: 10.4103/0976-9668.198344

## **СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Ю.С. Вахрушева, С.А. Петрова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ  
Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии  
Наталья Алексеевна Шевкунова

Актуальность: Сахарный диабет (СД) социально - значимое заболевание с сосудистыми изменениями, вызывающими снижение слюноотделения, множественный кариес, воспалительные заболевания пародонта и раннюю потерю зубов [1,2].

Цель: Определить медико-социальные особенности пациентов сахарным диабетом 2 типа (СД2), пользующихся зубными протезами.

Задачи: Разработать анкету, отражающую медико-социальные характеристики стоматологических пациентов с СД2, провести сравнительный анализ.

Материал и методы: В эндокринологическом отделении Республиканской клинической больницы г. Ижевска и ортопедическом отделении Республиканской стоматологической поликлиники проведено анонимное анкетирование 25 пациентов (11 мужчин и 14 женщин) с СД2 в возрасте от 18 до 82 лет. Группа сравнения из 25 пациентов (17 женщин и 8 мужчин) была уравновешена по возрасту и полу. Анкета из 25 вопросов, отражала образ жизни, социальное положение, сопутствующую патологию, профессиональные вредности, частоту посещений стоматолога и отношение к стоматологическому лечению.

Статистическую обработку производили с использованием Microsoft Office Excel 2010 по критерию Стьюдента при достоверности различий  $p < 0,05$ .

Результаты исследования: Установлено, что к стоматологу чаще обращались женщины: с СД2 - 56,3%, в группе сравнения - 68,7%. Трудоспособными с СД2 были 20,1% и 40,8% сохранивших здоровье. Соотношение пенсионеров СД2 (32,2%) и безработных (28,6%) незначительно отличалось от группы сравнения (36,1% и 20,9%), работающие пенсионеры (24,6%) были только среди сохранивших здоровье ( $p < 0,05$ ).

Большинство посещений пациентов с СД2 связано с зубной болью (60,4%), для профилактического осмотра (16,6%), в группе сравнения регулярно посещали стоматолога – 76,3% ( $p < 0,05$ ). Предпочтение пациенты с СД2 отдавали частным клиникам (72,4%), в группе сравнения бюджетным стоматологиям (64,4%), расположенным близко от места проживания (72,9% и 72,3%), рекомендациями знакомых пользовались реже (15,8% и 28,7%,  $p < 0,05$ ).

Основными факторами риска здоровью пациентов с СД2 и в группе сравнения были хронические заболевания (47,4% и 36,3% соответственно), прием алкоголя (8,3% и 12,7%), курение (28,1% и 28,8%), профессиональные вредности (16,2% и 22,2%), инвалидность у пациентов с СД2 (32,4%), в группе сравнения отсутствовала ( $p < 0,05$ ).

Анализ преемственности стоматологической реабилитации показал, что значительную часть пациентов с СД2 (50,9%) и в группе сравнения (48,1%) направляли к ортопеду стоматологи-терапевты, реже хирурги (33,4% и 16,7% соответственно;  $p < 0,01$ ). У пациентов СД2 преобладали съёмные конструкции зубных протезов (66,8%), несъёмные использовались у лиц, сохранивших здоровье (56,3%). Удовлетворенность проведенным лечением отмечали 80,4% пациентов с СД2 и 92,7% сохранивших здоровье ( $p < 0,05$ ).

Выводы: Основной контингент стоматологических пациентов с СД2 женщины пенсионного возраста, предпочитающие частные клиники, расположенные близко к месту жительства. Ведущей причиной обращения к стоматологу является зубная боль. Высокий процент факторов риска здоровью требуют проведения санитарно-просветительной работы, своевременного и качественного стоматологического лечения.

Список литературы:

1. Михальченко Д.В., Маслак Е.Е., Наумова В.Н. [и др.]. Взаимосвязь сахарного диабета с заболеваниями полости рта: что знают об этом врачи-стоматологи и их пациенты?// Волгоградский научно-медицинский журнал.- 2013. -№2. - С.51 - 53.
2. Наумова В.Н., Маслак Е.Е. Сахарный диабет и стоматологическое здоровье: проблемы диагностики и лечения пациентов стоматологических клиник// Практическая медицина. - 2013. - №4. - С.10 - 14.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ ДЕТСКИЙ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «АФТА БЕДНАРА»**

Ситдикова Э. Ф., Базарбаева О. Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России,

АО "Детская стоматологическая поликлиника № 9" г. Казань

Научный руководитель – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО «Казанского ГМУ» МЗ РФ Сафина Р.М.

Введение (цели/задачи):

Афты Беднара - это поверхностные поражения слизистой рта у детей грудного возраста, вызванные механической травмой и локализирующиеся на небе. Специфическое лечение данной патологии отсутствует, афты могут спонтанно регрессировать спустя некоторое время. Однако они часто остаются



не диагностированными; во многих случаях из-за причиняемой ими боли они могут ухудшать вскармливание и уход за полостью рта у детей [1].

Данный клинический случай демонстрирует пример правильного подбора сосок для детей грудного возраста и применения кератопластиков при лечении травматических поражений слизистой рта.

Материалы и методы:

13.02.2023 за консультацией на кафедру стоматологии детского возраста ФГБОУ ВО «Казанского ГМУ» МЗ РФ в АО "Детская стоматологическая поликлиника № 9" города Казань обратилась мама пациента М. (3 месяца).

Жалобы: наличие у ребенка двух симметричных болезненных образований на мягком небе, затруднение вскармливания.

Анамнез жизни: ребенок родился 27.10.2022 на 41 неделе беременности, весом 3 600 гр. С момента рождения находится на искусственном вскармливании, используются жесткие силиконовые соски-пустышки и соски для бутылочки фирмы «Aventa».

Анамнез болезни: со слов матери образования наблюдаются в течение двух недель, с течением времени они увеличивались в размерах. Ранее, при появлении элементов поражения, обращались в детскую поликлинику по месту жительства к врачу-педиатру, который назначил обработку слизистой рта содовым раствором и обработку очагов поражения гелем «Кандид». Назначенное лечение результатов не принесло, состояние ухудшилось, образования увеличивались в размерах. Через неделю, 08.02.2023 обратились к врачу-стоматологу хирургу, который назначил обработку полости рта Мирамистином 5-6 р/день, нанесение бальзама «Асепта» на очаги поражения 2 р/день, щадящую диету.

Повторный прием был назначен через 5 дней.

Осмотр 13.02.2023. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы лица физиологической окраски, без патологических изменений, регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Слизистая оболочка рта розового цвета, умеренно увлажнена. На слизистой оболочке мягкого неба справа и слева от срединного небного шва имеются симметричные эрозии, покрытые фибринозным налетом, в диаметре около 1-1,5 см, окруженные венчиком гиперемии. При пальпации болезненные.

Диагноз: K12.0 Рецидивирующие афты полости рта, поверхностная травма слизистой мягкого неба (афты Беднара).

Назначенное лечение: за час до кормления и через час после обработки очагов поражения теплым раствором ромашки при помощи ватного тампона, затем нанесение кератопластика (облепиховое масло). Замена сосок-пустышек и сосок для бутылочек на мягкие латексные соски.

Результаты:

Повторное посещение было назначено на 27.02.2023

Объективный осмотр: жалоб нет. Слизистая оболочка рта розового цвета, умеренно увлажнена. На слизистой оболочке мягкого неба патологические элементы отсутствуют. Пальпация безболезненная.

Заключение:

Проведенное лечение и полученные результаты свидетельствуют о наличии взаимосвязи использования жестких силиконовых сосок и возникновения травматических поражений слизистой оболочки рта у детей грудного возраста.



а

б

Рис. 1. Состояние полости рта больного:  
а – при обращении; б – после проведенного лечения



а

б

Рис. 2. Используемые соски:  
а – при обращении; б – после назначенных рекомендаций

#### Список литературы

1. Tricarico A, Molteni G, Mattioli F, Guerra A, Mordini B, Presutti L, Iughetti L. Nipple trauma in infants? Bednar aphthae. *Am J Otolaryngol.* 2012 Nov-Dec;33(6):756-7. doi: 10.1016/j.amjoto.2012.06.009. Epub 2012 Aug 9. PMID: 22884485.

## ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

### ЯДОВИТЫЕ РАСТЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Амерханова З.Р., Сагитова А.А.

Научный руководитель - к.с.-х.н., доцент Института фармации

Ситникова Наталья Владимировна

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Ядовитость растений – это способность отдельных растений вырабатывать и накапливать в процессе жизнедеятельности ядовитые вещества, которые вызывают отравления у человека или животного.

Актуальность темы. Ядовитые растения во все времена вызывали большой интерес у людей. Парацельс писал: «Всё — яд, всё — лекарство; то и другое определяет доза». Ядовитость – понятие относительное. С юридической точки зрения к ядам относятся вещества, применение которых в больших количествах может вызвать различные изменения в организме и даже смерть. Однако применение ядов в малых количествах, наоборот, способствует выздоровлению – яд становится лекарством. Поэтому разница между ядовитыми и лекарственными растениями своеобразная – одни и те же растения изучаются токсикологами в качестве источника яда, а в медицине биологически активных веществ или лекарств.

Целью данной исследовательской работы является изучение ядовитых растений, произрастающих на территории Республики Татарстан.

Задачи:

1. сбор коллекции ядовитых растений различных фитоценозов в РТ на летней практике по ботанике;
2. монтировка гербария;
3. определение систематического положения собранных растений;
4. изучение литературных данных;
5. изучение химического состава и механизма действия токсических веществ растительного происхождения на организм;
6. выделить основные меры по предотвращению массового отравления ядовитыми растениями;
7. фармацевтическая значимость ядовитых растений.

Места прохождения практики:

- Национальный парк «Марий Чодра»;
- Волжско-Камский государственный природный биосферный заповедник;
- Эко-парк Дубрава;
- Жилой массив Кульсеитово Советского района;
- сквер Д.М.Карбышева;
- Буинский район РТ.

Предмет исследования: ядовитые растения РТ.

Методы исследования:

1. Сбор растений;
2. Подробное изучение каждого найденного растения, гербаризация;
3. Анализ полученной информации.

Результаты и их обсуждение. В процессе проведения исследовательской работы была достигнута цель и решены поставленные задачи.

Во время летней полевой практики по ботанике было собрано 42 растения из 20 семейств. Из них:

- 16 растений содержат алкалоиды;
- 17 растений содержат гликозиды;
- 3 растений содержат фенольные соединения;
- 6 растений содержат эфирные масла.

Анализ растений, собранных во время летней полевой практики по ботанике, показал, что алкалоиды наиболее часто встречаются в растениях семейств *Solanaceae*, *Boraginaceae*, *Papaveraceae* и *Ranunculaceae*. Химический состав данных растений может быть представлен как алкалоидами одной группы, так и разными группами.

Согласно данным, из фенольных соединений наибольшую опасность представляют кумарины. Изучив химический состав растений из собранной коллекции, можно сделать вывод о том, чаще всего кумарины встречаются в растениях сем. *Fabaceae* и *Ariaceae*.

Анализ собранных растений показал, что в коллекции из БАВ гликозидной природы наиболее часто встречаются сердечные гликозиды – в 6 растениях из 4 семейств: *Plantaginaceae*, *Asparagaceae*, *Trilliaceae*, *Brassicaceae*.

Так же анализ показал, что в коллекции имеется 6 эфиромасличных растений из следующих семейств: *Lamiaceae*, *Asteraceae*, *Hypericaceae*, *Cupresaceae*.

## **КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ТАБЛЕТОК КИСЛОТЫ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ В ПРОЦЕССЕ ПРОИЗВОДСТВА**

Заболотная У.Н.

Научные руководители - д.фарм.н., доцент Института фармации Камаева  
Светлана Сергеевна; к.фарм.н., доцент Института фармации Меркурьева Галина  
Юрьевна

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» обязательно соответствие производства лекарственных средств требованиям правил организации производства и контроля качества лекарственных средств. Правила производства и контроля качества лекарственных средств изложены в национальном стандарте РФ (Правилах GMP), которым гарантированно должны соответствовать все произведенные препараты. GMP охватывает все аспекты производства: от исходных материалов, помещений и оборудования до обучения и личной гигиены персонала. Для каждого процесса, который может повлиять на качество лекарств, должны существовать прописанные инструкции и системы, обеспечивающие документальное подтверждение того, что соответствующие процедуры последовательно выполняются на каждом этапе производственного процесса – каждый раз, когда производится продукт.

Целью исследования является системный анализ промежуточных этапов контроля качества таблеток кислоты ацетилсалициловойна соответствие требованиям GMP.

В качестве объекта исследования была выбрана технологическая схема производства таблеток кислотыацетилсалициловой с учетом критических точек на всех стадиях производства. При проведении исследования проанализированы правила организации производства и контроля качества таблеток кислотыацетилсалициловой, выпускаемых АО «Татхимфармпрепараты». Анализ показал, что технологический процесс включает 21 стадию. На каждой из стадий определен объект контроля с контролируемым параметром. Все значения параметра регламентированы нормативом. Отклонение одной из проб в допустимом диапазоне, говорит о нарушениях технологических параметров и требовании исправления до норм допустимых отклонений или совершенствования методики производства. Контроль на каждом этапе позволяет принять предупреждающие меры во избежание потенциальных отклонений, чтобы это не отразилось негативно на качестве продукции.

В результате было выявлено, что компания осуществляет производство таблеток кислотыацетилсалициловой в соответствии со стандартами GMP на производстве, оснащенном самым современным технологическим оборудованием. Усиленные меры контроля на каждом этапе позволяют получить препарат высокого качества.

Соблюдение правил GMP обязательно на всей территории РФ. Они регламентируют необходимость проведения промежуточных этапов контроля качества для производства высококачественных препаратов.

## **СОЗДАНИЕ КОЛЛЕКЦИИ ЛИШАЙНИКОВ ПРОИЗРАСТАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИЯХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Ибрагимова А.Г.

Научный руководитель - к.с.-х.н., доцент Института фармации

Ситникова Наталья Владимировна

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Lichenes – лишайники – древние растительные организмы, используемые во многих отраслях жизни человека, в том числе медицине. Несмотря на это, в настоящее время они мало изучены, за счет чего исследований, научных работ и литературы, содержащих информацию о Lichenes, очень мало.

Представление людей же о Lichenes зачастую бывает ошибочным: их могут спутать с грибами или мхами, остерегаться за их необычный вид или, что наиболее страшно, срывать и употреблять в пищу редкие и особо охраняемые виды. Поэтому является важным знать многообразие Lichenes и приобщать к их изучению население нашей страны, знакомить студентов с различными видами за счет создания наглядной коллекции данных растений.

Целью работы является изучение и сбор Lichenes, произрастающих на различных фитоценозах, определение их видового многообразия во время прохождения летней учебной практики по ботанике.

Задачи:

- Изучение литературы, содержащей информацию о Lichenes;
- Сбор, очистка и сушка Lichenes;
- Макро- и микроскопия, изучение морфологических данных;

- Определение таксономии;
- Оформление коллекции Lichenes;
- Выявление в коллекции Lichenes, обладающих фармакологической значимостью.

Методы изучения: сбор, макроскопия, микроскопия, определение таксономии, создание коллекции.

В результате работы во время учебной практики по ботанике был собран 21 вид Lichenes, произрастающих в разных фитоценозах. Сбор проводился на территориях республик Татарстан (Национальный парк «Нижняя Кама», Волжско-камский заповедник), Марий Эл (Национальный парк "Марий Чодра"), в лесах Республики Удмуртия, а также в Ненецком автономном округе и в Крыму. Некоторые виды были найдены в пределах города Казань.

Lichenes способны произрастать на различных субстратах – земле, древесине, камнях и, в том числе, металле. Большинство Lichenes, имеющихся в коллекции, используют в качестве субстрата деревья и почву. Однако были найдены и виды, растущие на скалах, бетонных столбах фонарей и железных заборах.

Данные растения обладают различными типами таллома, крепящегося к субстрату. Так, из 21 вида 3 являются накипными (прилегают к субстрату всем талломом – *Lepraria incana*), 4 кустистыми (талломы похожи на маленькие кустики – *Everniarunastri*) и 14 листоватыми (таллом приподнимается над субстратом в виде листиков – *Vulpicidarinastri*).

Определение Lichenes проводится на основе их морфологических составляющих (таллом, апотеции), химического состава (усниновая кислота, лихенин), субстрата (древесина, камень). Помимо этого, используется органолептический анализ (вкус, поверхность, цвет).

Lichenes также используются в медицине за счет имеющейся в них усниновой кислоты, соль которой применяется как антибактериальное средство при лечении инфицированных ран, трофических язв, ожогов. Отвар слоевища *Cetraria islandica* используют при заболеваниях органов дыхания и ЖКТ, при туберкулезе. А представители рода *Usnea* и *Parmelia* применяются в гомеопатии.

## **МИКРОСКОПИЯ ПЫЛЬЦЫ ЗЛАКОВЫХ РАСТЕНИЙ, ВЫЗЫВАЮЩИХ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ.**

Кашапова А.Р., Хайруллина Р.Р.

Научный руководитель - к.с.-х.н., доцент Института фармации КГМУ Ситникова Н.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Во время прохождения летней практики по курсу «Ботаника» мы познакомились с большим многообразием растений семейства Злаковые. Виды данного семейства определить на глаз достаточно сложно, так как они имеют много общего в своей морфологии. Среди растений злаковых выделяются виды, пыльца которых способна вызывать перекрестные аллергические реакции.

Цель: создать гербарную и микроскопическую коллекцию злаковых растений.

Для достижения поставленной цели необходимо решить ряд задач, а именно:

- 1- собрать коллекцию злаковых культур, произрастающих на территории республики Татарстан.
- 2- изучить особенности цветения и опыления растений.
- 3- провести микроскопический анализ пыльцы, выявив особенности строения внутреннего и внешнего матрикса.
- 4-изучить методику по изготовлению постоянных и временных микропрепаратов пыльцы растений семейства Злаковые.
- 5-изготовить постоянные микропрепараты пыльцы для создания коллекции аллергенов растительного происхождения.

Материалы и методы: объекты исследования – коллекция злаковых растений произрастающих на разных фитоценозах РТ (город Казань, пригороды - луговые и лесные сообщества, прибрежные и болотные насаждения). Монтировка, гербаризация и определение собранного материала. Световой микроскоп и набор инструментов для микроскопии, среды для изготовления постоянных и временных препаратов: глицериново-желатиновая среда, даммарный и стекловидный лаки. Определители и справочная литература.

Результаты: на практике по курсу ботаника нами был собран 31 вид растений семейства Poaceae, произведена гербаризация. Подробно изучены следующие: *Festuca pratensis*, *Zea mays*, *Avena strigosa*, *Phleum pratense*, *Dactylis glomerata*, *Calamagrostis epigejos*, *Secale cereale*, *Triticum aestivum*, *Poa pratensis*, *Bromus inermis*, *Alopecurus pratensis*, *Melica nutans*, *Elytrigia repens*, *Lolium perenne*. В результате произведенного анализа, доминирующими злаками, вызывающими поллиноз являются: *F. pratensis*, *Ph. pratense*, *D. glomerata*, *P. pratensis*, *B. inermis*, *A. pratensis*, *L. perenne*.

Пыльцевые зерна данных растений были взяты для изготовления постоянных препаратов в связи с высокой аллергенной активностью белкового состава.

Постоянные препараты были изготовлены экспериментальным путём из сред: глицериново-желатиновой, даммарного и стекловидного лаков.

1. Формы пыльцевых зерен злаков различаются: шаровидные (*Calamagrostis*, *Elytrigia*), яйцевидные (*Bromus*), округлые (*Phleum*, *Lolium*, *Zea*, *Dactylis*, *Avena*, *Secale*, *Triticum*, *Melica*), широкоэллиптические (*Festuca*, *P. pratensis*, *Alopecurus*).

2. Скульптура равно-мелкозернистая, мелкозернистая или волнистая (*Festuca*, *Avena*, *Triticum*, *Poa*, *Bromus*, *Alopecurus*), бугорчатая, мелкобугорчатая (*P. pratense*, *Calamagrostis*, *Hierochloa*), шероховатая (*Dactylis*, *Melica*, *Elytrigia*), ровная (*Lolium*, *Zea*).

Phlp1 и Phlp5 - мажорные аллергены *Ph. pratense*, имеют высокое сродство с аллергенами пыльцы многих луговых трав, таких как ежа сборная (*Dac gl*), райграсс (*Lop1*), мятлик луговой (*Poa p1*). Аллерген *F. pratensis* Fes p 4 часто обуславливает перекрёстные реакции на пыльцу Тимофеевки, Мятлика, Овса, Пшеницы, Костра, Ежи.

Список литературы:

1. Кардашевская, Злаки: Учебное пособие. Якутск: Изд-во Якутского ун-та, 2003. 180с.

## ИСТОРИЯ ФАРМАКОПЕИ В РОССИИ

Сафина А.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители - к.фармац.н., доцент Института фармации

Меркурьева Г.Ю.,

д.фармац.н., доцент Института фармации Камаева С.С.

Со времен появления первой российской Государственной Фармакопеи прошло 240 лет. Ее первая редакция была написана на латыни и называлась «Pharmacopoea Rossica». С тех пор сменилось много версий этого документа — и каждый раз его текст был достаточно объемным. Новейшая российская Фармакопея XIV издания от 2018 года — не исключение.

Цель работы заключалась в изучении исторических аспектов издания отечественных фармакопей.

Процесс создания российских фармакопей напрямую связан с возникновением аптек. До XV века в России изготовлением лекарств занимались практикующие врачи, информация по изготовлению снадобий держалась в строгом секрете, частично была отражена в рукописных лечебниках и травниках. С появлением первых аптек в России (1581 – 1679 гг.) возникла потребность в нормативных документах.

Первая русская Государственная фармакопея была издана в 1778 году. В те годы научную литературу было принято печатать на латинском языке. Требования, изложенные в Фармакопее, стали обязательными для всех существовавших в то время и вновь открываемых аптек. Данная фармакопея содержала описание большого количества лекарственных растений, которые применялись в то время в научной и народной медицине. Интерес к первой общегосударственной русской фармакопее проявили и за границей: русская фармакопея была издана в 1778 году в Копенгагене, а в 1830 году – в Лейпциге. Вторая Фармакопея вышла в свет в 1871 году также на латинском языке и представляла собой конспективное изложение первого издания. В 1880 г. вышло III издание Фармакопеи. В ней большое внимание уделялось качеству лекарственных средств: были введены методики качественного и количественного определения, большое внимание уделялось чистоте лекарственных средств. В 1891 году была издана Фармакопея IV-го издания, которая отличалась рациональной номенклатурой лекарственных средств, в ней впервые был описан метод титриметрии. Пятое издание Государственной Фармакопеи, вышедшее в 1902 году, имело аналогичную структуру, однако в статьях на лекарственные вещества отсутствовали формулы и молярные массы, уменьшилось количество реакций подлинности и доброкачественности. Шестое издание вышло в 1910 году в связи с необходимостью учета требований постановления Брюссельской международной конференции 1902 года о единообразии изготовления сильнодействующих лекарственных средств.

Седьмое издание Фармакопеи вышло в 1925 году после революции 1917 года и является первым советским изданием отечественной фармакопеи. В



последующие годы вышло несколько изданий Фармакопеи, в каждое из которых вносились новые правки с учётом последних достижений науки на существующий момент.

Последнее XIV издание было утверждено приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 749 от 31 октября 2018 года.

Ныне действующая Фармакопея была дополнена большим количеством введённых впервые статей на лекарственные формы. Основное отличие ГФ XIV от предыдущих изданий – ее гармонизация с требованиями Европейской фармакопеи.

## **PHARMINGREDIENTS КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПЛОЩАДКА ПРОХОЖДЕНИЯ УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ОБЩЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ**

Ситдикова Алсу Минихатовна

Научные руководители – Меркурьева Галина Юрьевна, к.фарм.н., доцент  
Института Фармации,

Камаева Светлана Сергеевна, д.фарм.н., доцент Института Фармации,  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Pharmtech&Ingredients — самая крупная в России и странах ЕАЭС выставка современного оборудования, сырья и технологий для фармацевтического производства. На этой выставке можно ознакомиться с процессом производства ЛС, БАДов, начиная от разработки проекта производства, закупки сырья, заканчивая упаковкой и транспортировкой готового изделия. Поэтому выставка Pharmtech&Ingredients является актуальной площадкой для прохождения учебной практики студентов по фармацевтической технологии.

Целью этой работы является изучение современных технологий фармацевтических препаратов в рамках выставки Pharmtech&Ingredients.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

- изучить современное оборудование для производства, фасовки и упаковки, контроля качества лекарственных средств, представленное на стендах различных компаний;
- ознакомиться с сырьем для производства фармацевтических препаратов;
- посетить сессии и лекции представителей фармацевтических компаний;
- беседы с представителями фирм – участников выставки.

С 22 по 25 ноября 2022 года в Выставочном центре Крокус Экспо в г.Москва в рамках программы ФармТехТьюторя проходила практику на выставке Pharmtech&Ingredinetts.

Программа ФармТехТьютор позволяет соединить студентов и фармацевтические компании, потенциальных работодателей с целью общения и обмена знаниями и опытом.

Во время практики изучила современное оборудование для производства, фасовки и упаковки, контроля качества лекарственных средств, а также ознакомилась с сырьем для производства, упаковочными и укупорочными

средствами многих известных компаний из разных стран, в том числе: Gluvex, ArtlifeTechno, East-Pack, «Медбиоапак», BWT, Lonza, Nitika.

Также на выставке была возможность наблюдать работу оборудования этих и других фирм.

На выставке было представлено большое количество активных фармацевтических субстанций для производства фармацевтических препаратов. В рамках практики на выставке посетила сессии и лекции, на которых были обсуждены проблемы и перспективы развития фармацевтического производства и связи медицинских ВУЗов с фармацевтическими компаниями. Например, сессию «Сырье и ингредиенты для фармацевтического производства», круглый стол «Рынок БАД в новой экономической реальности», дискуссионную сессию «Развитие кадрового потенциала отрасли».

Кроме того, состоялись частные беседы с представителями фирм-участников выставки, на которых получила более подробные ответы на интересующие вопросы.

По итогам посещения выставки можно сделать вывод, что Pharmtech&Ingredients является перспективной площадкой для прохождения учебной практики студентов по фармацевтической технологии, где можно приобрести огромный практический опыт. Кроме того компании, представленные на выставке планируют взаимодействовать с региональными ВУЗами и ССУЗами, что положительно отразится на трудоустройстве выпускников.

## **ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА «ПРИБРЕЖНО-ВОДНАЯ ФЛОРА ОЗЕРА КАБАН»**

Шайхутдинов И.Э

Научный руководитель - к.с.-х.н., доцент Института фармации

Ситникова Наталья Владимировна

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальностью данной работы является проанализировать на сколько подвержена антропогенной нагрузке растительность, произрастающая у берегов озера Кабан, в черте г. Казани с миллионным населением, развитой промышленностью и крупным коммунальным хозяйством.

Цель – изучить фитосанитарное состояние прибрежных зон озера Кабан.

Задачи:

- 1) изучить историю и происхождение Озера Кабан;
- 2) рассмотреть классификацию прибрежно-водной растительности;
- 3) провести сбор растений для составления гербария;
- 4) идентифицировать гербарные образцы;
- 5) проанализировать прибрежную и водную растительность Озера Кабан.

Место прохождения практики по ботанике: Озера Нижний и Средний Кабан.

Предмет исследования: прибрежная и водная растительность Озер Нижний и Средний Кабан.

Методы исследования:

1. Сбор растений;
2. Подробное изучение каждого найденного растения, гербаризация;
3. Анализ полученной информации.

Нами было собрано и изучено во время прохождения летней практики по ботанике 73 вида растений, которые относятся к 20 семействам.

На озере Средний Кабан в прибрежной зоне около южного берега обнаружены возобновляющиеся заросли рогоза узколистного (*Thyphaangustifolia*), небольшие участки роголистника подводного (*Ceratophyllumsubmersum*) и свободно плавающая на поверхности воды эйхорния толстоножковая (*Eichhorniacrassipes*).

На озере Нижний Кабан на периодически обсыхающих мелководьях располагаются зоны произрастания травянистых гигрофитов (растения влажных местообитаний, не переносящие водного дефицита): тростник обыкновенный (*Phragmitesaustralis*), *T. angustifolia*, р. широколистный (*T. latifolia*), и гидрогелофитов (растения, растущие в водоемах): камыш озерный (*Schoenoplectuslacustris*), дербенник иволистный (*Lythrumsalicaria*), кипрей волосистый (*Epilobiumhirsutum*) и других видов полуболотного разнотравья. Также флора озера представлена низкотравными гелофитами (растения, постоянно произрастающие на заболоченной почве, на болотах): частуха подорожниковая (*Alismaplantago-aquatica*), стрелолист обыкновенный (*Sagittariasagittifolia*).

В обоих водоемах наблюдается определенная закономерность в характере распространения растений в зависимости от степени загрязнения. Виды, максимально устойчивые к сильно загрязненным стокам, с мощной корневой системой – *P. australis*, *T. angustifolia*, *T. latifolia*, ежеголовник ветвистый (*Sparganiumramosum*). Роль плавающих и погруженных растений: ряска малая (*Lemnaminor*), рдест гребенчатый (*Stuckeniapectinata*), *C. submersum* сводится к доочистке стоков.

Доминирующими видами на обоих озерах являются: *T. angustifolia*, *T. latifolia*, *S. pectinata*, *L. minor*, *P. australis*. Эти виды образуют чистые заросли или ассоциации с водно-болотным разнотравьем, имеющие значение для самоочищения водоемов. Также доминирующими видами являются *C. submersum*, *S. pectinata*, *S. lacustris*, *E. crassipes* они имеют значение для экологической санитарии почвы, воды и воздуха.

В своей научно-практической работе мы изучили и обозначили 73 вида растений, определили их таксономическое положение, экологию произрастания и фармацевтическую значимость.

## ФАРМАЦИЯ» (ОРДИНАТОРЫ)

### ОСОБЕННОСТИ СОСТАВЛЕНИЯ ПРОЕКТА НОРМАТИВНОГО ДОКУМЕНТА ПО КАЧЕСТВУ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ ЕВРАЗИЙСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЮЗА.

Горбачева О.Ю.

Научный руководитель - д.фарм.н., доцент, профессор Института фармации  
Абдуллина С.Г.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Работа по гармонизации законодательства стран – участников Евразийского экономического союза (ЕАЭС) ведется в течение нескольких лет. В октябре 2022 г. была опубликована новая редакция Руководства по составлению нормативного документа (НД) по качеству лекарственного препарата.

Цель и задачи работы. При прохождении производственной практики «Контроль качества лекарственных средств» на фармацевтическом предприятии АО «Татхимфармпрепараты» составить проект НД по качеству лекарственного препарата в соответствии с требованиями, утвержденными Решением Коллегии Евразийской экономической комиссии от 7 сентября 2018 г. N151.

Материалы и методы. В работе использовали весы аналитические (Тип AUW120D). Реактивы соответствовали требованиям ГФ XIV издания.

Результаты и их обсуждение. В проект НД «Перекись водорода спрей для наружного применения 3%» в соответствии с фармакопеей ЕАЭС и ГФ РФ включили показатели: «Описание», «Идентификация», «Кислотность», «Масса (объем) содержимого упаковки», «Количественное определение», «Упаковка», «Маркировка», «Хранение», «Срок годности».

Согласно требованиям монографии 01/2013:0395 Европейской Фармакопеи «Водорода пероксид 3%», фармакопейной статье ГФ РФ ФС.3.2.0002.18 «Водорода пероксид, раствор для местного и наружного применения», НД на активную субстанцию фирмы-производителя АО «Татхимфармпрепараты» определение подлинности водорода пероксида проводят качественными реакциями, определение кислотности - согласно ГФ РФ. Определение подлинности натрия бензоата предложено проводить качественными реакциями на бензоаты и натрий, описанными в фармакопее ЕАЭС. Определение массы (объема) содержимого упаковки предложено проводить методикой, описанной в фармакопее ЕАЭС для аэрозолей и спреев.

Согласно требованиям, изложенным в НД «Перекись водорода, раствор для местного и наружного применения 3%» фирмы-производителя АО «Татхимфармпрепараты», количественное определение водорода пероксида и натрия бензоата проводят методом титриметрии. Согласно проведенным исследованиям в спецификации установлены нормы: от 2,5% до 3,5% водорода пероксида и от 0,0425% до 0,0575% натрия бензоата в препарате.

Описание пробоподготовки следует приводить единообразно, исключая возможность двоякого толкования. В случае повторения упоминания какого-либо

реактива в тексте следует привести описание его приготовления, далее ограничиваясь ссылкой на этот пункт.

При формировании регистрационного досье (3.2.P.4;3.2.P.5; 3.2.P.6.) необходимым является предоставление копий паспортов (сертификатов) качества (анализа) на реактивы/индикаторы, а также аналитические листы на активные фармацевтические субстанции и вспомогательные вещества.

Заключение. Таким образом, разработанная с учетом требований ГФ РФ и Решения №151 спецификация на лекарственный препарат включает следующие разделы: «Описание», «Идентификация», «Кислотность» и «Количественное определение».

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕБУЛАЙЗЕРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

Мирзобеков А.У.

Научный руководитель - доцент Института фармации, к.фарм.н. Гарифуллина Г.Х.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. ХОБЛ - распространённое, предотвратимое и поддающееся лечению хроническое заболевание лёгких, от которого страдают как мужчины, так и женщины во всем мире. По данным эпидемиологических исследований, распространённость ХОБЛ в мире составляет 10,1 %. При этом официальные данные во многих странах нередко на порядок ниже, т. к. представляемые статистические показатели основаны преимущественно на учете клинически выраженных стадий ХОБЛ, когда у пациентов есть достаточные основания для обращения к врачу.

Основными причинами развития ХОБЛ, чаще всего связано с воздействием ряда факторов: вдыхание табачного дыма при активном и пассивном курении; профессиональное ингаляционное воздействие пыли, дыма или химических веществ; загрязнение воздуха: в странах с низким и средним уровнем дохода при приготовлении пищи или для отопления часто применяются топливо на основе биомассы (древесина, навоз и др.) или уголь, с чем связан высокий уровень воздействия дыма в жилых помещениях. Особенности первых лет жизни, например, нарушения внутриутробного развития, недоношенность, а также частые или тяжелые респираторные инфекции в детском возрасте, препятствующие полноценному росту и развитию легких, астма в детском возрасте, редкое генетическое нарушение – дефицит альфа-1-антитрипсина – все это может привести к развитию ХОБЛ в раннем возрасте.

В дальнейшем развиваются последствия в среднем возрасте и включают в себя: отдышку или затрудненное дыхание, хронический кашель, часто с выделением мокроты и утомляемость. Основные причины смерти при ХОБЛ являются болезни системы кровообращения, другие болезни органов дыхания, новообразования. В лечение ХОБЛ рекомендовано использовать ингаляционный путь введения лекарственного препарата. С этой целью используется небулайзер.

Цель исследования: изучение использования небулайзеров пациентами с ХОБЛ в домашних условиях.

Материалы и методы исследования: Объектами исследования явились клинические рекомендации «Хроническая обструктивная болезнь легких», Государственный реестр медицинских изделий Российской Федерации; данные справочной службы «003» ГУП «Медицинская техника и фармация Татарстана», ассортимент аптечного пункта №5 ГУП «Таттехмедфарма». В работе использован метод аналитического анализа.

Результаты. Был проведен анализ ассортимента небулайзеров представленный в государственном реестре медицинских изделий по состоянию на 30.11.2022. Установлено, что на сегодня в РФ зарегистрировано 176 наименований небулайзеров. Из них 74,7 % используется только в стационарных условиях, а 25,3 % можно использовать в домашних условиях. Различают следующие виды небулайзеров: компрессорные, ультразвуковые и меш-небулайзеры. Компрессорные небулайзеры разбивают лекарственные вещества на мельчайшие частицы (3-4 мкм) доставляя их в наиболее отдаленные и труднодоступные отделы дыхательной системы, между тем ультразвуковые разрушают многие лекарственные вещества и делают их неэффективными (размер частиц 5 мкм). Меш-небулайзеры совместили в себе все лучшие качества и могут применяться для распыления любых лечебных растворов без ограничений, бесшумны и подходят для ингаляций в любом положении тела (2,1 мкм). Анализ аптечного ассортимента А/п №5 выявил наличие четырех наименований небулайзеров. При этом три из них зарубежного производства (Omron, В. Well, AND) и один отечественного производства (Armed). Ценовая категория составляет от 1500 до 3900, что указывает на доступность пациентам с различным уровнем платежеспособности.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЬГОТНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ.**

Мустафина Н.Р.

Научный руководитель – к.ф.н., доцент Гарифуллина Г. Х.

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Льготное лекарственное обеспечение – это возможности гражданина Российской Федерации, страдающего определенным заболеванием или принадлежащего к определенной социальной группе, приобрести лекарственные средства (ЛС) и медицинские изделия (МедИ) на льготных условиях – бесплатно или со скидкой. Льготное обеспечение ЛС и МедИ является формой социальной защиты граждан. В зависимости от того, кто является источником финансирования, государственный бюджет или бюджет региона, льготное обеспечение подразделяется на федеральное и региональное. Льготное обеспечение граждан Республики Татарстан (РТ) осуществляется через ГУП «Таттехмедфарм».

Целью исследования является изучение системы льготного обеспечения населения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями на региональном уровне.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования был проведен статистический анализ данных первичных учетных документов по региональной

льготе ГУП «Таттехмедфарм», а также аналитический анализ нормативных документов, регламентирующих отпуск ЛС и МедИ на безвозмездной основе.

Результаты и выводы: Приказами Министерства здравоохранения РТ ежегодно утверждаются лимиты финансовых средств для учреждений здравоохранения республики на следующий финансовый год. За 5 месяцев до даты поставок проводится защита заявок учреждений здравоохранения в рамках утвержденного Регионального перечня и выделенных лимитов финансирования. Потребность медицинских организаций на сахароснижающие препараты (таблетированные формы, инсулины), тест-полоски для определения глюкозы в крови, а также расходные материалы к инсулиновым помпам утверждаются ответственными лицами Диабетологического центра ГАУЗ «РКБ МЗ РТ»: главным эндокринологом МЗ РТ Г.Р.Вагаповой, заведующей Диабетологическим центром ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» Ч.Ф.Зайнуллиной, врачом-эндокринологом Н.В.Куприяновой.

Учреждения здравоохранения РТ в рамках утвержденных лимитов финансовых средств формируют заявки в электронном виде на WEB-портале на лекарственные препараты, специализированные продукты лечебного питания, медицинские изделия в соответствии с утвержденным Региональным перечнем. Полученные заявки консолидируются в рамках международных непатентованных наименований ЛС, а также МедИ. На основании основной сводной заявки по республике ГУП «Таттехмедфарм» проводит торги. По результатам торгов, проводимых в электронной форме, поставщики осуществляют отгрузку медикаментов на аптечный склад ГУП «Таттехмедфарм» согласно утвержденному графику до окончательного исполнения контракта.

Ценообразование при реализации указанной льготной программы осуществляется на основании Постановления Правления Комитета РТ по тарифам № 158-5/соц-2021 от 29.09.2021. Цена ГУП «Таттехмедфарм» на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП, не превышает предельную цену, зарегистрированную и внесенную в Государственный реестр предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, информация о которой размещается на сайте Министерства здравоохранения РТ ежедневно. Отпуск лекарственных препаратов осуществляется через специализированные аптечные организации ГУП «Таттехмедфарм».

## **ОПЫТ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННО ПРАКТИКИ В ОБЛАСТИ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ВОДЫ В ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ АПТЕКЕ**

Романова Р.С., Глюмова А.И.

Научный руководитель - д.фарм.н., доцент, профессор Института фармации  
Абдуллина С.Г.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Прохождение производственной практики для ординаторов специальности Фармацевтическая химия и фармакогнозия является неотъемлемой частью учебного процесса. Данная практика позволяет закрепить полученные теоретические знания для получения специальности провизор-

аналитик. В рамках прохождения практики ординаторы направляются в различные организации: фармацевтический завод, производственные аптеки, учебную аптеку Казанского ГМУ.

Цель и задачи работы. Основная цель практики – в полной мере освоить контроль качества лекарственных средств и воды в условиях производственной аптеки №361 ГУП «Медицинская техника и фармация Татарстана».

Были поставлены задачи: изучить нормативную документацию, в рамках которой осуществляется деятельность провизора-аналитика, изучить способы получения воды очищенной и воды для инъекций; маркировку лекарственных средств и воды, хранение и проведение качественного и количественного анализа, обработку результатов и оформление соответствующей документации.

При прохождении производственной практики в соответствии с Приказом Минздрава РФ №751н от 26.10.2015 г. «Об утверждении правил изготовления и отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность», проводились:

1. Качественный анализ воды очищенной (на отсутствие хлоридов, сульфатов и солей кальция) и воды для инъекций (на отсутствие хлоридов, сульфатов, солей кальция, восстанавливающих веществ, углерода диоксида и солей аммония) ежедневно из каждого баллона;

2. Качественный и количественный анализ растворов для инъекций и инфузий (раствор натрия хлорида 10%), стерильных растворов для наружного применения (раствор фурацилина 0,02%), глазных лекарственных форм (растворы калия йодида 3%-10,0), лекарственных средств, изготовленных по индивидуальным рецептам и требованиям лечебных учреждений (растворы калия йодида 2%, кислоты аскорбиновой 5%, натрия гидрокарбоната 4%, новокаина 2% и др.), внутриаптечных заготовок (раствор магния сульфата 25%), тритураций (тритурация каптоприла).

Результаты контроля регистрировались в соответствующих журналах по прилагаемой к Приказу №751н форме.

Заключение. Производственная практика позволила закрепить полученные навыки и умения в области химического контроля лекарственных средств аптечного изготовления и воды очищенной, воды для инъекций в области её получения, а также хранения, что, без сомнений, является очень важным в деятельности ординатора – будущего провизора-аналитика.

## **ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ НА ОТЕЧЕСТВЕННОМ РЫНКЕ ВАКЦИН**

**Саматова А.В.**

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д. фарм н., профессор Егорова С.Н.

В связи со сложившейся эпидемиологической ситуацией, связанной с распространением вируса COVID-19 и вируса гриппа, одним из наиболее эффективных способов борьбы с пандемией является вакцинация. За период с 2021 по 2022 год часть иностранных производителей лекарственных препаратов объявили о прекращении поставок товаров в РФ.



Целью исследования явилось оценить готовность российских фармацевтических компаний к импортозамещению вакцин (на примере вакцин от COVID-19, гриппа и пневмонии).

Объекты исследования: данные 976 торгов, размещенные на сайте <https://zakupki.gov.ru>; данные о регистрации вакцин на сайте Государственного реестра лекарственных средств <https://grls.rosminzdrav.ru> за период с 01.01.2021 г. по 31.12.2022 г. В исследовании использованы методы: контент-анализ, логический анализ, статистический анализ, структурный анализ.

В ходе исследования изучен фармацевтический рынок иностранных и отечественных вакцин для профилактики COVID-19. Было выявлено наличие исключительно отечественных вакцин: Гам-КОВИД-Вак, ЭпиВакКорона, КовиВак, Спутник Лайт, что свидетельствует о 100% импортонезависимости. На примере вакцин для профилактики гриппа и пневмонии установлена положительная динамика импортозамещения (таблица 1).

Так, количество закупаемых иностранных вакцин от гриппа снизилось на 65% за период с 2021 г. по 2022 г., закуп отечественных противогриппозных вакцин сохранился на прежнем высоком уровне. Количество закупленных иностранных вакцин для профилактики пневмококковых инфекций увеличилось в 2 раза в 2022 году относительно 2021 года, что связано с отсутствием российского аналога на момент проведенных торгов.

Таблица 1 - Данные торгов по закупке вакцин в 2021-22 г.г.

Назначение	Иностранные вакцины	Кол-во закупок за 2021 год (уп)	Кол-во закупок за 2022 год (уп)	Вакцины-аналоги РФ	Кол-во закупок за 2021 год (уп)	Кол-во закупок за 2022 год (уп)
Вакцина для проф. пневмококк. инфекций	Пневмовакс®23	83 (296774)	145 (770927)	Пнемотекс®	-	1 (30400)
	Превенар®13	308 (963483)	239 (2473801)			
Вакцина для проф. гриппа	Ваксигрипп	5 (1400)	-	Флю-М	18 (1138651)	28 (28748)
				Флю-М Тетра	5 (48689)	7 (7620)
	Инфлювак	-	1 (500)	Ультрикс	9 (6730)	5 (16287)
				Ультрикс Квадри	7 (3118114)	22 (2524647)
				Совигрипп	38 (13298024)	55 (11591710)

Однако аналогичная отечественная вакцина «Пнемотекс», зарегистрированная в 22.07.2021 г. и выпущенная впервые в гражданский оборот РФ в конце 4 квартала 2022 г., не уступает в размерах месячного закупокотносительноиностранным вакцинам (30 400 уп.).

Выводы:

1. Выявлена 100% импортнезависимость отечественного фармацевтического рынка вакцин для профилактики COVID-19.
2. Выявлена положительная динамикаимпортозамещения вакцин для профилактики гриппа и вакцин для профилактики пневмококковых инфекций, что доказывает готовность российских фармацевтических компаний обеспечить непрерывную вакцинацию населения РФ.

## **РОЗНИЧНЫХ АПТЕК ГОСУДАРСТВЕННОЙ И ЧАСТНОЙ ФОРМЫ СОБСТВЕННОСТИ, ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ НА РЕГИОНАЛЬНОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ**

**ХАБИБУЛЛИНА Ф.Ф., ХАРИТОНОВ Д.В.**

Научный руководитель - доцент Института фармации, к.фарм.н. МуслимоваН.Н.  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Фармацевтический рынок Республики Татарстан (РТ) по своим качественным и количественным характеристикам считается весьма насыщенным и вместе с тем разнородным. В структуре его розничного сектора можно четко выделить три основных сегмента. Первый - государственная сеть, занимающая почти пятую часть рынка и представленная единственным государственным предприятием ГУП «Таттехмедфарм». Второй сегмент представлен сетевыми аптеками частной формы собственности, на долю которых приходится почти половина сферы лекарственного обеспечения региона. И, наконец, третий сегмент, представленный одиночными частными аптеками. Присутствие аптечных организаций разных форм собственности на фармацевтическом рынке обеспечивает наиболее эффективное и доступное лекарственное обеспечение населения. Однако их соотношение постоянно колеблется, что обусловлено экономической ситуацией и финансовой нестабильностью как на фармацевтическом рынке, так и в целом стране. Значительное влияние оказывает и постоянная конкуренция. Но всегда необходимо помнить, что аптека, прежде всего это предприятие системы здравоохранения и социально значимая организация. Кроме того, она является и рыночным предприятием, нацеленным на получение прибыли, и, следовательно, она вынуждена функционировать по законам рынка.

Целью исследования является сравнительный анализдеятельности розничных аптек государственной и частной формы собственности.

Материалы и методы исследования. Объектами исследования являлись аптека№302 ГУП «Таттехмедфарма» и аптека «Вита». В ходе выполнения работы были использованы методы статистического и аналитического анализа.

Результаты.В данной работе приведен анализ деятельности аптек различной формы собственности за период с января по март 2023 года. Аптека «Вита» занимается отпускком лекарственных средств и других товаров аптечного ассортимента. Аптека №302 ГУП «Таттехмедфарма» осуществляет изготовление

лекарственных средств по рецептам врачей и требованиям медицинских организаций, а также льготный отпуск лекарств по рецептам. В ходе изучения были установлены значительные различия в деятельности аптек по таким критериям как, штат сотрудников, режим работы, имидж аптеки (индивидуальность), ассортиментная номенклатура фармацевтических товаров, ценовая политика, экономическая эффективность, потребительские предпочтения, качество обслуживания и социальная направленность.

## **СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ 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 31 января 2023 года зарегистрировано свыше 670 миллионов случаев заболевания по всему миру, подтверждено более 6,8 млн летальных исходов заболевания, что делает пандемию COVID-19 одной из самых смертоносных в истории. Несмотря на строгие ограничения, которые были введены на территории Республики Татарстан в период пандемии, аптеки оставались открытыми для населения и продолжали оказывать непосредственную помощь пациентам, являясь при этом зачастую единственным источником надежной информации для предотвращения, обнаружения и лечения. В период пандемии государство оказывало максимально возможную поддержку населению.

Целью исследования является анализ современного состояния льготного лекарственного обеспечения амбулаторных больных с COVID-19.

**Материалы и методы исследования.** Объектами исследования явились нормативные документы, временные методические рекомендации Минздрава РФ, первичные документы хозяйственного учета аптеки №295 ГУП «Таттехмедфарма». В ходе исследования были использованы 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 «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции». Необходимо отметить, что за время пандемии данный перечень претерпевал изменения. Связано это, прежде всего с изменениями в подходах к лечению COVID-19 и изменением количества заболевших. Ранее пациенты, прикрепленные к ГАУЗ «Городской поликлиники №18», получали по рецептам бесплатные ЛП в аптеке 295 ГУП «Таттехмедфарм». Сотрудники поликлиники приносили в аптеку выписанные рецепты и реестры (описи) на льготные ЛП. Затем аптечный работник оформлял рецепты, описи, формировал комплекты ЛП, собирал их в пакеты с логотипом ГУП «Таттехмедфарм» и отпускал волонтеру или сотруднику поликлиники. Каждый день аптека передавала информацию об остатках ЛП в поликлинику в электронном виде. Инвентаризация товарных остатков ЛП для льготного обслуживания пациентов с COVID-19, в целях

бухгалтерского учета, проводилась 2 раза в месяц. После проведения инвентаризации в компьютерной программе «Льгота» выгружались товарные остатки и реестр рецептов. При формировании отчета на конец месяца формировался сводный отчет и персонифицированный счет-реестр по каждому пациенту, получившему ЛП за месяц. В начале месяца бухгалтерия делала отчетность и издавала приказ на списание пакетов по выгруженным реестрам на конец месяца. В программе АРМ-склад создавался акт «Списание пакетов - Ковид». Данный акт распечатывался в 2-х экземплярах: Акт АП-57 + расходная накладная + товарная накладная. На каждом документе ставилась печать, подпись председателя и членов комиссии. Данная операция отображалась в товарном отчете, в разделе «Расход – акт по списанию на Ковид». За период с ноября 2020 года по июнь 2022 года количество обслуженных рецептов на льготные ЛП для пациентов с COVID-19 составило 18034 на общую сумму 36 314 003,96. Количество собранных комплектов (пакетов) и отпущенных пациентам с COVID-19 - 9685.

С июня 2022 года льготное лекарственное обеспечение амбулаторных пациентов с COVID-19 было передано в ГАУЗ «Городской поликлиники №18». На сегодняшний день отпуск лекарственных препаратов осуществляется данной поликлиникой.

## **СОБЛЮДЕНИЕ УСЛОВИЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ И ХРАНЕНИЯ ТЕРМОЛАБИЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ**

Скворцова А.В.

Научный руководитель - к.фармац.н., доцент Воробьева В.М.  
ФГБОУ ВО Алтайский ГМУ Минздрава России

**Актуальность:** В настоящее время в медицинской практике применяется большое количество наименований лекарственных препаратов, которые теряют фармакологическую эффективность или приобретают побочное действие при изменении температуры, поэтому требуют особых условий хранения.

**Цель работы:** В рамках прохождения ознакомительной практики «Склад-аптека» изучить используемое оборудование и условия хранения термоллабильных лекарственных препаратов (ЛП) при транспортировке от оптового поставщика и в аптеке.

**Задачи:** Ознакомиться с нормативной документацией, регламентирующей условия хранения термочувствительных ЛП. Изучить методы контроля за температурой хранения. Оценить соответствие оборудования и условий в аптеке с условиями, указанными в нормативных документах.

**Материалы и методы исследования.** Объектами исследования явились ОФС 1.1.0010.18 «Хранение лекарственных средств», приказ МЗ и СРРФ от 23.08.2010. № 706н; приказ МЗ РФ от 31.08.2016. № 646н; приказ МЗ РФ №352 от 21.04.2020; СП 3.3.2.3332-16 «Условия транспортирования и хранения иммунобиологических лекарственных препаратов»; инструкции по медицинскому применению ЛП. Во время прохождения ознакомительной практики принимала участие в приемочном контроле и размещении в зонах хранения в аптеке.

**Результаты и их обсуждение.** При прохождении практики в аптеке мы ознакомились с правилами обеспечения условий и оборудованием для хранения.

Термолабильные ЛП хранятся в фармацевтических холодильниках со встроенной сигнализацией об изменении требуемой температуры. Показатели термометров и термографов два раза в день провизор вносит в журнал регистрации температурного режима. Наиболее часто встречаются требования к условиям хранения ЛП в форме суппозитория, глазных капель, линиментов, растворов для инъекций: «при температуре 2-8°C, не допуская замораживания»; «8-15°C, в прохладном месте» - нормофлоры, иммунобиологические ЛП, инсулины, иммуноглобулины; значительно реже встречаются такие условия как «от -5 до -18°C, в морозильной камере»; «ниже -18°C, в условиях глубокого замораживания» (вакцины).

При транспортировке от поставщика ЛП или со склада в аптеку соблюдается принцип «холодовой цепи», элементами которой являются: холодильные камеры и комнаты; морозильные камеры; холодильники; термоконтейнеры; сумки-холодильники; хладоэлементы. В один из дней нашей практики в аптеку доставили препараты инсулина в специальном термоконтейнере с термоиндикатором. Провизор в аптеке нам показала химические индикаторы, рассказала про механизм их работы. Данные термоиндикаторы снабжены веществом, которое изменяет свой цвет при превышении предельно допустимой температуры.

На базе практики «Аптеки Алтай», г. Барнаул, пр. Социалистический, 130, оборудование для хранения соответствует нормативной документации: используются фармацевтические холодильники; приемка препаратов, требующих защиты от высокой или пониженной температуры, осуществляется в термоконтейнерах с использованием химических термоиндикаторов. Соблюдение данных условий может гарантировать качество термолабильных лекарственных средств и лекарственных форм.

Таким образом, в рамках практики были изучены условия хранения термолабильных ЛП, оборудование и нормативная документация, регламентирующая данные условия. Мы ознакомились с назначением и работой химических термоиндикаторов. Условия и наличие необходимого оборудования позволяют работать с термочувствительными препаратами, сохраняя их эффективность и безопасность.

## **ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРОПЕДЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА В ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ АПТЕКЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Дубова Ю.М.

Научный руководитель - к.фармац.н., доцент Воробьева В.М.

ФГБОУ ВО Алтайский ГМУ Минздрава России

Фармацевтическая пропедевтическая практика-первая практика студента-провизора, в процессе которой мы познакомились с основными аспектами своей будущей профессиональной деятельности.

Цель работы - формирование знаний об основах организации работы аптеки в целом и рецептурно-производственного отдела аптеки производственного типа, в частности.

При прохождении практики мы использовали эмпирические методы исследования, основанные на сборе и анализе информации, а также систематизировали полученные данные, оформляя дневник и отчет по практике.

Результаты и их обсуждение. Базой практики для меня была аптека КГБУЗ Городская больница №12 г. Барнаула. Аптека обеспечивает готовыми лекарственными средствами и экстермпоральными лекарственными формами отделения медицинской организации (МО): гастроэнтерологическое, гинекологическое отделение, детское инфекционное, неврологическое, терапевтическое, травматолого-ортопедическое отделение для детей, туберкулезное для больных костно-суставным и урогенитальным туберкулезом, хирургическое, дневной стационар. Особенностью структуры аптеки в больнице является наличие не только ассистентской, асептического блока, моечной, в также дезинфекционной, в которой проводится обработка возвратной посуды из отделений МО; распаковочной для поступившего от оптовых фармацевтических организаций товаров аптечного ассортимента; рецептурно-экспедиционной для приёматребований и комплектования, отпуска заказов в отделения МО. Нас познакомили с сотрудниками аптеки и рассказали, за что каждый из них отвечает в производстве и отпуске лекарственных средств в соответствии с должностными обязанностями.

В ходе практики мною были освоены практические навыки, например, мытье и дезинфекция аптечной посуды и инвентаря, уборка производственных помещений аптеки, фасовка и маркировка аптечной продукции для МО, оформление этикеток. Сотрудники данной организации были вежливы и компетентны, помогали нам на первых этапах работы, учили правильно заполнять соответствующие документы по приёмке и фасовке лекарственных препаратов.

При распределении на практику каждый из нас получил индивидуальное задание, у меня была тема, связанная с работой дистиллятора. Сотрудники аптеки провели первичный инструктаж в соответствии с нормами по работе с прибором, объяснили и наглядно продемонстрировали принцип его работы.

При прохождении практики мы проследили путь, который проходят лекарственные препараты от момента их изготовления/приёмки в аптеке и до отпуска в отделения МО. Также мы изучили структуру отделов аптеки и их функции, обязанности каждого сотрудника, освоили первичные практические навыки, необходимые при дальнейшем постижении профессии. Находясь в этой атмосфере, почувствовали себя полноценными сотрудниками аптечного отделения и утвердились в своих желаниях продолжать учиться и развиваться в сфере фармации.

Таким образом, в рамках практики мы получили представление об общем устройстве аптечной организации, её функциях, нормативной документации, которая регулирует её деятельность, познакомились с правилами приёма рецептов, оценкой качества и отпуска лекарственных форм, а также освоили практические навыки, способствующие развитию компетенций студента-провизора: соблюдение санитарно-гигиенических норм в аптечной организации: санитарно-гигиеническая подготовка производственных помещений к работе, обработка аптечной посуды, оборудования, инструментов.

## К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ БУДУЩЕГО ПРОВИЗОРА

Мальцев М.Д.

Научные руководители – декан фармацевтического факультета, к.б.н., доцент кафедры фармации Большаков В.В., к.фарм.н., доцент, заведующий кафедрой фармацевтической и общей химии Мальцева Е.М.  
ФГБОУ ВО Кемеровский ГМУ Минздрава России

В XXI веке во всём мире провизоры стремятся переосмыслить свою профессиональную роль в системе здравоохранения. Изменения в области профессиональной идентичности (ПИ) провизоров связаны с экономическими, социальными и информационными изменениями в сфере медицины и фармации. ПИ – это осознанная индивидом принадлежность к компетенциям и профессиональной культуре, а также его включенность в профессиональную группу, которая отождествляет данного индивида как «своего».

Цель исследования состоит в изучении факторов, влияющих на формирование профессиональной идентичности студентов фармацевтических факультетов. В этом исследовании использовалась методология анализа отечественной и зарубежной научной литературы, опубликованной за последние 5 лет.

Изучение литературных источников по вопросу формирования ПИ будущих провизоров показало отсутствие обсуждения данной проблемы в отечественной литературе. Основной дискурс связан только с проблемами формирования универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций в процессе подготовки провизора в рамках действующего ФГОС. В зарубежной литературе этот вопрос исследуется с середины XX века, особенно в работах представителей американской академической среды.

В рамках многолетней дискуссии учёные пришли к выводу, что процесс формирования ПИ является результатом профессиональной социализации контролируемого процесса становления в человеке образа его «Я» как профессионала. В процессе профессиональной социализации происходит усвоение индивидом определенных профессиональных знаний, навыков, умений, накопление профессионального опыта, овладение стандартами, ценностями, языком профессионального сообщества, приобщение к соответствующей субкультуре. Профессиональная социализация и идентификация связаны как с профессиональным образованием, так и с профессиональной деятельностью специалиста.

ПИ закладывается на протяжении всего периода обучения в вузе. Основную роль играют практические занятия, приближенные к реальным условиям, выполнение практико-ориентированных заданий и кейсов, участие в ролевых играх, а также привлечения к обучению преподавателей, являющихся специалистами практической фармации.

На наш взгляд, основную роль в формировании ПИ будущего провизора играет производственная практика, в ходе которой студенты получают возможность развивать свои навыки и умения, а также узнавать о профессиональных стандартах и требованиях. На практике студенты работают в аптеке, где они имеют возможность наблюдать за работой специалистов,

участвовать в консультациях с пациентами, осуществлять прием и выдачу ЛС, а также выполнять другие задачи, связанные с работой провизора. Этот опыт позволяет студентам убедиться в правильности выбора профессии. Они начинают понимать, какую роль играют провизоры в системе здравоохранения, какие требования к ним предъявляются и какие навыки, и знания им необходимы для успешной работы. Кроме того, производственная практика дает студентам возможность познакомиться с различными аспектами работы провизора и это помогает определиться с направлением своей будущей работы и развить свои профессиональные интересы.

Таким образом, обучение на основе опыта на рабочих местах, общение и взаимодействие с практикующими специалистами и учебные занятия, связанных с практикой, наиболее эффективны для содействия формированию ПИ.

## **«ИЗГОТОВЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В УСЛОВИЯХ АПТЕКИ» ДЛЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В ПЕРМСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ**

Полежаева В.Д.

ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России

Научные руководители – к.ф.н., доцент кафедры фармацевтической технологии Мишенина И.И., к.ф.н., доцент кафедры фармацевтической технологии Собин Ф.В., к.пед.н., доцент, декан факультета подготовки иностранных граждан Кудряшов Е.В., д.ф.н., профессор, заведующий кафедрой фармацевтической технологии Пулина Н.А.

Укрепление и повышение конкурентоспособности российского фармацевтического высшего образования на международном рынке образовательных услуг является одной из стратегических задач государства. Президент Российской Федерации В.В. Путин в своем Послании Федеральному собранию отметил: «Нам нужно создать условия, чтобы лучшие иностранные выпускники наших ВУЗов оставались работать в России». Одним из возможных вариантов заинтересовать иностранного студента является качественное проведение производственной практики с возможностью дальнейшего трудоустройства на базах проведения практики. Особый интерес законодателей на данном этапе представляет возрождение института производственных аптек, позволяющих восполнить недостаток лекарственных препаратов в условиях современной геополитической обстановки. Таким образом, изучение информации по проведению производственной практики для иностранных студентов в пермской государственной фармацевтической академии (ПГФА) представляется актуальным.

ПГФА - одно из специализированных высших учебных заведений, занятых подготовкой кадров в области фармации. Контингент обучающихся разнообразен, в академии получают образование отечественные студенты, а также иностранные обучающиеся. С момента образования в 1993 году факультета подготовки иностранных граждан (ФПИГ) в академии обучались студенты из 25 стран мира. Контингент таких студентов только увеличивается. Так, количество иностранных выпускников 1996 г. – составляло 3 человека, 2006 г. – 20 человек, 2016 г. – 21



человек, а в 2022 г. - 49 студентов завершили обучение. С 2015 по 2022 год общее количество обучающихся ФПИГ увеличилось в 2,5 раза.

С учетом необходимости соблюдения правил миграционного учета иностранных граждан, необходимо предоставить возможность прохождения данного вида практики на территории г. Пермь, что вызывает большие сложности в связи с малым количеством производственных аптек. Однако в 2022 году удалось разрешить данный вопрос и все выпускники ФПИГ прошли практику по месту регистрации, что потребовало особого внимания к составлению графика работы по сменам и корректировки дат прохождения практики, а также эффективной подготовительной работы. Перед производственной практикой для студентов проводилось общее собрание, где подробно объясняли цель, значимость и условия проведения практики, также студенты получали подробные методические указания. Дополнительно, для восстановления теоретических знаний и практических умений прочитан цикл лекций с использованием мультимедийной аппаратуры и применением фото и видео материалов, по каждому типу лекарственных форм, изготавливаемых на базах практики. Также для расширения знаний иностранных студентов теоретически проводятся занятия по темам: «Ветеринарные лекарственные формы», «Возрастные лекарственные формы». Созданы специальные группы в социальных сетях, для оперативного обращения студентов ФПИГ по сложным вопросам, возникающим в технологическом процессе. По отзывам студентов, прохождение практики в производственной аптеке было интересно, престижно и давало реальное представление о работе провизором-технологом в аптеке, а также о возможностях дальнейшего трудоустройства. В ходе прохождения практики студенты вступали в диалог с сотрудниками аптек, решали нестандартные задачи, участвовали в жизни коллектива и приобрели основы собственного профессионального опыта.

Таким образом, производственная практика — это отличная возможность испытать себя в реальных условиях, проверить знания и навыки, завести полезные знакомства, а возможно и продолжить в дальнейшем свою жизнь и трудовую деятельность в России.

## **ПОЛУЧЕНИЕ ЭРИТРОПОЭТИНА С ПОМОЩЬЮ ТЕХНОЛОГИИ РЕКОМБИНАНТНЫХ ДНК**

Хижняк Ф.В.

Научный руководитель - к. фармацевт.н, доцент Воробьева В.М.  
ФГБОУ ВО Алтайский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Изучая биохимию мы узнали, что цитокин эритропоэтин является фактором роста предшественников эритроцитов в костном мозге, продуцируется клетками почек в ответ на изменения оксигенации тканей. Природный эритропоэтин представляет собой гликопротеин из трёхгликозилированных цепей, содержащих 165 остатков аминокислот и 14 сиаловых кислот, со степенью гликозилирования 40%. Генетическая инженерия позволила получить рекомбинантный эритропоэтин в культуре клеток животных тканей в виде фармацевтической субстанции [1].

Препараты рекомбинантного человеческого эритропоэтина успешно применяются для лечения хронических анемий. Введение эритропоэтина

пациентам, страдающим ревматоидным артритом, СПИДом, злокачественными заболеваниями, позволяет снизить потребность в переливании крови [2].

При прохождении ознакомительной практики «Склад-аптека» представляло интерес ознакомиться с ассортиментом препаратов эритропоэтина, а также применить свои знания для изучения их технологии.

Цель работы: изучить получение эритропоэтина с помощью технологии рекомбинантных ДНК.

Задачи:

1. Изучить этапы технологии рекомбинантных ДНК на примере генно-инженерного эритропоэтина.
2. Ознакомиться с процессами, применяемыми при производстве эритропоэтина.
3. Изучить номенклатуру препаратов рекомбинантного эритропоэтина.

Результаты: В качестве продуцента сложного гликопротеина используют культуру клеток яичников китайского хомячка (СНО), способную к посттрансляционной модификации РНК и корректному фолдингу белка. Ген эритропоэтина получают ферментативным методом на основе матричной РНК, выделенной из клеточки человека. Матричную РНК обрабатывают ферментом обратная транскриптаза, которая катализирует синтез одноцепочечной ДНК. Затем с использованием ферментов ДНК-полимеразы, нуклеазы S1, рестриктазы получают клонируемый ген, который соединяют вектором на основе вируса SV-40 ферментом лигазабактериофага T4. Полученную рекомбинантную ДНК встраивают в СНО. Отбор рекомбинантов проводят в два этапа: на питательной среде с генетицином, далее иммунологическим методом или ДНК-гибридизацией. СНО культивируют на питательной среде, содержащую кровь животных. Эритропоэтин, как и другие белки, выделяют фракционным осаждением, очищают ионообменной и аффинной хроматографией [1].

Эритропоэтин выпускается в форме выпуска - раствор для парентерального введения. Препараты отечественного производства: Эральфон (Сотекс), Эритропоэтин (Биннофарм), Веро-эпоэтин (Veropharm). Зарубежные производители поставляют на российский фармацевтический рынок препараты: Бинокрит (Sandoz), Эпоратио (Тева), Аэприн (MR PHARMA)[2].

Заключение. В результате проделанной работы были изучены современные методы получения рекомбинантного эритропоэтина. Для конструирования продуцента и производства препаратов используются наукоемкие технологии, такие как клеточная инженерия, технология рекомбинантных ДНК, хроматографические методы.

Список литературы:

1. Воробьева, В. М. Теоретические основы биотехнологии: учебно-методическое пособие для самостоятельной работы обучающихся 3 курса института фармации / В. М. Воробьева, Ю. В. Дегтярева, Ю. В. Шабалина. - Барнаул: ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, 2022. - 119 с.: ил. - (учебная). - URL: [http://download.asmu.ru/?filename=ump\\_tob\\_vorobjeva\\_v.m.pdf](http://download.asmu.ru/?filename=ump_tob_vorobjeva_v.m.pdf)
2. Государственный реестр лекарственных средств. – Режим доступа: <https://grls.rosminzdrav.ru/default.aspx>, свободный. – Дата обращения: 10.03.2023.

# ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА СТУДЕНТОВ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО И ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

## ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК МОБИЛЬНОЙ БРИГАДЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ НА ДОМУ В ГОРОДЕ КАЗАНЬ»

Абдулладжанова Нигина Рустамовна

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., Морозова Ольга Николаевна

Паллиативная помощь является важнейшей частью интегрированных, ориентированных на нужды людей медицинских услуг. Облегчение серьезных страданий, связанных со здоровьем, будь то физические, психологические, социальные или духовные, является глобальной этической ответственностью.

Актуальность: Проблема заболеваемости злокачественными новообразованиями в последние десятилетия становится все более актуальной для современного общества и занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения.

Основной целью паллиативной помощи на дому является улучшение качества жизни пациентов. Получение помощи в собственном доме пациента является комфортным, удобным и снижает стресс.

В 1993 году на базе Казанского онкологического диспансера создается служба скорой медицинской помощи. С 2013 года в структуре отделения паллиативной медицинской помощи работают 7 выездных бригад, оснащенных средствами связи, лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения для круглосуточного оказания паллиативной медицинской помощи. Это единственное выездное отделение в РФ, оказывающее круглосуточную паллиативную медицинскую помощь в крупном городе.<sup>1</sup>

Преимущество мобильной бригады в оказании таких услуг как :

1. Получение паллиативной помощи на дому на бесплатной основе.
2. Консультация на дому
3. В выполнение таких манипуляций как: плевральная пункция, лапароцентез, катетеризация, инфузионная терапия, перевязки, адекватное обезболивание.
4. Психологическая помощь как больному, так и его родственникам
5. Обучение родственников уходу за больным
6. Безвозмездная аренда специальных приспособлений (кислородный концентратор)

За период прохождения практики дневной мобильной бригадой было обслужено 4200 человек. 4110 пациентам были выполнены различных манипуляций, 52 проведена консультация на дому, 36 оказана психологическая

---

<sup>1</sup>: <https://oncort/pacientam-i-posititelyam/polliativnaya-pomoshh/>

помощь, включая родственников, 2 пациентам отдан на временное пользование кислородный концентратор.



Так же во время практики мною был проведен опрос он включал в себя оценку работы МБ, качество, доступность, своевременность. Результат 89% родственников и больных были удовлетворены работой МБ

Что является лучшим показателем, определяющим уровень мобильной бригады паллиативной помощи онкологическим больным, очень важно оказать качественные услуги больным в их в финальной стадии заболевания.

Таким образом мобильная бригада паллиативной помощи, играет одну из самой важной роли в оказании помощи инкурабельным пациентам. Все мероприятия проводимые мобильной бригадой дают значительный эффект. Повышают качество жизни пациента, благодаря чему их уровень жизни продлевается. Так же мы можем вернуться к таблицам и посмотреть насколько отделение мобильной бригады паллиативной помощи является необходимым и важным.

Литературный список:

1. Обуховец, Т.П. Паллиативная медицинская помощь [Электронный ресурс] Т.П. Обуховец Ресурс доступа - <http://fondzapros.ru/law/freeemerg/palliative/>
2. Паллиативная помощь. Хосписы [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://elibrary.ru>
3. Республиканский клинический онкологический диспансер «Паллиативная помощь» история ее развития [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://oncort/pacziendam-i-posititelyam/polliativnaya-pomoshh/>
4. Смолева, Э.В. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю онкология [Электронный ресурс] / Э.В. Смолева Ресурс доступа - <https://base.garant.ru/70317796>
5. Халяпина И.С., Морозов А.В. «Паллиативная помощь и хосписы» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://elibrary.ru>

## **НАУКА О ЗДОРОВЬЕ**

### **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИКА ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА УЧРЕЖДЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ЦЕЛЯХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И СПЕЦИАЛИСТА, ОРГАНА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ФУНКЦИИ ПО КОНТРОЛЮ И НАДЗОРУ В СФЕРЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И ПОТРЕБИТЕЛЬСКОГО РЫНКА». УЧАСТИЕ В ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВИЗИТА В ОТНОШЕНИИ ДЕТСКОГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЛАГЕРЯ.**

Абдуллазянова Э.Р., Димухамитов Д.Д.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры профилактической медицины и экологии человека ФПК и ППС

Балабанова Л.А.

Актуальность. Проведение профилактических мероприятий является приоритетным направлением системы государственного контроля (надзора) и направлено на снижение риска причинения вреда (ущерба) здоровью населения. Особую актуальность эта работа приобрела после введения моратория на контрольные (надзорные) мероприятия.

Цель: повышение информированности контролируемых лиц по вопросам соблюдения обязательных требований в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

Материалы и методы. Проведен профилактический визит (далее – профвизит) в отношении объекта, осуществляющего деятельность по организации отдыха детей и их оздоровления.

Результаты. Во время прохождения производственной практики на базе Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан (далее – Управление) нами было принято участие в проведении профвизита вместе со специалистом Управления. Профвизит проводился в отношении детского оздоровительного лагеря по месту осуществления деятельности. Основание для проведения профвизита- отнесение объекта к категории чрезвычайно высокого риска.

Нами были проведены консультации по вопросам соблюдения санитарно-эпидемиологических требований в жилых корпусах, санитарных узлах жилых корпусов, умывальных зон, территории; требований к размещению детей, оснащению жилых помещений; профилактики заболеваемости среди детей; соблюдения санитарно-дезинфекционного режима; соблюдения требований к проведению медицинского осмотра персонала; поточности технологического процесса, хранения продуктов питания, соблюдения сотрудниками правил личной гигиены сотрудниками пищеблока.

По инициативе контролируемого лица нами был проведен осмотр помещений лагеря. При осмотре объекта под руководством специалиста Управления нами выявлено, что возле умывальных раковин пищеблока отсутствуют антисептики; допускается использование алюминиевой посуды; выявлены дефекты покраски потолка и перегоревшие лампы в помещениях мясного цеха. Выявленные нарушения носили устранимый характер и не влекли непосредственную угрозу причинения вреда здоровью детей. В соответствии с выявленными нарушениями Управлением были даны рекомендации.

**Заключение.** Профвизит – это относительно новый вид профилактического мероприятия, являющийся полезным профилактическим инструментом для контролируемых лиц. Выявленные текущие нарушения санитарного законодательства и их устранение предотвратили возможную угрозу причинения вреда здоровью детей. Внедрение в практику профилактических мероприятий – это возможность выстроить доверительные отношения с контролируруемыми лицами с целью сохранения здоровья населения.

## **ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА “ГОСПИТАЛЬНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГ”. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ “ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ТРАВМОЙ И УСТАНОВЛЕННОЙ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ”.**

Иванюк А. В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - ассистент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины - Ильина О. А.

к.м.н. доцент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины –  
Аглиулина С. Т.

Антибиотикорезистентность является одной из проблем современной медицины. Рассмотрим клинический случай эпидемиологического ведения пациента с антибиотикорезистентностью у пациента с травмой проходившего лечение в стационаре ГБУ РМЭ “Республиканская клиническая больница” (далее - ГБУ РМЭ РКБ).

Пациент М. 2006 г. р. поступил в отделение травматологии спустя 48 часов от ДТП. Из анамнеза болезни: 02.09.2022 г. после ДТП доставлен в хирургическое отделение районной больницы города К. с диагнозом: Тяжелая политравма. ЧМТ... В районной больнице города К. проведена лапароскопия.

Спустя 2 суток от момента травмы пациент переведен в отделение реанимации ГБУ РМЭ РКБ. На 7 сутки нахождения в стационаре у пациента зафиксировано повышение температуры тела до 39,6 С, боли в животе, клиника перитонита. Пациенту проведена релапаротомия. Отобраны биопробы для микробиологического исследования из брюшной полости и 3 локусов послеоперационных ран левой голени и бедра. Результат исследования - присутствие в ране *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus haemolyticus*. Данные микроорганизмы проявляли антибиотикорезистентные свойства.

При обнаружении микроорганизмов из группы «Eskape» лаборатория

незамедлительно уведомляет о факте госпитального эпидемиолога для проведения эффективных противоэпидемических мероприятий. Эпидемиологом поставлены следующие цели:

1. Подбор дезинфицирующих средств для работы в очаге, антисептика для рук, раневого антисептика с учетом чувствительности;
2. Организация работы в очаге, выдача рекомендации персоналу больницы (контроль работы в соответствии с принятой Стандартной операционной процедурой, далее - СОП);
3. Недопущение распространения антибиотикорезистентных штаммов в стационаре;
4. Проведение мониторинга микроорганизмов с учетом генов резистентности с целью создания перечня микроорганизмов для последующей работы и проведения ретроспективного анализа микробиологического пейзажа отделения.

По результатам анализов выданы письменные рекомендации в отделение для организации работы в очаге, а именно:

4. Проведена замена дез.средства используемого в отделении по эпидемиологическим показаниям при дезинфекции ИМН с выделением отдельных инструментов для проведения перевязок, проведения генеральной и текущей уборки.
5. Подобран кожный антисептик и раневой антисептик.
6. Контроль работы в соответствии с требованиями СОП в отделении.

Спустя 36 суток пациент переведен в другое ЛПУ.

После выбытия пациента из стационара под контролем эпидемиолога проведена заключительная дезинфекция, с учетом чувствительности микроорганизма. Отобраны смывы с поверхностей с целью микробиологического контроля качества проведенной заключительной дезинфекции. До получения результатов бак. анализа пациентов в палату не определяли. Получены отрицательные результаты смывов.

Таким образом, комплекс мероприятий включающий все вышеуказанные пункты по достижению заявленных целей, показал свою эффективность. Цели достигнуты.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УРОВНЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В РАМКАХ ОБУЧЕНИЯ**

### **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ ОРДИНАТОРОВ КАФЕДРЫ ПЕДИАТРИИ №2 НА ПРИМЕРЕ ПРОВЕДЕНИЯ II МЕЖВУЗОВСКОЙ ОЛИМПИАДЫ ПО ПЕДИАТРИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «МАСТЕР ПЕДИАТРИИ»**

Устюжанина Д. В. Писоцкая Ю. В., Аширова Л.Э., Богачева С.М.

ФГБОУ ВО Кубанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – д.м.н., зав. кафедрой педиатрии №2

Бурлуцкая А.В.

Проведение олимпиады углубляет знания в фундаментальных медицинских дисциплинах при подготовке конкурсных заданий и дисциплинирует ординаторов в компетенциях организатора [1,2].

Олимпиада по педиатрии проводилась в Кубанском Государственном Медицинском университете во второй раз. Под руководством сотрудников кафедры педиатрии №2 ординаторы принимали активное участие в подготовке конкурсных заданий и проведении олимпиады.

Олимпиада состояла из нескольких этапов: «Отборочный онлайн-этап», конкурс «Видео-визитка», «Медицинская загадка», «Пятый уровень», конкурс по навыкам оказания неотложной помощи, навыкам профессионального общения, навыкам физикального обследования, «Виртуальный больной». Каждый конкурс был разработан в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Первый этап – отборочное онлайн-тестирование включал в себя 100 вопросов, за 60 минут. Для организации этого этапа была использована программа «MyTest». Очевидным преимуществом онлайн-тестирования является скорость обработки результатов. В 2022 году на олимпиаду было заявлено 36 команд – 180 студентов. Автоматизация проверки результатов тестов позволила достичь максимальной объективности оценивания. После прохождения отборочного этапа во второй тур олимпиады вошли 21 команда – 105 студентов из 17 вузов различных регионов России и ближнего зарубежья.

Во втором туре олимпиады участники представили подготовленные видео-визитки и медицинские загадки длительностью до 1 минуты. Для быстрого и точного подсчёта результатов олимпиады была разработана специальная онлайн-платформа на базе программы «MyTest». Результаты в режиме реального времени передавались на компьютер экспертной комиссии, где сразу же подводились итоги конкурсов.

Конкурс «Пятый уровень» включал в себя задания 5-ти уровней сложности (ответы на вопросы, решение ребусов, разгадка ассоциаций, решение кроссворда и клинических задач, конкурс капитанов) ответы команды вносили в своих смартфонах.

Построенные таким образом задания выгодно отличаются от бумажных аналогов, ускоряя процесс подсчёта и обеспечивая максимальную объективность результатов.

Практический этап проводился на базе мультипрофильного аккредитационно-симуляционного центра КубГМУ.

Конкурс по навыкам оказания неотложной помощи. Перед входом на станцию на экране выводилась информация о состоянии ребёнка. После входа на станцию участник оценивал состояние пациента и при необходимости начинал лечебные мероприятия. Все манипуляции проводились на роботе-симуляторе ребёнка. Манекеном управлял эксперт на станции. Все изменения в состоянии пациента при лечебных вмешательствах конкурсантов тут же отображались на манекене и на экране жизнеобеспечения, чтобы студенты могли определять дальнейшую тактику лечения. Конкурс «Виртуальный больной» проводился с помощью интерактивной виртуальной системы БодиИнтеракт - горизонтальный сенсорный стол-экран, где изображен виртуальный пациент и выводятся запрошенные данные физиологических параметров, электрокардиографии, рентгеновские снимки, результаты лабораторных исследований. Виртуальный симулятор в режиме реального времени отображает изменение состояния пациента и все манипуляции, выполняемые конкурсантом. По окончании сессии



на экран выводится объективная оценка действий конкурсанта по заданным критериям.

Таким образом, использование информационно-коммуникационных технологий предоставляет ряд преимуществ в организации самостоятельной работы ординаторов. Информационные технологии открывают возможности саморазвития и самосовершенствования будущего специалиста, дают основания для принципиального пересмотра учебного процесса в вузе.

Список литературы:

1. Заславская О.Ю., Любутов О.Д. Использование специализированных электронных образовательных ресурсов для подготовки школьников к олимпиадам по информатике // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Информатизация образования. 2021. Т. 18. № 4. С. 326–336.
2. Меленова, М. М. Особенности языка программирования Python, которые необходимо учитывать при подготовке к олимпиадам по информатике / М. М. Меленова // Молодой ученый. – 2022. – № 22(417). С. 496-498.

## **ОТДАЛЁННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕСВОЕВРЕМЕННОЙ КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Мамедова А.Х.

Научные руководители – доцент кафедры кардиологии ФПК и ППС КГМУ Балеева Л.В., доцент кафедры кардиологии ФПК и ППС КГМУ Галеева З.М.  
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Цель. Подчеркнуть роль факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) в возникновении серьезных осложнений.

Методы исследования. Анализ медицинской документации, лабораторных и инструментальных показателей обследования пациента.

Клинический случай. Мужчина, 64 года. Имеет пять факторов риска: курение с 18 лет, с 42 лет повышение артериального давления до 160/90 мм рт.ст., избыточная масса тела, дислипидемия, отягощенная наследственность (отец перенес инфаркт миокарда).

В 2006 г. появилась стенокардия напряжения. В 2008 г. перенес инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка. В последующем диагностирована аневризма левого желудочка со снижением сократительной способности миокарда. По данным коронарной ангиографии выявлен выраженный многососудистый атеросклероз коронарных артерий. В 2009 г. проведена операция маммаро-коронарного шунтирования передней нисходящей артерии и пластика аневризмы левого желудочка. В 2018 г. возник пароксизм желудочковой тахикардии с последующей успешной кардиоверсией. Проведена имплантация кардиовертера-дефибриллятора.

В ноябре 2022 г. госпитализация с жалобами на выраженную слабость, сердцебиение. На электрокардиограмме трепетание предсердий с проведением 2:1, желудочковые экстрасистолы, блокада правой ножки и передней ветви левой ножки пучка Гиса, частота желудочковых сокращений 165 в минуту, патологический зубец Q в отведениях I, aVL, V2-V6. Произошло спонтанное восстановление синусового ритма.

Чреспищеводная эхокардиография: в левых камерах сердца эффект спонтанного контрастирования, на трабекулах ушка левого предсердия тромботические наложения. Эхокардиография: гипо-, акинез всех апикальных, медиальных и части базальных сегментов левого желудочка, фракция выброса левого желудочка 18% (норма более 52%), умеренная легочная гипертензия. Перфузионная сцинтиграфия миокарда: зона постинфарктной аневризмы и область пластики левого желудочка. Компьютерная томография сердца - коронарография, шунтография: передняя нисходящая артерия стенозирована более 70%, шунт к передней нисходящей артерии проходим. Медикаментозная терапия: валсартан/сакубитрил 50 мг 2 раза, бисопролол 1,25 мг, эплеренон 50 мг, дапаглифлозин 10 мг, торасемид 10 мг, аторвастатин 40 мг.

Заключение. У пациента имелись многочисленные факторы риска ИБС без воздействия на них, которые привели к инфаркту миокарда с тяжелой сердечной недостаточностью. В последующем потребовалось проведение высокотехнологичных и дорогостоящих вмешательств (коронарное шунтирование с резекцией аневризмы левого желудочка, имплантация кардиовертера-дефибриллятора) и продолжение многокомпонентного лекарственного лечения. Своевременное проведение мероприятий по здоровому образу жизни – прекращение курения, нормализация веса, снижение артериального давления до нормы, снижение уровня холестерина – смогли бы предотвратить серьезные сердечно-сосудистые события и снизить финансовые затраты на лечение осложнений ИБС.

## **РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ШИЗОФРЕНИЯ, ПАРАНОИДНОИДНАЯ ФОРМА, НЕПРЕРЫВНЫЙ ТИП ТЕЧЕНИЯ. СИНДРОМ ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫЙ».**

Хиль М.О.

Научный руководитель: ассистент кафедры нервных болезней, психиатрии и наркологии Браш Н.Г.

ФГБОУ ВО Амурская государственная медицинская академия  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность работы заключается в том, что в выбранном клиническом случае наблюдается выраженная резистентность к терапии на стандартных схемах лечения с применением атипичных нейролептиков и антидепрессантов.

Цель данной работы – исследование резистентности к стандартной схеме фармакотерапии при обострении параноидной шизофрении.

Задачи исследования:

- найти пациента с наличием устойчивости к фармакотерапии;
- провести анализ данного клинического случая;
- выявить схему лечения с наличием положительного эффекта.

Для того, чтобы достигнуть цели исследования, необходимо было подобрать клинический случай, соответствующий следующим условиям:

1. наличие психического заболевания в стадии обострения;
2. резистентность к стандартным схемам фармакотерапии.

В исследовании был использован индуктивный метод, заключающийся в выявлении закономерности частного случая и возможном распространении его на пациентов с аналогичной клинической картиной. А также специализированные методы медицинских исследований: метод динамического наблюдения, анализ инструментальных и лабораторных исследований

Для исследования был выбран следующий клинический случай: пациентка, 46 лет, страдает хроническим психическим заболеванием с 1993г. многократно лечилась стационарно, с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой религиозного содержания. Была установлена II группа инвалидности бессрочно.

Регулярно принимала поддерживающую терапию оланзапином, в связи с отсутствием положительного эффекта была переведена на терапию галоперидолом. Состояние несколько улучшилось, но стали нарастать экстрапирамидные нарушения. В течении месяца проводимой терапии положительной динамики не отмечалось. Помимо имеющихся симптомов тревоги и апатии, появились "голоса", спутанность мыслей, суицидальные мысли, перестала спать по ночам, стала замкнута.

При поступлении в стационар отмечается галлюцинаторно-бредовая симптоматика, паралогичность мышления, резкое снижение энергического потенциала, тревожность, эмоциональная лабильность, отсутствие критики к своему состоянию. Была назначена терапия рисперидоном пароксетином в течении месяца положительной динамики не наблюдалось, поэтому пациентка переведена на галоперидол. Спустя месяц сохранялась галлюцинаторно-бредовая симптоматика, было принято решение изменить схему лечения с заменой галоперидола на трифтазин. Спустя месяц сохранялись обманы восприятия, было решено заменить трифтазин на галоперидол и аминазин, в связи с устойчивым снижением фона настроения было решено заменить пароксетин на amitриптилин. Спустя 6 месяцев была подобрана терапия: тригексифинедил (0.002 9:00, 14:00), галоперидол (10 mg в 9:00, 14:00, 5 mg в 18:00), тизерцин (25 mg в 21:00), отмечалась положительная динамика, была выписана из стационара с улучшением психического состояния.

#### *Заключение*

На фоне подобранной схемы лечения отмечалась положительная динамика: восстановлен ночной сон, аппетит сохранен, стала спокойна, упорядочена в поведении, активная психическая симптоматика купирована, бредовые переживания утратили актуальность для пациентки, выровнялся фон настроения и эмоциональный фон, наличие суицидальных мыслей категорически отрицала, отсутствовала тревожная симптоматика.

Данный клинический случай показывает, что подобранная схема лечения параноидной шизофрении непрерывного типа течения в фазе обострения с наличием галлюцинаторно-параноидного синдрома имеет положительный эффект.