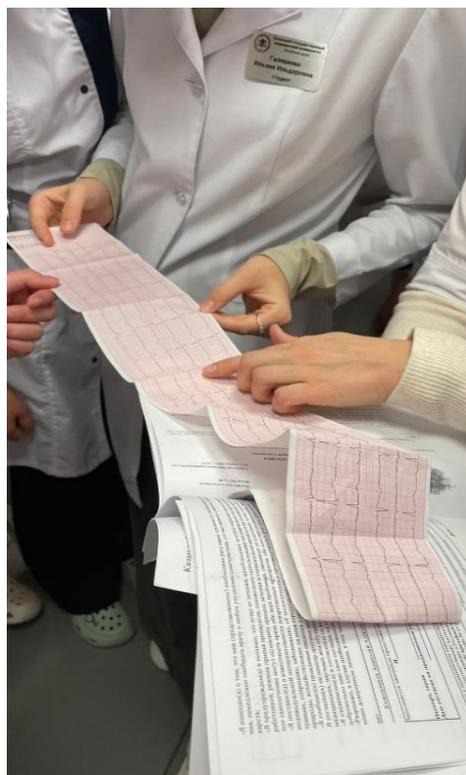


Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

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



Казань
11-12 ноября 2024 года

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

Содержание

«КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ В ПОЛИКЛИНИКЕ», ПОСВЯЩЕННАЯ ПАМЯТИ РУСТЕМА ФАИЗОВИЧА ГАЙФУЛЛИНА	31
ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДИАБЕТОМ С УЧЕТОМ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПО ОПРОСНИКУ КОП-25, Агзамов К.Р. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Научный руководитель - ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики Фахрутдинова А.Ш.	31
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ПОЛИКЛИНИКИ» НАСЛЕДСТВЕННАЯ ТРОМБОФИЛИЯ СКВОЗЬ ТРИ ПОКОЛЕНИЯ, Ахунова К.М., Сураев Д.А.	33
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Научный руководитель - ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики Фахрутдинова А.Ш.	
«ОПЫТ КУРАЦИИ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ДОМУ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК ВРАЧА АПУ», Латипова А.И., Рыбакова М.В.	
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Научный руководитель - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической терапии и общей врачебной практики Казанского ГМУ Синеглазова А.В.,	36
и/о заместителя главного врача по АПЧ, заведующий поликлиническим отделением №2, ГАУЗ «ЦГКБ №18 им. проф. К.Ш. Зыятдинова» Волик С.В.,	
ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики Казанского ГМУ Вантяева С.В.	
ОПЫТ ОВЛАДЕНИЯ АЛГОРИТМОМ: ОТ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА К ДИАГНОЗУ, Гилязова А.И., Меньшина Л.Р. , ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	38
Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики Сигитова О.Н.	
СОЧЕТАНИЕ КОМОРБИДНЫХ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	40
Гурбанова Т., Элдоргхамы М.М.Ф., Хайруллина Э.А.	

- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России,
 Научные руководители - к.м.н., ассистент кафедры поликлинической
 терапии и общей врачебной практики Нуриева А.Р.; директор ООО
 «КДЦ Авиастроительного района», ассистент кафедры
 поликлинической терапии и общей врачебной практики Нурмиева
 Л.С.
- СЕКЦИЯ «КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ В ПОЛИКЛИНИКЕ».
 CULINARY CROSSROADS: DIETARY HABITS AND HEALTH
 RISKS IN EGYPT AND INDIA, **Мохамед А.С.Ф., Селван Р.**
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России 42
 Научные руководители: профессор, заведующий кафедрой
 поликлинической терапии и общей врачебной практики д.м.н.,
 Синеглазова А.В.; ассистент кафедры поликлинической терапии и
 общей врачебной практики к.м.н. Парве С.Д.,
 ВОПРОСЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТА
 СО МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ, **Назарова Ю.В.**
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России 44
 Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры поликлинической
 терапии и общей врачебной практики Архипов Е.В., ассистент
 кафедры госпитальной терапии Костерина А.В.
 ОПРЕДЕЛЯЕМ ФЕНОТИП ОЖИРЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ
 КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ. НА ЧТО СТОИТ ОБРАТИТЬ
 ВНИМАНИЕ?, **Наумов Н.О.**
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России 46
 Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры поликлинической
 терапии и общей врачебной практики Нуриева А. Р.
 «КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: СЛУЧАЙ ЛИХОРАДКИ
 ЗАПАДНОГО НИЛА» **Сафин И.И., Фардиева Н.Р., Леонов А.В.**
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России 49
 Научные руководители – к.м.н., доцент кафедры поликлинической
 терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО Казанский ГМУ
 Минздрава России Архипов Е.В, к.м.н, заведующий ПДО ГАУЗ
 «РКИБ» Павлова Т.Ю.
 СЕКЦИЯ «КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ В ПОЛИКЛИНИКЕ».
 ATTRIBUTES OF OBESITY IN INDIA AND RUSSIA
Нанди С., Сундарам А.
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России 51
 Научные руководители: Синеглазова А.В., д.м.н., профессор,
 заведующий кафедрой поликлинической терапии и общей врачебной
 практики; Парве С.Д., к.м.н., ассистент кафедры поликлинической
 терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО Казанский ГМУ
 Минздрава России
- «ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
 СЕРДЦА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С» 53

- Нарбаева Д.Р., Сытдигов Р.Р.**
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – ассистент кафедры поликлинической
 терапии и общей врачебной практики Асатуллина З.Р.
 «НАУЧНО - ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА» 56
 НАРУШЕНИЯ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ
- Ремахе Л. М.**
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России 56
 Научный руководитель - к. м. н., ассистент кафедры госпитальной
 терапии Белоусова Е. Н.
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, кафедра
 госпитальной терапии, г. Казань, Россия
 РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, В
 УСЛОВИЯХ ГАУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №20»
- Алиева И.Ф.** 58
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - к.м.н., асс. кафедры госпитальной терапии
 Халфина Т.Н., к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии Нуруллина
 Г.И.
- ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ
 ПОЛИПОВ, Сахабетдинова К.Н., Сахабетдинов Б.А. 60
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной
 терапии Абдулхаков Р.А.
- ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С
 САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА, Макарова А.А. 62
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель: к.м.н., асс. кафедры госпитальной терапии
 Акберова Д.Р.
- КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПРОШЕДШИХ
 ОБСЛЕДОВАНИЕ НА H.PYLORI, Хазипов Р.Р. 65
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной
 терапии Абдулхаков Р.А.
- «ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА ЛЕЧЕБНОМ
 ФАКУЛЬТЕТЕ В КАЧЕСТВЕ ПОМОЩНИКА ВРАЧА (ТЕРАПИЯ,
 АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ, ХИРУРГИЯ)». 67
- СЛОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
 ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, Абдуллина Д.Д.,
 Назарова Ю.В. 67
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной
 терапии Халфина Т.Н.

- ОПЫТ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ
ПОМОЩНИК ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА НА БАЗЕ
АККРЕДИТАЦИОННО-СИМУЛЯЦИОННОГО ЦЕНТРА
Абдуллина Д.Д. 69
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель – руководитель АСЦ Казанского ГМУ,
доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева,
к.м.н., доцент Орлов Ю.В.
- ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ВРАЧА ТЕРАПЕВТА ПРИ
ЛИХОРАДКЕ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА, **Нусратуллина А.З.,**
Абросимова Е.Ю., Фархутдинова А.Р.
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ
РФ, 71
БУЗ УР «Городская клиническая больница № 6 Министерства
здравоохранения Удмуртской Республики»
Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней
с курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой
терапии Иевлев Е.Н.
- КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА У
МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С ИНТАКТНЫМИ АРТЕРИЯМИ,
Замалетдинов Т.Р., Касимова А.Р. 73
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры госпитальной
терапии Нуруллина Г.И., к.м.н., ассистент кафедры госпитальной
терапии Халфина Т.Н.
- СЛОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ПАЦИЕНТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ,
Замалетдинов Т.Р., Касимова А.Р. 75
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры госпитальной
терапии Нуруллина Г.И., к.м.н., ассистент кафедры госпитальной
терапии Халфина Т.Н.
- РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЧАСТИЧНЫЙ ОТРЫВ ХОРД
ПЕРЕДНЕЙ СТВОРКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ФОНЕ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, **Джаин Дханшри**
Буддхипракаш 76
ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры внутренних
болезней Митрофанова И.С., к.м.н., старший преподаватель кафедры
внутренних болезней Зеленцова Л.Р. ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ
Минздрава России
- РЕДКАЯ ПРИЧИНА ЖЁЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ, **Ибрагимова Э.Р., Хамидуллина А.Н.** 79
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

- Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Мухаметова Д.Д.; к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Белоусова Е.Н. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ОТРАВЛЕНИЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ», Омелина А.А., Газизова А.И., Пахомова А.А.** 81
- ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава Российской Федерации
- Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней с курсами ЛМД и лечения, ВПТ Иевлев Е.Н.
- КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ «ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО», Батуева Д.И., Умрилова П.В.** 83
- ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России
- Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой терапии Иевлев Е.Н.
- ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕЗЕРВУАРИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ, Исмаилова Л.Р., Акчурина О.Э.** 85
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Мухаметова Д.Д., к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней Шакуров А.Ф. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА СТАЦИОНАРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ», Ленцова С.И., Горбунова М.А.** 87
- ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России
- КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С НЕКОМПАКТНЫМ МИОКАРДОМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, Мифтахутдинова Д.И.** 89
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- Научный руководитель – к.м.н., доц. Бомбина Л.К.
- АУТОИММУННЫЙ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ 2-ГО ТИПА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ, Терехова А.А.** 91
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры эндокринологии Киселева Т.А.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА СТАЦИОНАРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «МИКСОМА ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ», Целикова Л.Р.** 93

ФГБОУ ВО Ижевская Государственная Медицинская Академия Минздрава России Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой терапии Руденко И.Б.	
СЛУЧАЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА НА ФОНЕ ОСТРОЙ ИНФЕКЦИИ, Шакирова Л. Р., Сарманова А.Т.	96
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии Нуруллина Г.И., к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Халфина Т.Н.	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ВВИДУ ОККЛЮДИРУЮЩЕГО ТРОМБОЗА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ» ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ, Шамгунов С.Р., Шамсутдинова К.Р.	98
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней имени профессора С.С. Зимницкого Макаров М.А.	
СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В СОСТАВЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ, Бобрихина А.С., Гизатуллина Д.И.	100
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева Орлов Ю.В.	
РОЛЬ НАСТАВНИКА В ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ, Денисова С.Д., Дорошенко Я.В.	102
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России Научный руководитель - доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева, к.м.н. Орлов Ю.В.	
ИНТЕРЕСНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТА-ПРАКТИКАНТА: РАЗВИТИЕ ГИГАНТСКОЙ СЕРОЗНОЙ ЦИСТОАДЕНОМЫ ЛЕВОГО ЯИЧНИКА В РАННЕМ РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ, Миннеханова А.И.	105
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России Научный руководитель – руководитель АСЦ Казанского ГМУ, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева, к.м.н., доцент Орлов Ю.В.	
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА» ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2	107

- ТИПА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, **Валеева Д.Р., Мамедова А.А.**
 ФГБОУ ВО Ижевская Государственная Медицинская Академия МЗ РФ
 Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии Шевкунова Н.А
 «ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ В КАЧЕСТВЕ ПОМОЩНИКА ВРАЧА (ТЕРАПИЯ, АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ, ХИРУРГИЯ)» 112
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА СТАЦИОНАРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «КОМПЕНСАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТЯЖЕЛОЙ АНЕМИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ», **Ганеева. И.З.** 112
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – ассистент кафедры внутренних болезней Молодцова А.Ф., ассистент кафедры внутренних болезней Салимова Л.М.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА СТАЦИОНАРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ТРОМБОЭМБОЛИЯ КРУПНЫХ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ», **Куклихина М.В., Зарипова А.И., Тазеева А.А.** 115
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научные руководители: Ассистент кафедры внутренних болезней Салимова Л.М.
 Заведующая терапевтическим отделением Галеева Ш.Ш.
- КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА «ТАКОЦУБО» ПОД МАСКОЙ ИБС, **Сысоева А.Ю., Усманова А.З.** 117
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – асс. кафедры внутренних болезней Фатыхова К.Р.
- КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ЭЛЕКТРОД-ИНДУЦИРОВАННОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА», **Джаин Дханшри Буддхипракаш** 118
 ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней Митрофанова И.С., ассистент кафедры внутренних болезней Старченко А.Д.
- СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 120
Бикчантаева А.Д., Мустаева А.Р.
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

- Научный руководитель - ассистент кафедры внутренних болезней,
Саттарова Фирюза Ильдаровна
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
СТАЦИОНАРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ».
«ТРУДНОСТИ И ИННОВАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО
ДИАБЕТА 1 ТИПА» 123
- Кулькова П.С., Мингалеева Н.Э.**
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней
Пальмова Л.Ю.
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «АНТИЭКССУДАТИВНЫЙ
ЭФФЕКТ ПЕПТИДНОГО ИНГИБИТОРА КИНАЗЫ ЛЕГКИХ
ЦЕПЕЙ МИОЗИНА ПИК7 ПРИ ИШЕМИЧЕСКИ-
РЕПЕРФУЗИОННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МИОКАРДА КРЫС». 125
- Имамова Г.А**
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель – Сонин Д.Л заведующий НИО
микроциркуляции и метаболизма миокарда, ЦЭБ, ИЭМ ФГБУ
«НМИЦ им. В.А.Алмазова» Минздрава России, к.м.н.
«ПОМОЩНИК ВРАЧА». ПИТАНИЕ ЧЕРЕЗ ПОКОЛЕНИЯ
ЖЕНЩИН: ОТ ТРАДИЦИЙ К НОВЫМ ЗНАНИЯМ» 127
- Загриева З.В.**
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней
Андреичева Е.Н.
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО
СЛУЧАЯ «ИОН НА ФОНЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО АФС
СИНДРОМА». 130
- Горбунова Е.С., Свержевская А.Д.**
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научные руководители - ассистент кафедры внутренних болезней
Салимова Лилия Михайловна, ассистент кафедры внутренних
болезней Молоствовова Алсу Фердинандовна.
«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.
РАСШИРЕНИЕ ГОРИЗОНТОВ» РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО
СЛУЧАЯ «ТИРЕОТОКСИКОЗ». 133
- Бирюкова Т.А., Гасимова А.Ф., Низамов Ш.А.**
ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия
Минздрава России
БУЗ УР «Городская клиническая больница № 6 Министерства
здравоохранения Удмуртской Республики»

- Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой терапии Иевлев Е. Н.
- РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ. ГЕРМИНОГЕННО-КЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ РАЗЛИЧНОГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА (НЕЗРЕЛАЯ ТЕРАТОМА С ФОКУСАМИ ОПУХОЛИ ЖЕЛТОЧНОГО МЕШКА), Асанова Н.А.** 135
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ
- Научный руководитель – к.м.н. доцент Черезова Ирина Николаевна
- КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕОНАТАЛЬНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА, Алимова Ю.Р., Хисматова М.Р.** 137
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Камалова Аэлига Асхатовна
- «ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК МЛАДШЕГО МЕД. ПЕРСОНАЛА, ПАЛАТНОЙ И ПРОЦЕДУРНОЙ МЕД. СЕСТРЫ»** 140
- «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ И УСТРОЙСТВА ПРИЁМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ», Вериги П.В.** 140
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- Научный руководитель: ассистент кафедры общей хирургии, к.м.н. Фатыхов Р. И.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ». КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВО ВРЕМЯ ПРАКТИКИ: БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ, Габдрахманова И.Р.** 142
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Ахтереева А.Р.
- КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕРОНЕГАТИВНОГО СПОНДИЛОАРТРИТА ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДСЕСТРЫ», Гришина Я.Д., Нигамадьянова А.Г.** 143
- Научный руководитель – к.м.н., доц., М. А. Макаров, к.м.н., доц., А. Р. Садыкова
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПАЛАТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА». КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЛОЖНОСТИ ПОДБОРА ДАВЛЕНИЯ И ШУНТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ, Зинатуллина Н.И.** 145
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

- Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Ахтереева А.Р., к.м.н., к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова А.М.
ПРАКТИКА ПОМОЩНИК МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА 2014-2024-2034., Жамалутдинова М.Р., Низамова А.Р. 147
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – ассистент кафедры детских инфекций Раимова Ю.А.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПАЛАТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ. ДИЛАТАЦИЯ ВСЕХ КАМЕР СЕРДЦА», Бектимирова Р.Р.** 149
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Ахтереева А.Р., к.м.н., к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова А.М.
- «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИИ: КАК ПОДГОТОВИТЬ ПАЦИЕНТА К ОПЕРАЦИИ», Гатауллина К.И.** 151
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель: ассистент кафедры детских инфекций Раимова Ю.А.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ». ПРОХОЖДЕНИЕ ПРАКТИКИ «МОЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В ГАУЗ ГКБ №7 В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ НЕВРОЛОГИИ», Корнаухова Р. Р.** 153
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Ахтереева А. Р.
- КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В РАБОТЕ ПОМОЩНИКА МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, Асадчая М.А., Гудынина И.А.** 155
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель: ассистент кафедры детских инфекций Раимова Ю.А.
- ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ, Ягудина Д.Х., Хусаинова К.А.** 157
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель: ассистент кафедры детских инфекций Раимова Ю.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА АЛЬПОРТА Каримуллина Э.М. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России Научный руководитель: ассистент кафедры детских инфекций Раимова Ю.А.	159
ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА – МЕДИКА ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России Тимофеева А.Ю., Зяблицева Е.С. ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И ОПЫТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ДОЛЖНОСТЯХ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАННИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА», Базина У.А. ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Михайлов А.Ю.	161
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ИБС: ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У ОНКОБОЛЬНОГО ПАЦИЕНТА», Залалова З.Р. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Ахтереева А.Р.	163
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В КАЧЕСТВЕ ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ЦИРКУЛЯРНЫЙ ТУМОР СИГМОВИДНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ. Зайнуллина Д. И. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Ахтереева А.Р.	165
МОЯ ПЕРВАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНЕ. РУБРИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ НЕЙРОХИРУРГИИ ПО СТЕПЕНИ НУЖДАЕМОСТИ В УХОДЕ. Варина Л.А. ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Михайлов А.Ю.	167
	169

- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГИДРОЦЕЛЕ СПРАВА»
Хусаенова А.А. 170
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научные руководители – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова А.М., д.м.н., профессор кафедры детских инфекций Халиуллина С.В., к.м.н., доцент кафедры детской хирургии Закиров А.К.
- КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СО СКАРЛАТИНОПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ, ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ, **Ганеева К.Р.**
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России 172
 Научный руководитель к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова А.М., д.м.н., профессор кафедры детских инфекций Халиуллина С.В., к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Самороднова Е.А.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПАЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ВИРУСНЫЙ МИОКАРДИТ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА», **Камалеева Э.Ф., Дяшкина Д.Е.** 174
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова А.М.
- ОПЫТ РАБОТЫ В БОЛЬНИЦЕ: РАЗВИТИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ, **Эхсонзода Мухаммаджон** 176
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – ассистент кафедры детских инфекций Раимова Ю.А.
- РОЛЬ ПОМОЩНИКА МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ БУДУЩЕГО ВРАЧА, **Шавалеев А.Р., Бисеров И.Р.** 178
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – ассистент кафедры детских инфекций Раимова Ю.А.
- СЕКЦИЯ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ» 181
- СИНДРОМ КАБУКИ – МНОГОЛИКОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ
Варламова А.В. Гайнуллин И.И. 181
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научные руководители

- д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Камалова А.А.
заведующий отделением иммунологии и гематологии ГАУЗ ДРКБ
МЗ РТ Шакирова А.Р.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
ПЕДИАТРА». ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕБЕНКОМ
С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ОБУСЛОВЛЕННЫМ
МУТАЦИЕЙ ГЕНА ELN, **Абдирахманова Э.И., Басаркина Д.М.** 183
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной
педиатрии, Волгина С.Я.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
ФИКТИВНОЙ (ПРИТВОРНОЙ) ЛИХОРАДКИ (СИНДРОМА
МЮНХГАУЗЕНА), **Алибекова М.А.** 185
ФГБОУ ВО Смоленский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры поликлинической
педиатрии Ефременкова А.С.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИКА ВРАЧА
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО
СЛУЧАЯ «ТРАНСПОЗИЦИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ
ПРОСТАЯ ФОРМА С ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У
РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ГОДИ ДВА МЕСЯЦА», **Бадертдинова Г.А.,**
Галкина В.Р. 188
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры госпитальной
педиатрии Волгина С.Я.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». «СТЕПЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ
ВАКЦИНАЦИИ ОТ ГРИППА НА УЧАСТКАХ ДЕТСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ Г. КАЗАНИ», **Газизова З.Р.** 190
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной
педиатрии Хабибрахманова З.Р.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». ПАПА В ЖИЗНИ МЛАДЕНЦА В
СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ, **Герасимова А. Ю., Старостина И.**
А. 192
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель - к.м.н., доц. Кулакова Г.А., к.м.н., доц.
Соловьева Н.А.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИКА ВРАЧА
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО
СЛУЧАЯ «ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ КРОНА У РЕБЕНКА 16 ЛЕТ
С ПЕРВИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЕМ», 194

- Валиева Р.И., Денер А.Х.**
 ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России
 Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Волгина С.Я.
РОЛЬ ХОСПИСНОЙ ПРАКТИКИ В ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА НАВЫКИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ, Морозова Е.И., Шайхутдинова А.Н., Набиева Р.Р. 196
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Волгина С.Я.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЛЕРИША, Денер А.Х, Галкина В.Р. 198
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - к.м.н. доц. Пикуза А.В.
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА В АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА, Гильмутдинова А.Р., Гараева З.А. 201
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Волгина С.Я.
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ОРГАНИЗМА И ПРОФИЛАКТИКА, Гильмуллина А.З., Переточкина П.А. 204
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии Рахмаева Р. Ф.
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ. ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, Гурьянова Г.Р., Гурьянов А.А., Мамедова Э.Э. 206
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - к.м.н. ассистент кафедры госпитальной педиатрии Хабибрахманова З.Р.
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ» АЛКОГОЛЬ ИЛИ МАТЕРИНСТВО? Заббарова Р.Т., Новиков И.Д. 208
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии Хабибрахманова З.Р.

ЕСТЬ ЛИ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВЛИЯТЬ НА ОДИН ИЗ ВАЖНЫХ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СВМС?

Загидуллина А.А., Мухаметдинова Г.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

208

Научный руководитель

– к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А.,

– к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьева Н.А.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ», **Иванова Е.А.**

212

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России

Научный Руководитель - к.м.н., ассистент кафедры поликлинической педиатрии Ефременкова А. С.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТА С МУКОВИСЦИДОЗОМ», **Кулькова П.С., Мингалеева Н.Э.**

214

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии – Курмаева Е. А.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ» СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ УЧАСТОК, **Мингазова С.М.**

216

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьева Н.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». ЮВЕНИЛЬНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ, **Мингалеева Н.Э., Шамсутдинова Д.И.**

218

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии Хабибрахманова З.Р.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». ДЕТСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА: ВЗГЛЯД РОДИТЕЛЕЙ, **Миннеханова А.И., Сабирова Л.Р.**

220

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Волгина С.Я.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ» ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ

222

СЕМЕЙНЫЙ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ХОЛЕСТАЗ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ, Мухамадиева А.И., Шайдуллина Р.Р. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьева Н.А., к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А.	
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ: ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ, Набиева Р.Р., Морозова Е.И.	224
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. «СЕМЕЙНАЯ ФОРМА аГУС: ИСТОРИЯ ОДНОЙ СЕМЬИ» Кондратьева А.А., Бикмухаметов Т.А., Шамсевалеева Г.Ф. - ординаторы кафедры госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России	226
Научные руководители – д.м.н., проф. Макарова Т.П., к.м.н., доцент Мельникова Ю.С. ОСОБЕННОСТИ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ МАЛЬАБСОРБЦИИ ГАЛАКТОЗЫ И ГЛЮКОЗЫ, Мингачева Н.Р. – ординатор кафедры госпитальной педиатрии	228
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России Научные руководители - д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Камалова А.А., - заведующий педиатрическим отделением №3 ДРКБ Сагеева Г.И. ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, Абдуллина Д.И. , ординатор кафедры госпитальной педиатрии	230
ФГБОУ ВО Казанского ГМУ Минздрава России Научные руководители - д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Камалова А.А., - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии Рахмаева Р. Ф. АНКЕТИРОВАНИЕ «ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ ОТКАЗОВ РОДИТЕЛЕЙ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ», Шарифуллина Г.С., Зиганшина З.М.	232
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России Научный руководитель -д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Волгина С.Я.	
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В САНИТАРНОЙ СЛУЖБЕ	234
ОЗНАКОМЛЕНИЕ С ЭТАПАМИ ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ	234

ОРГАНИЗАЦИИ НА ПРИМЕРЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ, **Карзакова Е.К.**

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – зам. начальника отдела санитарной охраны территории Управления РПН по РТ Л.О. Борисова, к.м.н., доцент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины С.Т. Аглиуллина
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ УПРАВЛЕНИЯ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ПО РТ В Г.КАЗАНЬ. ВПЕЧАТЛЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ.

236

Шакурова А.Т.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - Ассистент кафедры гигиены, медицины труда Сибгатуллин И.Я.

«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», **Мессеева А.И., Фаттахова А.М., Юсупова З.Р.**

238

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины Назарова О.А.

ОСВОЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ И УМЕНИЙ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ НА БАЗЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ОТДЕЛА РОСПОТРЕБНАДЗОРА РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН И ФБУЗА "ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ" В САБИНСКОМ, МАМАДЫШСКОМ И КУКМОРСКОМ РАЙОНАХ, **Фазылова А. И.**

240

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры гигиены, медицины труда Краснощёкова В.Н.

«МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

242

ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Рувинская Э.О.

242

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Белградский университет (Сербия)

«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА ФАКУЛЬТЕТЕ МЕДИЦИНСКОЙ БИОФИЗИКИ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ». «АНОМАЛИИ ИННЕРВАЦИИ МЫШЦ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ», **Бобылева А.В.**

243

Казанский Федеральный Университет ИФМиБ

- Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры физиологии человека и животных, консультант «НДЦ КГМУ» Еремеев А.М.
«РОЛЬ НАСТАВНИКА В ПЕРИОД ПРАКТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ», Бобылева А.В. 245
 Казанский Федеральный Университет ИФМиБ
 Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры физиологии человека и животных, консультант «НДЦ КГМУ» Еремеев А.М.
- ВЫПОЛНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ НА АВТОМАТИЧЕСКОМ АНАЛИЗАТОРЕ SAPPNIRE400 ВОВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПЕРВОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ, Булдакова Е.А.** 247
 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – старший преподаватель кафедры химии, Серкина Е.А.
- РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ. ТРАНСКАТЕТЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ, Галяутдинова А.Э.** 251
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - к.ф.- м.н., доцент кафедры медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой Гиматдинов Р.С.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ. «АДАПТАЦИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ К УСЛОВИЯМ МОДЕЛИРОВАНИЯ ГИПОГРАВИТАЦИИ», Максимов Денис Максимович** 254
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – доц. кафедры медицинской биологии и генетики Тяпкина О.В.
- УЧЕБНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА. ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ПО ТЕМЕ: «ЦИРКАДИАННАЯ БИОФИЗИКА И ХРОНОМЕДИЦИНА. МЕДИЦИНСКИЕ ДЕСИНХРОНОЗЫ», Мамчур С.А.** 253
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – и.о. зав. кафедрой медицинской биологии и генетики Пахалина И.А.
- УЧЕБНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА. АТФ-СИНТАЗА – ВРАЩАЮЩИЙСЯ ЭЛЕКТРОМОТОР ЖИВОЙ КЛЕТКИ, Новоселов Даниил (медицинская биохимия)** 254
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – и.о. зав. кафедрой медицинской биологии и генетики, к.б.н., Пахалина И. А.

- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ. «ВЛИЯНИЕ 3-СУТОЧНОЙ РЕАДАПТАЦИИ ПОСЛЕ 28 СУТОК МОДЕЛИРОВАНИЯ ГИПОГРАВИТАЦИИ НА РЕДОКС-СТАТУС ДИАФРАГМАЛЬНОЙ МЫШЦЕ МЫШЕЙ», **Павлов А.Е.** 258
 ФГАОУ ВО Казанский (Приволжский) федеральный университет
 Научный руководитель – доц. кафедры медицинской биологии и генетики Тяпкина О.В.
- УЧЕБНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ КРИОКОНСЕРВАЦИИ; ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РАЗРЕШЕНИЯ, **Юстратова А.Т.** (медицинская биохимия) 260
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – ассистент кафедры медицинской биологии и генетики Колочкова Е.В.
- ФИЗИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ: КТ, МРТ, **Рувинская Э.О.** 262
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - к.ф.-м.н., доцент, заведующий кафедрой медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой
 Гиматдинов Рустам Саясович
 Врач-рентгенолог ГАУЗ «РКОД МЗ РТ»
 Зидиханов Дамир Ильшатovich
- ВЛИЯНИЕ ФТОРУРАЦИЛА НАТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ МЫШЕЙ, **Ягафарова А.И., Салихзянова А.Ф.** 264
 ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»
 Научный руководитель – доцент кафедры физиологии человека и животных Яковлева О.В.
- ПРОТЕОМИКА – НАПРАВЛЕНИЕ В БИОХИМИИ И МОЛЕКУЛЯРНОЙ БИОЛОГИИ С БОЛЬШИМИ ПЕРСПЕКТИВАМИ, **Симакова А.С.** 265
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – и.о. зав. кафедрой медицинской биологии и генетики Пахалина И. А.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ. «МАММОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВОЗМОЖНОСТИ, ОГРАНИЧЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ», **Файзуллина Э.В.** 268
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – зав. кафедрой медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой доц. Гиматдинов Р.С.

- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «МЕДИЦИНСКАЯ БИОФИЗИКА». «ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВРАЧА-БИОФИЗИКА», **Юсупова Э.Ф.** 270
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - к.ф.-м.н., доцент кафедры медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой Гиматдинов Р.С.
- «ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ» 272
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ОРТОПЕДА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)», **Атаханов А.А.** 272
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - д.м.н., профессор, врач стоматолог – ортопед высшей категории, заведующая кафедрой ортопедической стоматологии Казанского ГМУ Салеева Г.Т., ассистент кафедры ортопедической стоматологии Казанского ГМУ, врач стоматолог – ортопед, главный врач стоматологической поликлиники «Клиника Мехтивых» Мехтиев Б.М.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА СТОМАТОЛОГА». ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОБИОМОДУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ОКОЛОРОТОВОЙ ОБЛАСТИ, **Буденная О.В., Махса Ханарвар** 279
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии Крикун Е.В.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ОРДИНАТОРА КАФЕДРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО», **Галиев Б.Р.** 281
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой ортопедической стоматологии КГМУ Салеева Г.Т., ассистент кафедры ортопедической стоматологии КГМУ Голубева Е.Б.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА (ДЕТСКОГО)». «РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА», **Галяутдинова Г.М., Пидкорчевная Е.О.** 285
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - д.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста Ширяк Т.Ю.

- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА». «ВЯЗКОСТЬ И ТИКСОТРОПНОСТЬ ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ — АНАЛИЗ И ПРИМЕНЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ», 287
Герасимова Д.Д.
 Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии Крикун Елена Валерьевна
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «СТОМАТОЛОГИЯ». ТРАНСДЕНТАЛЬНАЯ ЭКСТРУЗИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА, 290
Гильмутдинов А.А.
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научные руководители: к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии Шакирова Л. Р.; к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии Мустакимова Р. Ф. ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА». ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТА С НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, Гуляев К.О. 293
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научные руководители: Денисов Николай Дмитриевич – ассистент кафедры ортопедической стоматологии Казанского государственного медицинского университета, Шамсутдинов Марсель Ильдусович – к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии Казанского государственного медицинского университета.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ» СТОМАТОЛОГА-ОРДИНАТОРА. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВОГО ПРОТОКОЛА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ», Зайнутдинова А.Р. 295
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой ортопедической стоматологии КГМУ Салеева Г.Т., ассистент кафедры ортопедической стоматологии Валеев М.Б.
- РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ПОЛНЫЙ ВЫВИХ ПОСТОЯННОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА У РЕБЕНКА», Казумова А.Б. 301
 ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
 Научный руководитель – к.м.н., доцент Кодукова Н.Ю.
- ОРОДЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ С СИНДРОМОМ НУНАН, 303
Лямина В.С., Артемьева К.И.

- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – профессор кафедры детской стоматологии
 ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» МЗ России д.м.н. Мамаева Е.В.
ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ НУНАН: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ, Лямина В.С. 305
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры стоматологии
 детского возраста Мамаева Е.В.
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭДТА НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ, Медведева Е.А. 307
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель к.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой
 хирургии и хирургической стоматологии Нестерова Е.Е.
«ПОМОЩНИК АССИСТЕНТА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА» — ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА, Тфетова А.Г., Гарифуллин К.И. 310
- ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова»
 Научный руководитель — к.м.н., доцент, заведующий кафедрой
 Пропедевтики стоматологических заболеваний и новых технологий
 Никитина Л.И.
«ПОМОЩНИК АССИСТЕНТА ВРАЧА— СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА ЭНДОДОНТИСТА» — ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА, Шарова У.Е. 312
- ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова»
 Научный руководитель — к.м.н., доцент, заведующий кафедрой
 Пропедевтики стоматологических заболеваний и новых технологий
 Никитина Л.И.
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА ЛЕЧЕБНОМ, ПЕДИАТРИЧЕСКОМ, МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ, МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОМ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТАХ». «ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕПТИДОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА», Рыскина А.В., Миннулина К.И. 316
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - д.м.н., доцент кафедры стоматологии
 детского возраста Ширяк Т.Ю.
ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ФГБОУ ВО «КАЗАНСКИЙ ГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ КАЧЕСТВОМ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕТНЕЙ УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ «УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПЕРВИЧНЫХ 321

- ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ НА ДОЛЖНОСТЯХ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА»,
Сафиуллина З.А.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научные руководители - к.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Нестерова Е.Е., к.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Торгашова О.Е.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ» СТОМАТОЛОГА-ОРДИНАТОРА. «ФОТОПРОТОКОЛ, КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА», **Чиков А.В.** 324
Научный руководитель - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой ортопедической стоматологии КГМУ Салеева Г.Т.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА 329
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА ФАРМАЦИИ» АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ОФОРМЛЕНИИ РЕЦЕПТУРНЫХ БЛАНКОВ, **Гарифуллина А.И.** 329
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель – к.фарм.н., доцент Института фармации Гарифуллина Г.Х.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА ФАРМАЦИИ». ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, **Гибаева Д.А.** 331
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель - к.ф.н., доцент Института фармации Гарифуллина Г.Х.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА ФАРМАЦИИ». ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН, **Гирфатова Р.Р.** 333
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель - к.ф.н., доцент Института фармации Гарифуллина Г.Х.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА ФАРМАЦИИ». ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА СРЕДСТВ, СОДЕРЖАЩИХ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ, **Королевская О.С.** 335
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.ф.н., доцент Института фармации ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России Гарифуллина Г.Х.

Научный руководитель - к.х.н., доцент кафедры органической и фармацевтической химии ФГБОУ ВО Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова Андреева В.В.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА ФАРМАЦИИ». ЛЬГОТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН, Сагитова А.А.

338

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.ф.н., доцент Института фармации Гарифуллина Г.Х.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА ФАРМАЦИИ». ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ НА ПРИМЕРЕ ГАУЗ «РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН», Селезнева Н.А.

340

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.ф.н., доцент Института фармации Гарифуллина Г.Х.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА "УПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОРГАНИЗАЦИЙ И ИХ СТРУКТУРНЫМИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМИ ЗАНЯТЫХ В СФЕРЕ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ДРУГИХ ТОВАРОВ АПТЕЧНОГО АССОРТИМЕНТА". ТЕНДЕНЦИИ И ВЫЗОВЫ ДИСТАНЦИОННОЙ ТОРГОВЛИ ЛЕКАРСТВАМИ: АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ, Дихтяренко Е.С.

342

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.фарм.н., ст. преподаватель Института фармации Григорьева И.А.

ПРАКТИКА ПО УПРАВЛЕНИЮ И ЭКОНОМИКЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ «СТАЖЕР ОТДЕЛА МАРКЕТИНГА ОТС», Ещенко А.Н.

344

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.фарм.н., старший преподаватель Института фармации Григорьева И.А.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА "УПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОРГАНИЗАЦИЙ И ИХ СТРУКТУРНЫМИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМИ ЗАНЯТЫХ В СФЕРЕ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ДРУГИХ ТОВАРОВ АПТЕЧНОГО АССОРТИМЕНТА". ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

346

ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ,
Маликова О.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.фарм.н., ст.преподаватель Института
фармации Григорьева И.А.

УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА ПО ОБЩЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
ТЕХНОЛОГИИ. ВОПРОСЫ ПРОМЫШЛЕННОГО
ПРОИЗВОДСТВА ЦИТОСТАТИКОВ, ПРОИЗВОДИМЫХ НА
ПРЕДПРИЯТИЯХ ООО «НАНОФАРМА ДЕВЕЛОПМЕНТ» И АО
«ТАТХИМФАРМПРЕПАРАТЫ», **Абдрашитов Р.Р.**

348

Научные руководители – д.ф.н., доцент Института фармации
Камаева С.С., к.ф.н., доцент Института фармации Меркурьева Г.Ю.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА ПО ОБЩЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
ТЕХНОЛОГИИ. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УЧЕБНОЙ
ПРАКТИКИ ПО ОБЩЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ
Журба С.С.

350

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – д.ф.н., доцент Института фармации Камаева
С.С., к.ф.н., доцент Института фармации Меркурьева Г.Ю.

УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА ПО ОБЩЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
ТЕХНОЛОГИИ. СОВРЕМЕННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ
ГРАНУЛЯЦИИ, ИСПОЛЬЗУЮЩЕЕСЯ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ
ТАБЛЕТИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ, **Ибрагимова А.Г.**

352

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – к.ф.н., доцент Института фармации
Меркурьева Г.Ю., д.ф.н., доцент Института фармации Камаева С.С.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРОПЕДЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЗДАНИЯ МИКСТУРЫ КВАТЕРА,
Караева П.В.

354

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – д.ф.н., доцент Института фармации
Камаева С.С., к.ф.н., доцент Института фармации Меркурьева Г.Ю.

УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА ПО ОБЩЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
ТЕХНОЛОГИИ. ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРОМЫШЛЕННОГО
ПРОИЗВОДСТВА СИРОПА СОЛОДКИ НА БАЗЕ АО
«ТАТХИМФАРМПРЕПАРАТЫ», **Лисенкова Ю.А.**

356

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – д.ф.н., доцент Института фармации
Камаева С.С., к.ф.н., доцент Института фармации Меркурьева Г.Ю.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

358

- «РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ», **Абдуллина Ю.А., Фардиева И.М.**
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - к.фарм.н., доцент Института фармации Воробьева Н.В.
- «АСКОРБИНОВАЯ КИСЛОТА В ЛЕКАРСТВЕННОМ РАСТИТЕЛЬНОМ СЫРЬЕ», **Батдалова А.Р., Галиакберова К.М.** 360
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - доцент Института фармации Ситникова Н.В.
- ДЕНДРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕРРИТОРИИ ВОСКРЕСЕНСКОГО НОВО-ИЕРУСАЛИМСКОГО АРХИЕРЕЙСКОГО ПОДВОРЬЯ ГОРОДА КАЗАНИ, **Валуева В.Н.** 362
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – доцент института фармации КГМУ Ситникова Н.В.
- ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ
Гайнуллина Л.Р., Федотова А.В. 363
 Научный руководитель: к.с.-х.н., доцент Ситникова Н.В.
 ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»
 Министерства здравоохранения Российской Федерации
- ИЗУЧЕНИЕ АНАТОМО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЗВЕЗДЧАТКИ СРЕДНЕЙ (STELLARIA MEDIA) И ЗВЕЗДЧАТКИ ЛАНЦЕТОВИДНОЙ (STELLARIA HOLOSTEA), **Караева П.В.** 365
 Научный руководитель – к.с.-х.н., доцент Института фармации Ситникова Н.В.
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И ПРОИЗРАСТАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ, **Коновалов Д.А.** 367
 Научный руководитель – к. с. – х. н, доцент Института фармации Ситникова Наталья Владимировна
- ОСОБЕННОСТИ СИМБИОЗА RHIZOBIUM С РАСТЕНИЯМИ СЕМЕЙСТВА FABACEAE, **Кошкина В.Д.** 369
 Научный руководитель - к.с.-х.н., доцент Института фармации Ситникова Наталья Владимировна
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- ПОЛЫНЬ – РАСТЕНИЕ ЖИЗНИ И ПЛОДОРОДИЯ, **Мухамметгалиева Ч.И.** 371
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель – к.с.-х.н., доцент Института Фармации КГМУ Ситникова Н.В.

- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА.
«РАЗРАБОТКА СТАНДАРТНЫХ ОПЕРАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР
ДЛЯ ВНУТРЕННЕГО АУДИТА КАЧЕСТВА ШПРИЦОВ НА БАЗЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ», **Нуруллина Ю.Ф.,** 373
Абдуллина Ю.А.
- ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель - д.фармац. наук, профессор Института
фармации Егорова С.Н.
«СОРНЫЕ РАСТЕНИЯ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ АЛЛЕРГИЮ.
МИКРОСКОПИЯ ПЫЛЦЕВЫХ ЗЕРЕН», **Семенова Д.А.** 376
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
Научный руководитель - к.с.-х.н., доцент Института фармации КГМУ
Ситникова Н. В.
- ПРИКЛАДНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНЦЕПЦИЙ
ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В КУРСЕ «ОРГАНИЗАЦИЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АПТЕК» ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ 378
КОЛЛЕДЖЕЙ И ВУЗов., **Георгиев В.О.**, к.т.н., преподаватель.
Казанский Медицинский колледж Минздрава России
- ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ ПО
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ИРКУТСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ 378
Посохина А.А., Мурашкина И.А., Минович В.М.
ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ Минздрава России
- ПРАКТИКА ПО КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ. ВНУТРИАПТЕЧНЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МАЗЕЙ
Корнилова О.Ю. 385
Научный руководитель – к. фарм. н., доцент Института фармации
Сидуллина С.А.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- ПРАКТИКА ПО КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ
АПТЕЧНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ 387
Ибрагимова Д.М.
Научный руководитель – к. фарм. н., доцент Института фармации
Тухбатуллина И.К.
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
- МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРАКТИКА 389
- МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА.
«ВРАЧИ, ПАЦИЕНТЫ, ГОРЫ: МЕДИЦИНСКАЯ СТАЖИРОВКА В
АРМЕНИИ», **Айвазян В.М., Жиденко К.К.** 389
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней имени профессора С.С. Зимницкого Иванцов Е.Н.

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИИ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТА С WPW-СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ», Гафурова А.Ф. 391

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – к.м.н., доц. Садыкова А.Р. и к.м.н., доц. Макаров М.А.

ОПЫТ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ 2 КУРСА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ, Дханрадж Р., Вишвакарма А.К. 393

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела Михайлова О.Д.

МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА. «МЕЖДУ МЕДИЦИНОЙ И СЕРДЦЕМ»., Жиденко К.К., Айвазян В.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней имени профессора С.С. Зимницкого Иванцов Е.Н. 395

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ НА БАЗЕ Г. АСТАНА (РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН), Загидуллин Р.И. 398

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – заведующий учебной и производственной практикой Серкина Е.А.

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ СТУДЕНТОВ С ПАЦИЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО БАРЬЕРА.

Зигнашин Д.Р., Боби, Джойти

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела Михайлова О.Д. 400

ЛЕТНЯЯ ПРАКТИКА ПО ПРОГРАММЕ ОБМЕНА «KazMSA: SCOPE EXCHANGE», Отарбек А.А.

НУО «Казахстанско-Российский Медицинский Университет»

Врач торакальный хирург высшей категории, кандидат медицинских наук Матвеев В.Ю. 403

- ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ЭЛИТНЫХ СПОРТСМЕНОВ: ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**
Рувинская Э.О. 405
 ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Белградский университет
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЕ»**
Соколова А.А. 406
 Научный руководитель – врач инфекционист в РКИБ, аспирант кафедры «Инфекционные болезни» в КГМУ - Евдокимова А.Э.
- INTERNATIONAL PRACTICE AT RKOD ANESTHESIOLOGY DEPARTMENT IN TAMSA-TATARSTAN., Halil Ibrahim Seyhan**
ARTUR PASHEEV, PhD, Anesthesiology and Intensive Care Department 408
 of Tatarstan Cancer Center (RKOD)
- GAZIANTEP UNIVERSITY DEPARTMENT OF MEDICINE ОПЫТ МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАЖИРОВКИ В CHANG GUNG UNIVERSITY, TAIWAN, Хасаншин М.Р.**
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России 410
 Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры нормальной физиологии Мартынов А.В.
- ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПРОЦЕДУРНОЙ МЕДСЕСТРЫ». «МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА - СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ», Храмов М.Е.** 412
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России
 Научный руководитель - к.м.н., Садыкова А.Р.; к.м.н., доцент Макаров М.А.
- MODELING OF ISCHEMIC STROKE IN RATS. CELL MEDIATED GENE THERAPY, Alvarez Paredes Dulcemaria Guadalupe**
Cientifica del Sur University 414
 Scientific supervisor - PhD, Associate Professor of the Department of laboratory of Molecular and Cellular Medicine
 Markosyan Vage

**«КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ В ПОЛИКЛИНИКЕ», ПОСВЯЩЕННАЯ
ПАМЯТИ РУСТЕМА ФАИЗОВИЧА ГАЙФУЛЛИНА**

***ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДИАБЕТОМ С УЧЕТОМ
ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРИВЕРЖЕННОСТИ
ЛЕЧЕНИЮ ПО ОПРОСНИКУ КОП-25***

Агзамова К.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - ассистент кафедры поликлинической терапии и
общей врачебной практики Фахрутдинова А.Ш.

Цель: Оценить взаимосвязь приверженности на основе опросника КОП-25 с поведенческими факторами риска у лиц с предиабетом.

Материал и методы. При проспективном наблюдении изучен анамнез и клиничко-лабораторные данные пациентов с низким и высоким уровнем приверженности. Оценивалась приверженность модификации образа жизни (ПМ), медицинскому сопровождению (ПС), лекарственной терапии (ПТ), общей приверженность лечению (ПЛ) по опроснику КОП-25. За низкий уровень приверженности взят результат менее 50%, средний – от 50% до 74%, высокий – от 75%. С помощью опросника STEPS изучены поведенческие ФР: избыточное потребление соли и сахара, недостаточное потребление овощей и фруктов (НПОФ), курение, низкая физическая активность (НФА), употребление алкоголя. Измерены рост, вес, окружность талии (ОТ) и окружность бедер (ОБ), рассчитан индекс массы тела (ИМТ) и отношение ОТ к ОБ (ОТ/ОБ). Уровень висцерального жира (УВЖ) был определен по результатам биоимпедансометрии. Повышенным считался уровень более 12 ЕД.

Результаты. Первый клинический случай. Мужчина 44 года, диагноз: ГБ II стадии, контролируемая АГ, целевое АД 120-129/70-79 мм рт.ст., риск 3. ГЛЖ. Дислипидемия. Избыточная масса тела. Абдоминальное ожирение.

Принимает валсартан 80 мг 1 раз в день. Наличие поведенческих факторов риска отрицает.

При объективном осмотре установлены избыточная масса тела (ИМТ=27,2 кг/м²) и абдоминальное ожирение (ОТ=95 см, ОБ=104 см). Выявлены поведенческие факторы риска (ПФР): НФА, нерациональное питание с избыточным потреблением сахара, недостаточное потребление воды. Также обнаружено снижение холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) и повышения гликированного гемоглобина (HbA1c). ПМ и ПС оказались на высоком уровне (84% и 75% соответственно), ПТ и ПЛ на среднем уровне (69,44% и 74,68% соответственно). По результатам осмотра проведено углубленное профилактическое консультирование по модификации образа жизни.

При повторном осмотре отмечена коррекция поведенческих факторов риска: умеренная физическая активность 30 минут в день, исключение сахаросодержащих напитков и продуктов с высоким гликемическим индексом, дробное питание с содержанием фруктов и овощей 400 грамм в сутки, потребление воды более 30 мл/кг. При объективном осмотре наблюдалось снижение веса ИМТ 24,4 кг/м², снижение ОТ - 89 см. Гликированный гемоглобин соответствовал 5,21%. Произошло улучшение показателей кардиометаболического профиля.

Второй клинический случай. Женщина 38 лет, диагноз: Остеоартрит коленных суставов, R ст. I и II степени, ФН 1. Избыточная масса тела. Абдоминальное ожирение. При объективном осмотре установлены избыточная масса тела (ИМТ= 26,2 кг/м²) и абдоминальное ожирение (ОТ=79 см, ОБ=110 см). Выявлены поведенческие факторы риска: НФА, избыточное потребление сахара, НПОФ, недостаточное потребление воды. А также выявлены снижение ХС-ЛПВП и повышения HbA1c. При оценке приверженности лечению все её виды находились на низком уровне: ПМ – 39,67%, ПС – 31,67%, ПТ – 30%, ПЛ – 32,97%. По результатам осмотра проведено углубленное профилактическое консультирование по

модификации образа жизни. Однако, в динамике наблюдения поведенческие факторы не были скорректированы. При повторном осмотре выявлено прогрессирование дисметаболических расстройств - повышение ИМТ до 27,6 кг/м², ОТ до 82 см. Гликированный гемоглобин увеличился до 6,2%.

Заключение. Таким образом, приверженность является важным фактором определяющих динамику поведенческих и кардиометаболических факторов риска, и может ассоциироваться как с нормализацией кардиометаболического профиля, так и с повышением рисков при низкой приверженности лечению.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
ПОЛИКЛИНИКИ»***

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ТРОМБОФИЛИЯ СКВОЗЬ ТРИ ПОКОЛЕНИЯ

Ахунова К.М., Сураев Д.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики Фахрутдинова А.Ш.

Цель работы: Изучить особенности ведения наследственной тромбофилии в амбулаторной практике на основании анализа клинических случаев.

Материалы и методы: анализ медицинских заключений «НМИЦ гематологии» МЗ РФ пациентов с наследственной тромбофилией и их амбулаторных карт на базе «Городская поликлиника №21» г. Казани: женщины 1945 г.р., дочери 1973 г.р, внучки 1997 г.р. и внука 2000 г.р.

Результаты:

В 2017 году женщине 1945 г.р. выставлен диагноз: «Тромбоз малой подкожной и задней большеберцовой вен, перевязка малой подкожной вены слева». Внуку 2000 г.р. в том же году установлен диагноз: «Флотирующий тромбоз инфраренального отдела нижней полой вены. Посттромботическая

окклюзия подвздошно-бедренно-подколенного сегментов. Тромбоз правой общей подвздошной вены». Наличие тромбоэмболических осложнений в молодом возрасте, их атипичная локализация, наличие тромбоза без видимых факторов риска позволили заподозрить наследственную тромбофилию. Поэтому в 2019 году было проведено семейное молекулярно-генетическое обследование в «НМИЦ гематологии» МЗ РФ. У всех четверых обследованных был выявлен наследственный дефицит протеина С, а также у женщины 1945 г.р. – генетические дефекты фактора V, наследственный дефицит протеина S и антитромбина III.

Даны рекомендации: в случае возникновения тромботических событий - терапия протеином С; терапия прямыми оральными антикоагулянтами в терапевтических дозах; ангиопротекторы по 3 месяца 2 раза в год, фолиевая кислота по 1 месяцу через месяц. Контроль коагулограммы, гомоцистеина, УЗИ сосудов конечностей 1 раз в год. Наблюдение флеболога по месту жительства.

В динамике наблюдалось различное течение заболевания.

I. Женщина 1945 г.р. Коагулограмма (январь 2023г.): протромбиновое время (ПВ) 11.8 с.; по Квику 98%; МНО 1.02; АЧТВ 28.1 с.; фибриноген 2.70 г/л. Артериальных и венозных тромбозов после начала терапии не наблюдалось.

II. Дочь 1973 г.р. В августе 2021 г. пациентке в ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ выставлен диагноз: «Церебральный венозный тромбоз с окклюзией левого сигмовидного и поперечного синусов с обширным венозным инфарктом теменно-височной области слева с вторичным геморрагическим пропитыванием, с латеральной дислокацией срединных структур в форме грубой сенсорно-моторной афазии, легкого правостороннего гемипареза, общемозговой симптоматики». Коагулограмма: МНО 1.01; АЧТВ 22.4 с.; фибриноген 2.3 г/л; д-димер 1.99 мг/л. Назначен аликсабан 5 мг 2 раза в день. На фоне проведенной терапии достигнута реканализация венозных синусов головного мозга по данным МРТ головного мозга с контрастным усилением.

В июле 2023 г. госпитализация в ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ с диагнозом: «Транзиторная ишемическая атака в бассейне левой СМА с преходящими речевыми нарушениями». Коагулограмма: МНО 0.97; АЧТВ 24.5 с.; ПВ 10.5 с.; ПВ по Квику 93%; фибриноген 2.18 г/л; д-димер 0.51 мг/л. Пациентка продолжает получать антикоагулянтную терапию.

III. Внучка 1997 г.р. Коагулограмма (март 2020г.): АЧТВ 31.2 с.; фибриноген 3 г/л; ПВ по Квику 83%. Артериальных и венозных тромбозов не наблюдалось.

IV. Внук 2000 г.р. Коагулограмма (октябрь 2018г.): ПТИ 80%; МНО 1.21; фибриноген 3.48 г/л; д-димер 38 нг/мл. Артериальных и венозных тромбозов после начала терапии не наблюдалось.

Заключение. Описанные клинические случаи подтверждают важность исследования маркеров для выявления наследственной тромбофилии (развитие тромбозов в молодом возрасте, их атипичная локализация, наличие венозного тромбоза без видимых факторов риска), а также необходимость дальнейшего приема пероральных антикоагулянтов и ангиопротекторов, контроля коагулограммы, гомоцистеина, ультразвуковой доплерографии сосудов конечностей, наблюдение флеболога.

**«ОПЫТ КУРАЦИИ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ НА ДОМУ ПРИ
ПРОХОЖДЕНИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК
ВРАЧА АПУ»**

Латипова А.И., Рыбакова М.В.

Научный руководитель - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой
поликлинической терапии и общей врачебной практики Казанского ГМУ
Синеглазова А.В.,

и/о заместителя главного врача по АПЧ, заведующий поликлиническим
отделением №2, ГАУЗ «ЦГКБ №18 им. проф. К.Ш. Зыятдинова»

Волик С.В.,

ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики
Казанского ГМУ Вантяева С.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. С увеличением численности пожилого населения и распространением хронических заболеваний возрастает количество людей, нуждающихся в оказании медицинской помощи на дому. Привлечение студентов старших курсов медицинского университета к проведению курации маломобильных пациентов может повысить доступность медицинской помощи.

Цель. Провести анализ результатов курации маломобильных пациентов на дому во время прохождения практики «Помощник врача АПУ».

Задачи. Изучить структуру нозологий, определяющих статус маломобильного среди осмотренных пациентов, а также разработать индивидуальный план ведения совместно с участковым врачом-терапевтом и руководителем практики.

Материалы и методы. В ходе практики «Помощник врача АПУ» на базе поликлинического отделения №2 ГАУЗ «ЦГКБ №18 им. проф. К.Ш. Зыятдинова» студенты группы 5 курса лечебного факультета осматривали маломобильных пациентов и передавали полученную информацию врачам терапевтам-участковым. Курация маломобильных проводилась в

соответствии с письмом Министерства здравоохранения РФ от 09.06.2018 N 28-2/1223 “Об организации и проведении патронажа лиц старше трудоспособного возраста, в том числе инвалидов, маломобильных пациентов, ... с привлечением волонтеров-медиков, студентов старших курсов высших учебных заведений ...” Статистическая обработка проведена в программе IBM SPSS Statistics 27.

Результаты. За время практики в одном семестре группой было осмотрено 54 маломобильных пациента, среди которых 11 (20,4%) – мужчины, 43 (79,6%) – женщины. Средний возраст осмотренных составил 82 [45-94] года. В ходе исследования встречались следующие заболевания: болезни системы кровообращения – 25 (46,3%), цереброваскулярные заболевания – 18 (33,3%), онкологические заболевания – 6 (11,1%), заболевания соединительной ткани – 2 (3,7%), болезни органов дыхания – 3 (5,6%). По результатам осмотра были приняты следующие решения: консультация терапевта потребовалась 29 пациентам (47,5%), консультация узкого специалиста – 5 пациентам (8,2%), один пациент нуждался в экстренной госпитализации (1,6%) и один – в плановой госпитализации (1,6%). Два человека были направлены на систему долговременного ухода (3,3%). Трём пациентам было проведено лабораторное обследование на дому (4,9%). Двадцати осмотренным не потребовалось дополнительной медицинской помощи (32,8%).

Заключение. По результатам практики маломобильные пациенты чаще имели заболевания системы кровообращения и цереброваскулярные болезни. Участие в курации пациентов на дому студентами 5 курса позволило рационализировать и систематизировать медицинскую помощь маломобильным, а также отработать систему взаимодействия студентов с врачами-терапевтами и преподавателями кафедры, совместно составить индивидуальные планы ведения для 34 маломобильных пациентов (62,9%).

ОПЫТ ОВЛАДЕНИЯ АЛГОРИТМОМ: ОТ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА К ДИАГНОЗУ

Гилязова А.И., Меньшина Л.Р.

Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики Сигитова О.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и связанная с ними смертность представляют собой серьезную проблему для здравоохранения во всем мире. Для ранней диагностики и своевременного лечения важно не пропустить различные клинические проявления, скрывающиеся под собой начальные стадии онкозаболевания.

Цель исследования: сформировать у врача настороженность в отношении нефротического синдрома (НС) как возможной маски онкозаболевания и разработать диагностический алгоритм на примере клинического случая.

Материалы и методы: анализ медицинской литературы; клиническое обследование пациента; анализ медицинской документации (амбулаторной и стационарной карты, результатов лабораторных и инструментальных методов).

Результаты: Пациент К., 59 лет: в августе 2024 г. обратился в ПДО РКБ с жалобами на отеки, утомляемость, эпизодически кал черного цвета. Из анамнеза: 3 марта 2024г. обращался в поликлинику с жалобами на отеки голеней, прибавку в весе, утомляемость, слабость, повышение АД до 150/95 мм рт.ст. При обследовании: СОЭ 31 мм/ч., ОАМ: белок 3,3 г/л. БАК: ОХ 6,7 ммоль/л, общий белок 59 г/л; рСКФ 85 мл/мин/1,73 м². Поставлен диагноз: ГБ 2 стадии, отечный синдром, назначены гипотензивные препараты, диуретики. После лечения состояние улучшилось, отеки исчезли. До августа 2024 г. к врачам не обращался.

Из ПДО пациент направлен в отделение проктологии. При обследовании: периферические отеки до верхней трети бедра, оставляют ямку

при надавливании. Лабораторные данные: ОАК-СОЭ 61 мм/ч., суточная протеинурия 10 г/л. БАК: ОХ 6,7 ммоль/л, ЛПНП 5,45 ммоль/л, ТГ 2,4 ммоль/л, креатинин 160 мкмоль/л, рСКФ 40 мл/мин/1,73 м². Белковые фракции: общий белок 39 г/л, альбумины 19 г/л, глобулины α-1 7,2%, глобулины α-2 24,6%, β-глобулины 12%, γ-глобулины 24%. УЗИ почек: структурные изменения паренхимы обеих почек; УЗИ плевральных полостей - выпот слева 10 мм. Нефробиопсия: Фокально-сегментарный гломерулосклероз. Колоноскопия с биопсией: аденокарцинома слепого отдела толстого кишечника.

Клинический диагноз: Вторичный (на фоне аденокарциномы) хронический гломерулонефрит, паранеопластический нефротический синдром, ХБП 3б стадии. Пациент направлен в онкодиспансер, где проведена резекция слепой кишки. После операции наступила ремиссия НС.

Заключение. Дебют нефротического синдрома в марте был одним из первых проявлений выявленного позже онкозаболевания. НС полиэтиологичен и одной из причин может быть онкозаболевание. Алгоритм диагностики включает: 1. Диагностику НС. 2. Диффдиагноз НС. 3. Онкопоиск.

Список литературы:

1. О. П. Чепурная. Паранеопластический нефротический синдром - первичное проявление злокачественного новообразования кишечника / О. П. Чепурная, Т. А. Арсентьева, А. В. Ерохина, И. М. Григорьева. – Текст : электронный // Здравоохранение Чувашии. – 2023. – № 2. – С. 97-104. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=54096343> (дата обращения: 10.10.2024).

2. Туребеков Д. К. Клинический протокол диагностики и лечения нефротического синдрома / Туребеков Д. К., Гайпов А. Э., Худайбергенова М. С. – Текст : электронный // URL: <https://login.medelement.com> (дата обращения: 10.10.2024).

СОЧЕТАНИЕ КОМОРБИДНЫХ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Гурбанова Т.¹, Элдоргхами М.М.Ф.¹, Хайруллина Э.А.^{1,2}

Научные руководители - к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики Нуриева А.Р.¹; директор ООО «КДЦ Авиастроительного района», ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики Нурмиева Л.С.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

² ООО «КДЦ Авиастроительного района»

Кардиометаболические заболевания (КМЗ) являются основной причиной смертности. В связи с чем изучение клинического случая наблюдения развития КМЗ на примере коморбидного пациента имеет важное практическое значение, что определило цель исследования.

Материалы и методы: осмотр на приеме в поликлинике КДЦ Авиастроительного района, анализ амбулаторной карты (ф. N 025/у-87) пациента К., 71 года.

Результаты: пациент состоит на диспансерном учете у терапевта с диагнозами: Гипертоническая болезнь (ГБ). Дислипидемия. Сахарный диабет 2 типа (СД2). Ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения (СН), постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) неуточненной давности. Хроническая болезнь почек (ХБП) 3а.

Из анамнеза: с молодости страдает ожирением, не курит. Принимает: аторвастатин, периндоприл, амлодипин, бисопролол, метформин.

В апреле 2023г. жалобы на общую слабость, быструю утомляемость и смешанную одышку при ходьбе на расстояние более 360 метров в умеренном темпе. Плановая госпитализация в ГАУЗ «ГКБ №7 им.М.Н.Садыкова», где прошел ряд исследований. Диагноз: ИБС. СН ФК 3. Коронарография (КАГ) от 21.04.2023: стеноз передней межжелудочковой ветви 70%, огибающей ветви 85%, правой коронарной артерии (ПКА) 80%. Стентирование ПКА (3 стента с лекарственным покрытием) от 25.04.2023. ПИКС (неуточненной

давности). Нарушение ритма: постоянная форма фибрилляции предсердий, эпизоды брадикардии по данным холтер-ЭКГ. CHA2VASc=5 балла, HAS-BLEED=3 балла. ГБ III стадии. Неконтролируемая. Целевое артериальное давление 130-139/70-79 мм рт. ст. Дислипидемия. Ожирение 1 степени. Риск 4. Хроническая сердечная недостаточность I ФК II (с сохраненной фракцией выброса (ФВ) 54%). СД2, целевой HbA1C<8,0%. ХБП С3б (скорость клубочковой фильтрации 35мл/мин/1,73м²). Рекомендовано: валсартан+сакубитрил 200мг 2 раза, торасемид 10 мг, фелодипин 10мг, эликвис 5мг, аторвастатин 60мг, метформин 1000мг, изосорбид-5-мононитрат 40мг для купирования приступа стенокардии.

За 2023-2024гг. несколько раз консультирован терапевтом, эндокринологом, кардиологом, нефрологом. В динамике: появление жжения под левой лопаткой по утрам до 30 минут, купирующиеся самостоятельно, болей в икроножных мышцах при ходьбе. Назначена плановая госпитализация для проведения КАГ. ЭХО-КГ (7.11.23г.): ФВ 60%, дилатация обоих предсердий. Ультразвуковое исследование (УЗИ) сосудов почек (05.03.2024г.): стеноз обеих артерий 30-35%. УЗИ брахиоцефальных артерий (02.04.24г.): стенозы до 45%. УЗИ артерий нижних конечностей (02.04.2024г.): стенозы до 40% левой нижней конечности.

В августе 2024г. отмечает ухудшение самочувствия, похудание за один год на 11 кг. Плановая госпитализация на КАГ была отменена. На сегодняшний день пациента обследуют с точки зрения онконастороженности.

Заключение: Данный клинический случай демонстрирует постепенное развитие КМЗ, которые требуют более пристального внимания к пациенту в контексте междисциплинарного лечебно-профилактического подхода.

**СЕКЦИЯ «КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ В ПОЛИКЛИНИКЕ». CULINARY
CROSSROADS: DIETARY HABITS AND HEALTH RISKS IN EGYPT AND
INDIA**

Мохамед А.С.Ф., Селван Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители: Синеглазова А.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической терапии и общей врачебной практики; Парве С.Д., к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Introduction: Climate and cultural influences significantly shape nutritional practices, and comprehension of these factors is essential for understanding associated health risks.

Goal: To analyze and compare the dietary practices in Egypt and India, examine their cultural influences and associated health risks.

Materials and methods: Comprehensive literature review utilizing databases such as PubMed, Scopus, and Google Scholar. Key search terms included “Egypt dietary habits” “India” nutrition," “health risks” and “cultural influences”.

Results and discussion: Egypt's traditional Mediterranean-influenced diet features bread, rice, legumes, vegetables, and meat, exemplified by breakfast dishes like *ful medames*. India's diverse culinary landscape centers on rice, wheat, and lentils, with regional variations such as South Indian meals of rice, *sambar*, and vegetable sides. Both countries face health challenges due to dietary shifts. In Egypt, high consumption of refined carbohydrates and unhealthy fats has led to a 32% obesity rate, one of the region's highest. India grapples with rising hypertension and metabolic disorders, with 15% of adults having high blood sugar levels due to excessive intake of rapidly digestible carbohydrates and salt. The Egyptian food pyramid emphasizes grains, fruits, and vegetables, recommending 6-11 servings of bread and cereals, 3-5 of vegetables, and 2-4 of fruits daily. India's pyramid is similar but includes more pulses and dairy, suggesting 6-11 servings of cereals, 3-5 of vegetables, and 2-3 of milk products daily. However, modern processed food trends

have disrupted these guidelines. Bread is a staple in Egypt, with annual per capita consumption of 180 kg, while rice consumption is 39 kg. In India, rice or wheat is consumed daily, with annual per capita consumption of 67 kg for rice and 66 kg for wheat. Both countries exceed WHO salt intake recommendations, with Egyptians consuming 9-12 grams and Indians 11 grams daily, compared to the recommended 5 grams. The prevalence of rapidly assimilating carbohydrates like white rice and bread in both diets may contribute to associated health risks.

Conclusion: This comparative analysis underscores the intricate relationship between dietary habits and health risks in Egypt and India. Understanding these patterns is essential for developing targeted public health interventions to mitigate nutrition-related diseases.

References:

1. Murray C. J. L. and others. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 / C. J. L. Murray, A. Y. Aravkin, P. Zheng et al. // *The Lancet*. – 2020. – Vol. 396. – № 10258. – Pp. 1223-1249.
2. Hassan Wassef H. Food habits of the Egyptians: newly emerging trends / H. Hassan Wassef // *Eastern Mediterranean Health Journal*. – 2004. – Vol. 10. – № 6. – Pp. 898-915.
3. Green R. and others. Dietary patterns in India: a systematic review / R. Green, J. Milner, E. J. M. Joy et al. // *British Journal of Nutrition*. – 2016. – Vol. 116. – Dietary patterns in India. – № 1. – Pp. 142-148.

ВОПРОСЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТА СО МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

Назарова Ю.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики Архипов Е.В., ассистент кафедры госпитальной терапии Костерина А.В.

Актуальность: заболеваемость множественной миеломой (ММ) составляет приблизительно 1% среди всех злокачественных опухолей и до 10–15% всех опухолей кроветворной и лимфоидной тканей. Крайне важным является определение эффективной траектории ведения пациента не только на стационарном, но и на амбулаторном этапе, что позволяет сохранить качество жизни и поддерживать стойкую ремиссию заболевания.

Цель: оценить эффективность лечения и определить траекторию ведения пациента с ММ на амбулаторном этапе.

Задачи: изучить международные и российские клинические рекомендации по ММ; разработать траекторию амбулаторного ведения для пациента с ММ.

Материалы и методы исследования: обзор литературных данных по ММ; анализ медицинской документации пациента.

Результаты: Пациент Н., 74 лет, находился на стационарном лечении в гематологическом отделении с диагнозом «ММ, диффузно-очаговая форма, ША стадия по Durie-Salmon. Закрытый компрессионный патологический перелом тел Th2, Th8, Th10, Th12 позвонков» (апрель 2024 г.). Среди сопутствующих заболеваний были: анемия легкой степени; гипертоническая болезнь 2 стадии (частично контролируемая); диастолической дисфункция ЛЖ; атеросклероз; ХСН; нефропатия смешанного генеза. Отмечает жалобы на боли в спине, слабость, одышку, боли в правом фланке.

В апреле 2024 г. был направлен врачом-терапевтом к гематологу ввиду жалоб на остро возникшую боль в пояснице (не мог сидеть, передвигался с

трудом), уменьшение роста на 9 см. Наследственность: сестра - болезнь Бехтерева, брат - ММ. После проведения обследования была выявлена ММ. На фоне подобранной схемы лечения VCD (бортезомиб с циклофосфамидом и дексаметазоном) отмечена положительная динамика состояния с улучшением общего самочувствия и способности к передвижению. В амбулаторных условиях продолжается химиотерапия по этой же схеме. В динамике - снижение общего белка в крови с 78 и до 61,5 г/л, снижение креатинина с 178 и до 164 мкмоль/л, общий кальций с 2,80 и до 2,27 ммоль/л. Однако отмечается ОПП на фоне ХБП СЗБ (СКФ по СКД-ЕРІ 36,6 мл/мин/1,73 м²).

В настоящее время отсутствуют четкие рекомендации по диспансерному наблюдению пациентов с ММ. С учетом имеющихся данных оптимальным представляется рекомендовать совместное ведение пациента с осмотрами врача-терапевта и гематолога и обязательным проведением общего анализа крови, биохимического анализа крови (оценка функции почек и печени, кальций и ЛДГ, сывороточное железо, ферритин и ОЖСС), иммунограммы. С учетом основного заболевания должны проводиться исследования с определением свободных легких цепей иммуноглобулинов сыворотки крови, белка Бенс-Джонса в моче.

Заключение: Подобранная с учетом клинических рекомендаций схема лечения показала свою эффективность, однако при ведении пациента на амбулаторном этапе следует учитывать возникшее ОПП. По медицинским показаниям и с учетом профильных клинических рекомендаций требуется проведение плановых осмотров кардиолога (не реже 2 раз в год), нефролога (4 раза в год), динамическая оценка функции сердца, липидограмма не реже 2 раз в год пожизненно, поскольку при ММ может развиваться ухудшение состояния сердца и почек.

ОПРЕДЕЛЯЕМ ФЕНОТИП ОЖИРЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ. НА ЧТО СТОИТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ?

Наумов Н. О.

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии
и общей врачебной практики Нуриева А. Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Ожирение – глобальная проблема здравоохранения, повышающая риск коморбидных заболеваний [1]. Разнообразие клинических проявлений ожирения требует индивидуализированного подхода к лечению [2]. Выделение фенотипов ожирения (ФО) на основе оценки индекса массы тела (ИМТ), абдоминального ожирения (АО) и повышенного уровня висцерального жира (\uparrow ВЖ) позволят адаптировать тактику ведения пациентов.

Цель. Определить ФО и тактику ведения двух пациентов с учетом выявленных ассоциированных с ожирением заболеваний (АОЗ).

Материалы и методы. Анализ медицинской документации, анкетирования; физикальное обследование с оценкой ИМТ, отношения окружности талии (ОТ) к окружности бедер (ОБ), окружности шеи, биоимпедансометрии (Tanita BC-601). Оценены АОЗ: гиперхолестеринемия (ГХС), повышение холестерина липопротеинов низкой плотности (\uparrow ХС-ЛПНП), снижение холестерина липопротеинов высокой плотности (\downarrow ХС-ЛПВП), гипертриглицеридемия (ГТГ), предиабет, артериальная гипертензия (АГ), остеоартрит (ОА), неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), стеатоз поджелудочной железы (ПЖ), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) [3]. ФО определялся по сочетанию показателей ИМТ, АО и \uparrow ВЖ [4].

Результаты и обсуждение. Клинический случай 1: Мужчина, 32 года, Рост=165 см, Вес=82,6 кг, ИМТ=30,3 кг/м², ОТ=100 см, ОБ=96 см, ОТ/ОБ=1,04, уровень ВЖ=5 Ед.

ФО пациента: сочетание экзогенно-конституционального ожирения (ЭКО) с АО, без ↑ВЖ. Диагностированы АОЗ: АГ, ГХС, ↑ХС-ЛПНП, ГТГ, ГЭРБ, НАЖБП, стеатоз ПЖ, ОА.

В данном случае пациент имеет высокий кардиометаболический риск (КМР) и более 3-х АОЗ, что определяет тактику ведения:

- Немедикаментозная коррекция выявленных заболеваний.
- Лекарственная терапия по показаниям с возможным усилением терапии согласно клиническим рекомендациям.
- Лечебная физическая культура (ЛФК): регулярные адаптированные аэробные упражнения с минимальной нагрузкой на брюшную полость и суставы под контролем пульса, артериального давления и дыхания (ходьба, плавание, аквааэробика), упражнения на укрепление мышц брюшного пресса. Исключение упражнений на левом боку и ситуаций, повышающих внутрибрюшное давление.
- Сон с приподнятым изголовьем кровати, последний прием пищи за два часа до сна.
- Динамическое и диспансерное наблюдение по выявленным заболеваниям с достижением целевых значений контролируемых показателей.

Клинический случай 2: Мужчина, 36 лет, Рост=174 см, Вес=102,8 кг, ИМТ=33,9 кг/м², ОТ=109 см, ОБ=104 см, ОТ/ОБ=1,05, уровень ВЖ=13 Ед.

У пациента установлен ФО: сочетание ЭКО с АО и ↑ВЖ. Диагностированы АОЗ: АГ, ГХС, ↑ХС-ЛПНП, ↓ХС-ЛПВП, ГТГ, предиабет, НАЖБП, стеатоз ПЖ, ОА, вероятный СОАС.

Несмотря на молодой возраст, пациент имеет более высокий КМР и наибольшее число АОЗ – необходим полноценный скрининг заболеваний сердечно-сосудистой системы и более строгие рекомендации по немедикаментозной терапии с ограничением быстроусвояемых углеводов. ЛФК с акцентом на укрепление мышечного каркаса. Верификация СОАС. Диспансерное наблюдение по более широкому перечню выявленных заболеваний.

Заключение. Выделение ФО позволяет персонализировать подход к лечению пациентов с ожирением, оптимизировать методы коррекции АОЗ и улучшить прогноз.

Список литературы:

1. Cross-sectional associations between body mass index, waist circumference, and multimorbidity : Pró-Saúde study / F. M. M. Stumpf, A. S. D. de Oliveira, E. Faerstein, C. C. Curioni // PeerJ. – 2023. – № 11. – P.e14744. doi: 10.7717/peerj.14744. PMID: 36778147
2. 21st Century advances in multimodality imaging of obesity for care of the cardiovascular patient / I. J. Neeland, T. Yokoo, O. D. Leinhard [et al.] // JACC Cardiovasc. Imaging. – 2021. – Vol. 14, № 2. – P. 482-494 <https://doi.org/10.1016/j.jcmg.2020.02.031>
3. Ожирение : оценка и тактика ведения пациентов. Коллективная монография / О. М. Драпкина, И. В. Самородская, М. А. Старинская [и др.]. – Москва : Силицея-Полиграф, 2021. – 174 с.
4. Nurieva, A.R. Heterogeneous comorbidity in individuals with different phenotypes of obesity / A.R. Nurieva, S.D. Parve, A.V. Sineglazova // Cureus. – 2023. – Vol. 15, № 5. – P. e38995. <https://doi.org/10.7759/cureus.38995>

«КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: СЛУЧАЙ ЛИХОРАДКИ ЗАПАДНОГО НИЛА»

Сафин И.И., Фардиева Н.Р., Леонов А.В.

Научные руководители – к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Архипов Е.В, к.м.н, заведующий ЦДО ГАУЗ «РКИБ» Павлова Т.Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. В России с 2023 г. регистрируется увеличение заболеваемости лихорадкой западного Нила (ЛЗН). Однако, клиническая диагностика sporadic случаев, как правило, затруднительна. Данные различных источников о течении и лечении ЛЗН ограничены, что и обуславливает интерес к данной проблеме.

Цель: изучить клинико-лабораторные проявления и динамику течения ЛЗН на примере клинического наблюдения.

Материалы и методы исследования: анализ доступной медицинской документации.

Результаты и их обсуждение. Пациент, 50 лет, заболел остро 24.07.2024 г. с появления сыпи на туловище и руках, насморка. Самостоятельно принимал кагоцел. Через 7 дней повысилась t тела до 39°C , принимал парацетамол, улучшений не было. На 9 день болезни госпитализирован в РКИБ с диагнозом «ОРВИ? Эритематозная сыпь неясного генеза». Эпиданамнез без особенностей. При осмотре: по всему телу, в большей степени – туловище, мелкоточечная сыпь. Экспресс-тесты на Covid-19, Грипп А, В – отрицательные; антитела к *Hantavirus* – не обнаружены; общий анализ крови – тромбоцитопения, нейтрофилез, лимфоцитопения; СРБ $<2,00$ мг/л. Выставлен предварительный диагноз «Энтеровирусная инфекция? Герпетическая инфекция?». Назначена противовирусная и антигистаминная терапия. 02.08.2024 г. ПЦР-методом в моче обнаружена РНК вируса ЛЗН. Выставлен диагноз «ЛЗН, дерматит, средней степени тяжести». Пациент переведен в ОРИТ, в лечении назначены глюкокортикостероиды и

инфузионная терапия. 03.08.2024 г. появилась шаткость при ходьбе, головокружение, диффузная головная боль (ВАШ 56). Развился менингоэнцефалит с левосторонней мозжечковой симптоматикой. Общий анализ ликвора (04.08.2024 г.): мутный характер, цитоз за счет лимфоцитов; культуральное исследование ликвора на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы, дрожжевые грибы, менингококк отрицательное. С учетом нарастания СРБ до 27 мг/л, нейтрофилеза в ОАК, назначена антибактериальная терапия. 06.08.2024 по результатам ПЦР ликвора – РНК вируса ЛЗН не обнаружена. На 12-й день госпитализации пациент выписан в связи с отказом от лечения, основываясь на отсутствии жалоб.

Заключение. Для врача-специалиста первичного звена здравоохранения важно всегда помнить об особенностях клинической картины инфекционных заболеваний, а также их сезонность. К основным проявлениям ЛЗН могут относиться высокая лихорадка неясного генеза, кожная сыпь, а также поражение нервной системы, которое в тяжелых случаях может приводить к менингоэнцефалиту. Поэтому при наличии этих симптомов оптимальным является решение вопроса о своевременной госпитализации для дополнительного обследования с целью уточнения диагноза и получения необходимого лечения.

**СЕКЦИЯ «КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ В ПОЛИКЛИНИКЕ». ATTRIBUTES
OF OBESITY IN INDIA AND RUSSIA**

Нанди С., Сундарам А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители: Синеглазова А.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической терапии и общей врачебной практики; Парве С.Д., к.м.н., ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Introduction: Obesity is a major global health issue with its prevalence reaching the proportion of pandemic levels.

Goal: To evaluate and compare different types of obesity prevalent in India and Russia and their associated attributes.

Materials and methods: Conduct a literature review of articles on obesity in these countries, indexed in PubMed, Scopus, and Google scholar.

Results and discussion: The criteria of general obesity (GO) and abdominal obesity (AO), which are based on race, differ in India and Russia. In India, GO is diagnosed in individuals with BMI $\geq 25,0$ Kg/m², whereas in Russia the threshold is BMI $\geq 30,0$ Kg/m². Similarly, AO in India is established based on a waist circumference of ≥ 90 and ≥ 80 centimetres in male and females, respectively. Whereas in Russia, the threshold for males is ≥ 94 centimetres. The criteria for females is similar to Indian women. Our literature analysis revealed that the prevalence of GO and AO in India and Russia varies across different demographic groups. While in India, GO affects about 5-6% of adults, in Russia it affects 30% of adults. In India, GO is more common in women (6-7%) than men (4-5%). A similar picture is noted in Russia with a higher prevalence in both women (30-35%) and men (25-30%). In India, GO is often seen in middle-aged adults (35-55 years), whereas in Russia, the prevalence increases with age, peaking in older adults (>50 years old). AO affects 15-20% and 40-45% of adults in India and Russia,

respectively. In India, the prevalence of AO in females is 40% and males is approximately 12%, whereas in Russia, the prevalence ranges from 45-50% in females, and 35-40% in males. In both India and Russia, the prevalence of AO increases with increasing age. The significant difference stands due to differences in climate, food habits and lifestyle, which influences the body structure and genetic composition. Females are more frequently affected than males, this may be attributed to hormonal imbalance and lifestyle factors.

Conclusion: The burden of obesity in Russia is higher as compared to India. Both GO and AO are common in females in both India and Russia. This trend may be associated with changes in dietary patterns, lifestyle factors, and hormonal changes.

References:

1. Balanova Yu. A. and others. Obesity in Russian population — prevalence and association with the non-communicable diseases risk factors / Yu. A. Balanova, S. A. Shalnova, A. D. Deev et al. // Russian Journal of Cardiology. – 2018. – № 6. – Pp. 123-130.
2. Murray C. J. L. and others. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 / C. J. L. Murray, A. Y. Aravkin, P. Zheng et al. // The Lancet. – 2020. – Vol. 396. – Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019. – № 10258. – Pp. 1223-1249.
3. Vos T. and others. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 / T. Vos, S. S. Lim, C. Abbafati et al. // The Lancet. – 2020. – Vol. 396. – Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019. – № 10258. – Pp. 1204-1222.

«ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С»

Нарбаева Д.Р., Сытдигов Р.Р.

Научный руководитель – ассистент кафедры поликлинической терапии и
общей врачебной практики Асатуллина З.Р.

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

Введение. Хронический гепатит С (ХГС) — актуальная
междисциплинарная проблема. Известны различные внепеченочные
проявления ХГС, однако такие как раннее развитие атеросклероза и
ишемической болезни сердца (ИБС) нуждаются в более тщательном изучении.

Актуальность. Современные исследования показывают, что ХГС может
оказывать влияние на сердечно-сосудистую систему через такие механизмы,
как воспаление, оксидативный стресс и метаболические нарушения [1].
Пациенты с ИБС и ХГС сталкиваются с более высоким риском осложнений,
что определяет актуальность изучения особенностей течения ИБС на фоне
ХГС.

Цель: Выявить особенности течения атеросклероза и ИБС на фоне ХГС
на примере клинического случая.

Материалы и методы: Амбулаторная карта, история болезни, результаты
медицинских исследований пациента.

Результаты: Из анамнеза вероятное заражение вирусом гепатита С при
употреблении инъекционных наркотиков 20 лет назад. Со слов, проходил
лечение у инфекциониста, наблюдается в настоящее время.

Пациент в возрасте 51 года 05.07.2022 обратился к участковому
терапевту с жалобами на боли давящего характера за грудиной и одышку во
время ускоренной ходьбы на расстоянии до 500 метров, купировавшиеся после
прекращения физической нагрузки. После сбора жалоб, физикального
осмотра, снятия ЭКГ осуществлён вызов скорой медицинской помощи с

диагнозом: ИБС. Нестабильная стенокардия. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Риск 3.

Госпитализирован в стационар. Проведена коронароангиография от 07.07.2022: диффузный атеросклероз коронарных артерий. 18.07.2022 – проведена операция МКШ-АКШ. После стационарного лечения отмечал улучшение состояния: урежение и уменьшение интенсивности приступов болей за грудиной при интенсивной физической нагрузке, ускоренной ходьбе на расстояние более 500 метров.

С июля 2022 года по сентябрь 2024 года пациент активно наблюдается у врача-терапевта и кардиолога, состоит на диспансерном наблюдении с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения ФК 3. Коронароангиография от 07.07.2022 г.: передняя межжелудочковая ветвь - стеноз средней трети 70%, диагональная ветвь - стеноз на протяжении 55%, ветвь тупого края - стеноз 50%, огибающая ветвь - стеноз средней трети 95%, правая коронарная артерия – стеноз до 45%. Состояние после операции МКШ - ПМЖВ, АКШ - ОА от 18.07.2022 г. Гипертоническая болезнь III стадии. Целевое АД достигнуто. Риск 4 (очень высокий). Гипертрофия миокарда межжелудочковой перегородки. Недостаточность трикуспидального клапана 1-2 степени. ХСН I, ФК 3. Дислипидемия. Целевой уровень ЛПНП <1,4 ммоль/л. Хронический вирусный гепатит С, нерепликативная фаза, с минимальной активностью без фиброза.

Заключение: В данном клиническом случае у пациента была выявлена высокая степень атеросклеротических изменений в коронарных артериях, вероятно, связанных с системным воспалением, вызванным ХГС. ХГС может значительно усугублять течение атеросклероза и ИБС, что требует комплексного подхода к диагностике и лечению пациентов с данной патологией.

Список использованной литературы:

1. Adinolfi L.E., Zampino R., Restivo L., et al. Chronic hepatitis C virus infection and atherosclerosis: clinical impact and mechanisms. *World J Gastroenterol.* – 2014. – Vol. 20, No. 13. – P. 3410. DOI: 10.3748/wjg.v20.i13.3410.

«НАУЧНО - ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА»

НАРУШЕНИЯ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Ремахе Л. М.

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

Белоусова Е. Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, кафедра госпитальной
терапии, г. Казань, Россия

Актуальность. Существенная распространенность ожирения обуславливает исследование возможных факторов, способствующих его развитию. В большом количестве научных исследований продемонстрирована взаимосвязь между нарушениями сна и ожирением, что и определяет клиническую значимость нарушений сна [1,2]

Цель. Изучить частоту нарушений сна и качество сна у лиц с ожирением.

Материал и методы. В исследование включено 50 пациентов с избыточной массой тела и ожирением ($ИМТ \geq 25$) в возрасте старше 40 лет, которые обращались в Казанскую городскую поликлинику №20. Анкетирование было проведено 50 пациентам. Анкета состояла из 2 блоков. Первый блок включал в себя вопросы, которые направлены на выявление тенденции обращаться за профессиональной медицинской помощью и потребности в ней. Второй блок включал вопросы, которые направлены на выявление причин нарушений сна и их влияние на массу тела.

Результаты.

Первый блок вопросов.

Вопросы: Считаете ли Вы, что:	Да, N(%)	Нет, N(%)
одноценный сон необходим для поддержания стабильной массы тела?		

бращение к врачу (терапевту, сомнологу) может помочь решить проблемы со сном?		
отите ли Вы получить советы по здоровому сну от специалиста?		
знание о качестве сна — это важный фактор для его улучшения?		
еобходимые знания по качеству сна можно почерпнуть из книг, а на практическую помощь сомнологов рассчитывать не стоит?		
ажно получить поддержку от специалиста, если вы набираете вес?		
а последнее время было ли у Вас ощущение, что вы не в состоянии сами справиться со своим весом?		

Второй блок вопросов

Вопросы	Да, N(%)	Нет, N
о вашем мнению, Вы получаете качественный сон?		
омещение, в котором вы спите, имеет благоприятные условия для сна?		
читаете ли Вы, что некачественный сон непосредственно влияет на Ваш вес?		
читаете ли Вы, что когда плохо спите набираете лишний вес?		
ринимаете ли препараты способствующие к засыпанию?		

<p>осле приема снотворных Вы чувствуете, что сон улучшается и непосредственно изменяет динамику массы тела?</p>		
---	--	--

7. Сколько часов вы спите? 5(12%) пациентов спят меньше 4 часов, 10(25%) - 5ч, 20(50%) - 6ч, 5(13%) - больше 7 часов.

Выводы. В проведенном исследовании было выявлено, что 90% пациентов не были удовлетворены качеством сна. Большинство опрошенных (90%) считали, что полноценный сон необходим для поддержания стабильной массы тела, а 80% опрошенных считали, что плохой сон у них способствует набору массы тела.

Список литературы:

1. Струева Н.В., Полуэктов М.Г., Савельева Л.В., Мельниченко Г.А. Ожирение и сон // Ожирение и метаболизм. - 2013. -№ 3. - С. 11-18.
2. Дадаева В.А., Александров А.А., Орлова А.С., Драпкина О.М. Сон и ожирение: механизмы взаимосвязи. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2020;16(4):564-570. DOI:10.20996/1819-6446-2020-08-10

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, В УСЛОВИЯХ ГАУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №20»

Алиева И.Ф.

Научный руководитель - к.м.н., асс. кафедры госпитальной терапии Халфина Т.Н., к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии Нуруллина Г.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) преобладающая причина инвалидизации населения. В 2022 году частота ОНМК в Российской Федерации составила 275,3 на 100 тыс. населения. За период с 2019 по 2022 года отмечалось снижение смертности с 260,6 до 169,7 на 100 тыс. населения от ОНМК, однако имеется тенденция к увеличению

потери трудоспособности, которая в 2022 году составила 12,4 на 100 тыс. населения. В связи с этим особая роль отводится реабилитации, которая помогает уменьшить или замедлить развитие инвалидизирующих последствий ОНМК. Основная нагрузка по реабилитации больных, перенесших ОНМК приходится на амбулаторно-поликлиническое звено и эффективность проводимых мероприятий будет влиять на качество жизни пациентов и риск развития повторных сердечно-сосудистых событий.

Цель. Провести анализ эффективности мультидисциплинарного подхода реабилитации и телереабилитации, у пациентов перенесших ОНМК, в амбулаторной практике.

Материал и методы. Изучение медицинской документации N 131/у «Карта учета профилактического медицинского осмотра» 2021-2023, амбулаторной карты пациентов, обращавшихся в ГАУЗ Городская поликлиника №7 и №20 г. Казани за период с 2021-2023 гг. Была исследована эффективность реабилитационных мероприятий в формате очного приема и в рамках телереабилитация у пациентов перенесших ОНМК в позднем восстановительном и резидуальном периодах. Оценка неврологического дефицита проводилась с использованием шкалы функциональной независимости (FIM).

Результаты. Было обследовано 40 человек принёсших ОНМК, средний возраст пациентов составил 63 года. Пациенты были распределены на 2 группы: основная группа – 20 пациентов, имеющих высокий реабилитационный потенциал, высокую степень личной заинтересованности прохождения амбулаторного этапа медицинской реабилитации; контрольная группа — 20 пациентов, имеющих реабилитационный потенциал, но не прошедшие амбулаторный этап реабилитации.

При сравнении групп по ответу на курс восстановительного лечения было выявлено: в активной группе 80% (16 из 20) пациентов достигли положительного ответа на лечение, в контрольной группе, не прошедших амбулаторный этап реабилитации, положительная динамика в состоянии

здоровья не наблюдалась. У пациентов из основной группы отмечались улучшение моторной и речевой функций, уменьшение неврологического дефицита. После проведения телереабилитация пациентам контрольной группы, положительный ответ был достигнут у 60% (14 из 20) пациентов.

Заключение. Таким образом, продемонстрирована эффективность реабилитационных мероприятий в амбулаторной практике, у пациентов, перенесших ОНМК, как в очном формате, так и в формате телереабилитация.

Список литературы:

1. Н.В. Пизова. Вопросы реабилитации пациентов после инсульта в амбулаторных условиях // Медицинский совет — 2018.— №12 — С.18-22.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ ПОЛИПОВ

Сахабетдинова К.Н., Сахабетдинов Б.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

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

Актуальность. Полипы толстой кишки – это опухолевидные образования, происходящие из железистого эпителия слизистой оболочки толстого кишечника. Полипы зачастую протекают бессимптомно или могут вызывать расстройства стула, боли в животе, появление слизи и крови в кале. В отдельных случаях способны малигнизироваться и вызывать толстокишечную непроходимость. Факторами риска развития полипов толстой кишки являются немодифицируемые факторы, такие как мужской пол, возраст >55 лет, наследственная предрасположенность, и модифицируемые факторы - малоподвижный образ жизни, особенности питания, наличие у пациента избыточной массы тела или ожирения, курение и алкоголь.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь конституциональных особенностей (рост, вес, окружность живота) и развития КРП, особенности

течения и патоморфологии данного заболевания у разных групп пациентов по ИМТ.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ 110 амбулаторных карт пациентов, проходивших процедуру фиброколоноскопии с последующей полипэктомией. Пациенты были поделены на 2 группы согласно индексу массы тела (ИМТ). Первую группу составляли пациенты с ИМТ менее 30 кг/м², в нее входило 38 пациентов, вторую группу соответственно составляли пациенты с ИМТ более 30 кг/м² - 72 пациента. Критериями невключения являлись пациенты с воспалительным заболеванием кишечника, злокачественными новообразованиями любой локализации, болезнью Крона, язвенным колитом, пациенты с подтвержденным семейным аденоматозным полипозом, иммуносупрессированные пациенты.

Результаты и их обсуждение. Гендерное распределение было следующим: в I группе мужчины составляли 63% (24 пациента), женщины – 37% (14 пациентов); во II группе мужчины – 61% (44 пациента), женщины – 39% (28 пациентов). Медиана составляла 48 лет, мода – 51 год. В I группе 30% (11 пациентов) являлись курильщиками, 8% (3 пациента) - употребляющими алкоголь в больших дозах, во II группе доля курильщиков и употребляющих алкоголь пациентов составляла 25% (18 пациентов) и 8,3% (6 пациентов) соответственно. Распределение пациентов по количеству полипов в I и II группах соответственно было следующим: 1-2 полипа (52% и 23%), 3-5 полипов (32% и 48%), >5 полипов (16% и 29%). Распределение пациентов в I и II группах по размеру полипов было следующим: до 10 мм (46% и 17%), от 10 мм до 15 мм (32% и 45%), >15 мм (23 % и 38 %) соответственно. В результате гистологической верификации распределение по гистологическому типу было следующим для пациентов I и II групп: аденоматозные полипы составляли 72% и 84% соответственно, из них: тубулярные 51% и 38%, ворсинчато-железистые 34% и 41%, ворсинчатые 15 % и 21% соответственно; доля гиперпластических полипов в I и II группах была 28% и 16% соответственно. Согласно анамнестическим данным,

пациенты I группы не отмечали клинические проявления в 83% случаев, 17% пациентов имели жалобы на ноющую боль и дискомфорт внизу живота, скудные кровяные выделения при акте дефекации; пациенты II группы отмечали бессимптомное течение в 66% случаев, и клинические проявления колоректальных полипов в 34% случаев, в том числе помимо вышеперечисленных жалоб пациенты отмечали слабость, апатию, зуд в перианальной области.

Выводы. Таким образом, толстокишечные полипы чаще встречаются у пациентов с высоким ИМТ и у лиц мужского пола не зависимо от ИМТ. Чем выше ИМТ, тем более полиморфна клиническая картина. У пациентов с высоким ИМТ чаще отмечаются множественные полипы (более 3-5) больших размеров (более 10-15 мм). У пациентов с низким ИМТ чаще наблюдаются гиперпластические и тубулярные аденомы, имеющие индекс малигнизации менее 2%. При наличии высокого ИМТ чаще наблюдаются железисто-ворсинчатые и ворсинчатые полипы (индекс малигнизации до 40% и более).

ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

Макарова А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель: к.м.н., асс. кафедры госпитальной терапии
Акберова Д.Р.

Актуальность. Согласно результатам исследования NATION, по обращаемости в рутинной клинической практике диагностируется лишь 54% сахарного диабета второго типа (СД2) и у 46% пациентов СД2 выявляется только посредством активного скрининга [1]. Предполагается, что реальная численность пациентов с СД в РФ не менее 9 млн. человек (около 6% населения). По оценкам ВОЗ, депрессию испытывает 3,8% населения, в том числе 5,7% людей в возрасте старше 60 лет [2]. Эпидемиологические исследования демонстрируют наличие двунаправленной взаимосвязи между

диабетом и депрессией, при которой люди с диабетом имеют повышенный риск депрессии и наоборот; наличие депрессивного расстройства может увеличить риск метаболических заболеваний [3, 4].

Цель. Оценить выраженность депрессивной симптоматики среди пациентов с СД2, прикрепленных к участку №2 ГАУЗ “Городская поликлиника №7” г. Казань.

Задачи исследования. Выявить среди пациентов, прикрепленных к участку №2 ГАУЗ “Городская поликлиника №7” г. Казань, тех, кто состоит на диспансерном учете с СД2. У выявленных пациентов оценить выраженность депрессивной симптоматики с помощью шкалы депрессии Бека. Оценить данные полученного тестирования. Обосновать необходимость осторожности относительно депрессивной симптоматики у пациентов с СД2.

Материал и методы. В ходе приема врача-терапевта среди посетивших специалиста пациентов было выявлено 67 человек, состоящих на диспансерном учете с СД2. Для оценки тяжести симптомов депрессии была использована шкала депрессии Бека, согласно которой от 0 до 9 – отсутствие депрессивных симптомов; от 10 до 15 – субдепрессия; от 16 до 19 – умеренная депрессия; от 20 до 29 – депрессия средней тяжести; от 30 и выше – тяжелая депрессия. Среди выявленных 67 человек 18 согласилось пройти тестирование.

Результаты и их обсуждение. Исследование проводилось с 13.05.24 по 20.05.24; в ходе приема врача-терапевта среди посетивших специалиста пациентов было выявлено 67 человек, состоящих на диспансерном учете с СД2. Среди них – 44 женщины (65,7%), 23 мужчины (34,3%); средний возраст группы — 68,3 года. Среди выявленных 67 человек 18 согласилось пройти тест депрессии Бека. Были исследованы пациенты обоих полов. Средний возраст участников исследования — 68.3 года. В результате исследования по шкале депрессии Бека пациенты, набравшие от 0 до 9 баллов, составили 33,3%; пациенты, у которых балл был от 10 до 15 — 22,2%; пациенты, набравшие от

16 до 19 баллов составили 11,1%; пациенты с баллами от 20 до 29 — 27,8%; пациенты с симптомами тяжёлой депрессии, набравшие больше 30 баллов — 11,1%.

Заключение. В результате проведенного наблюдения, у трети опрошенных симптомы депрессии отсутствуют, у 27,8% выявлены признаки депрессии средней степени тяжести. Врачу-терапевту важно обращать внимание на эмоциональный фон у пациентов с СД2; объяснять (пациенту или родственникам), что забота о ментальном состоянии – неотъемлемая часть коррекции основного заболевания.

1. Дедов, И. И., Шестакова, М. В., Галстян, Г. Р. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION) [Текст] / И. И. Дедов, М. В. Шестакова, Г. Р. Галстян // Сахарный диабет. — 2016. — № 2. — С. 104-112.

2. Depressive disorder (depression) / [Электронный ресурс] // WHO : [сайт]. — URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (дата обращения: 01.10.2024).

3. Bădescu S.V., Tătaru C., Kobylinska L. The association between Diabetes mellitus and Depression / Bădescu S.V., Tătaru C., Kobylinska L. [Электронный ресурс] // PubMed : [сайт]. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4863499/> (дата обращения: 20.09.2024).

4. Feltz-Cornelis C., Allen S.F., Richard Roberts R. Treatment for comorbid depressive disorder or subthreshold depression in diabetes mellitus: Systematic review and meta-analysis / Feltz-Cornelis C., Allen S.F., Richard Roberts R. [Электронный ресурс] // PubMed : [сайт]. — URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7882189/> (дата обращения: 20.09.2024).

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПРОШЕДШИХ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА *H.PYLORI*

Хазипов Р.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

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

Абдулхаков Рустам Аббасович

Актуальность. Актуальность проблемы обусловлена тем, что несмотря на применение современных схем лечения, в реальной практике эрадикация *H.pylori* достигается не более чем в 70-85% случаев. Частые причины неудачи: устойчивость бактерии к лекарственным препаратам, особенности метаболизма пациентов, назначение неадекватных схем эрадикации, а также низкая комплаентность больных [1].

Автора работы заинтересовал вопрос частоты посещения лечащего врача пациентами, прошедших эрадикационную терапию, с целью проверки эффективности лечения, а также их половозрастной состав, частота успешных и отрицательных случаев эрадикации.

Цель. Изучить приверженность пациентов ГАУЗ «Городская поликлиника №20» г. Казани к повторному посещению лечащего врача после эрадикационной терапии в зависимости от возрастной группы, определить частоту успешной эрадикации.

Материал и методы. Работа с базами данных пациентов от 18 до 74 лет, обращавшихся к лечащему врачу гастроэнтерологу ГАУЗ «Городская поликлиника №20» с мая 2023 года по март 2024 года, с заполнением стандартизированных анкет. Были проанализированы анкеты 136 пациентов. Рассматриваемые вопросы анкетирования:

1. *H. Pylori* обнаружен и назначена эрадикационная терапия?
2. Наличие и результаты контрольного теста.

Результаты и обсуждение. Отсутствие повторного посещения у 72 человек (53%) – 35 мужчин (48,7%) и 37 женщин (51,3%). В этой группе 24 пациента (33,3%) в возрасте до 44 лет, среди которых 22 мужчин (91,6%) и 2

женщины (8,4%), и 48 пациентов в возрасте от 45 до 75 лет, среди которых 13 мужчин (27%) и 35 женщин (73%).

Повторное посещение зарегистрировано у 64 человек (47%) – 20 мужчин (31,0%) и 44 женщин (69,0%). В этой группе 29 пациентов (45,0%) в возрасте до 44 лет, среди которых 11 мужчин (38,5%) и 18 женщин (61,5%), и 35 пациентов (55,0%) в возрасте от 45 до 75 лет, среди которых 9 мужчин (25,0%) и 26 женщин (75,0%).

В группе повторно посетивших врача у 47 пациентов (73,5%) эрадикация прошла успешно. Для контроля использовались методы: определение антигена *Hp* в кале в ИФА (80,9%), цитологическое исследования на *H.pylori* (8,5%), 13С-уреазный тест (4,3%), определение ДНК *H.pylori* в кале в ПЦР (6,4%). Применялись следующие схемы эрадикации: тройная терапия (ТТ) – 7 человек (14,8%), ТТ, усиленная препаратами висмута – 33 человека (70,0%), ТТ, усиленная препаратами висмута, и ребагитом – 7 человек (14,8%). Длительность – 14 дней, без жалоб на аллергическую реакцию и непереносимость.

У 17 пациентов (26,5%), посетивших врача повторно, эрадикация неуспешна. Для контроля использовались методы: определение антигена *Hp* в кале в ИФА (58,9%), цитологическое исследование на *H.pylori* (23,5%), определение ДНК *H.pylori* в кале методом ПЦР (13,6%). Схема эрадикации – ТТ, усиленная препаратами висмута (100,0%), 14 дней, без жалоб на аллергическую реакцию и непереносимость.

Выводы. Женщины от 18 до 75 лет более привержены к повторному посещению врача после лечения, нежели мужчины того же возрастного диапазона. Лишь у 73,5% пациентов по результатам контрольного теста терапия оказалась успешной. Отсутствие эрадикации у пациентов, получавших ТТ, усиленную препаратами висмута. Все пациенты из группы повторного посещения принимали лекарства 14 дней, не наблюдали аллергических реакций и непереносимости.

Список литературы:

1. Осипенко М.Ф., Ливзан М.А., Бикбулатова Е.А. Эффективность эрадикационной терапии и комплаентность пациента // Consilium Medicum. - 2013. - Т. 15. - №8. - С. 14-16.

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

***СЛОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ***

Абдуллина Д.Д., Назарова Ю.В.

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

Халфина Т.Н.

Актуальность: Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП)-полиэтиологическое заболевание, являющееся одной из основных причин сердечной недостаточности. Распространенность ДКМП составляет 1:2500, может встречаться в любом возрасте, однако у мужчин встречается чаще, чем у женщин [1].

Цель: проанализировать основные причины развития ДКМП у молодой пациентки.

Материалы и методы: Пациентка Ш., 19 лет, поступила в отделение нефрологии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ (ГАУЗ «РКБ МЗ РТ») с жалобами на выраженные отеки нижних конечностей, подкожно-жировой клетчатки живота, лица, увеличение веса на 20 кг за последние 2 месяца. Из анамнеза: страдает сахарным диабетом (СД) 1 типа с 3 лет. В мае 2023 г. перенесла внебольничную двустороннюю пневмонию, получала антибактериальную терапию, с июня стала отмечать нарастание отеков нижних конечностей.

Результаты: В анализах крови: гипохромная анемия легкой степени тяжести (гемоглобин – 112 г/л), гипопроteinемия (общий белок – 50,9 г/л,

альбумин – 27 г/л), азотемия (мочевина – 21,5 ммоль/л, креатинин – 613 мкмоль/л), снижение СКФ по СКD-EPI – 10,4 мл/мин/1,73 м², гиперфосфатемия — 1,86 ммоль/л; высокий уровень NT-proBNP – 35000 пг/мл. Выявляются антитела к тиреопероксидазе в крови 9000,1 Ед/мл, повышение уровня тиреотропного гормона до 4,86 мкМЕ/мл. Суточная протеинурия: 1,5 г/сут. ЭХОКГ: признаки диффузной гипокинезии левого желудочка (ЛЖ), фракция выброса (ФВ) ЛЖ по Симпсону составила 20%, увеличение полостей обоих предсердий, митральная регургитация 3-4 степени, трикуспидальная регургитация 4 степени, легочная гипертензия (СДЛА= 63 мм рт.ст.).

Был выставлен диагноз: Инсулинзависимый сахарный диабет 1 типа с поражением почек. Хроническая болезнь почек С5 А3 (СКФ по СКD-EPI= 12,4 мл/мин/1,73 м²). ДКМП в исходе перенесённого миокардита. Увеличение всех камер сердца. Вторичная хроническая митральная недостаточность 3 степени, трикуспидальная недостаточность 4 степени. ХСН (бивентрикулярная), 2Б с низкой ФВ ЛЖ 26% по Симпсону. ФК 2. Выраженная легочная гипертензия (СДЛА = 63 мм.рт.ст). Анасарка. Гидроторакс, гидроперикард.

Заключение. Среди этиологических причин развития ДКМП у данной пациентки можно выделить миокардит после перенесенной инфекции, наличие азотемии неизвестной длительности, а также длительный анамнез по СД, помимо этого возможен аутоантигенный механизм на фоне СД 1 типа и аутоиммунного тиреоидита. Таким образом, совокупность этиологических факторов спровоцировала развитие ДКМП с выраженной сердечной недостаточностью в молодом возрасте.

Список литературы:

1. Neumans S., Lakdawala N.K., Tschöpe C., Klingel K. Дилатационная кардиомиопатия: причины, механизмы и современные и будущие подходы к лечению // Lancet. 2023. Т. 402, № 10406. С. 998-1011. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01241-2. PMID: 37716772.

**ОПЫТ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ
ПОМОЩНИК ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА НА БАЗЕ
АККРЕДИТАЦИОННО-СИМУЛЯЦИОННОГО ЦЕНТРА**

Абдуллина Д.Д.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – руководитель АСЦ Казанского ГМУ, доцент
кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева, к.м.н., доцент

Орлов Ю.В.

Актуальность. Метод симуляционного обучения в клинической дисциплине, в частности в акушерстве и гинекологии, представляет большой интерес для обучающихся. Симуляция предоставляет особые возможности для обучения методом проб и ошибок в безопасной среде как для пациента, так и для врача. Симуляция может обеспечить необходимое время, пространство и возможность для обучения посредством обратной связи и объективной оценки. Симуляция также предоставляет уникальную возможность учащимся оценить непосредственные результаты своих клинических действий.

Цель работы: оценить возможности аккредитационно-симуляционного центра Казанского ГМУ во время прохождения производственной практики помощник врача акушера-гинеколога.

Материал: проведенные занятия в аккредитационно-симуляционном центре Казанского ГМУ.

Использован метод анализа данных обратной связи в процессе дебрифинга.

Преимущества симуляционного обучения: без риска для пациента, без риска для обучающихся, редкие ситуации, неограниченное число повторов, объективная оценка. Робот-симулятор, используемый в аккредитационно-симуляционном центре для отработки навыков родовспоможения, является беспроводным, автоматическим, высоко реалистичным манекеном роженицы. На робот-симуляторе создаются отдельные виды клинических ситуаций, приближенные к реальной практике. Реакции робота на врачебные действия и

введенные лекарственные вещества реалистично повторяют человеческие, это происходит автоматически, без вмешательства преподавателя. Незаменимую роль играет имитатор прикроватного монитора, на который выводятся физиологические параметры в режиме реального времени.

Быстрый прогресс в области технологий привел к более инновационному использованию тренажеров задач. Например, в центре используются акушерский фантом, который позволяет имитировать полный процесс родов, тренажер для определения стояния головки плода в родовых путях, симулятор для отработки операции кесарева сечения, гинекологический тренажер, который позволяет отработать целый ряд базовых диагностических и хирургических процедур в гинекологии. Ткань, из которой выполнены органы гинекологического тренажера, реалистична на ощупь, что позволяет обучающимся получать реалистичные тактильные ощущения при выполнении основных хирургических манипуляций.

В центре эффективно используется модуль дополненной виртуальной реальности к роботу-симулятору, который представлен парой 3D очков, позволяющих следить за процессом родов в виртуальном пространстве при помощи голографического изображения. При этом представляется возможность наблюдать за родовым актом изнутри, минуя плотные «человеческие» ткани.

Заключение. Симуляционный метод обучения постепенно становится важным и необходимым компонентом в процессе обучения и прохождения производственной практики. Анализ обратной связи при симуляционном обучении показал, что у обучающихся есть возможность самостоятельно разобраться над своими ошибками. Симуляционное обучение развивает клиническое мышление, дает возможности планировать отработки основных навыков, которые требуют тренировки.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ВРАЧА ТЕРАПЕВТА ПРИ
ЛИХОРАДКЕ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА**

Нусратуллина А.З.², Абросимова Е.Ю.¹, Фархутдинова А.Р.¹

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

²БУЗ УР «Городская клиническая больница № 6 Министерства
здравоохранения Удмуртской Республики»

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней с
курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой терапии

Иевлев Е.Н.

Цель: провести анализ клинического случая у пациента с лихорадкой
неясного генеза.

Материалы и методы исследования: был проведен анализ выкопировки
данных медицинской карты пациента с лихорадкой неясного генеза БУЗ УР
ГКБ 6 МЗ УР.

Результаты. Мужчина, 19 лет, студент технического вуза обратился к
терапевту с жалобами на немотивированную лихорадку до 39,1, озноб,
слабость, потерю аппетита, похудание на 5 кг за 2 месяца, а также увеличение
подчелюстных и шейных лимфоузлов справа. До госпитализации лечился
амбулаторно, без эффекта. Выявлена относительная лимфопения (19%) и
ускорение СОЭ до 60 мм/ч. УЗИ лимфоузлов показало лимфаденопатию
подчелюстной и околоушной области справа без признаков атипии. На приёме
был выставлен диагноз ОРВИ с признаками фарингита средней тяжести,
подчелюстной лимфаденит. После присоединения коронавирусной инфекции
пациента госпитализировали в Республиканскую клиническую
инфекционную больницу (РКИБ), где выявлены положительные результаты
на вирус Эпштейн-Барр и цитомегаловируса. Пациент выписан с
нормализацией температуры. В последующем амбулаторно выявлена
панцитопения (RBC $3.81 \cdot 10^{12}/л$, HCT 34.5%, WBC $3.47 \cdot 10^9/л$, HGB 107 г/л,
PLT $183 \cdot 10^9/л$) с увеличением СОЭ до 60 мм/ч, в связи с чем был
госпитализирован в гематологическое отделение БУЗ УР 1 РКБ МЗ УР. По

результатам биопсии лимфатического узла и ПЭТ КТ выставлен диагноз: лимфома Ходжкина 4BS ст по Ann-Arbor, протекающая с поражением шейных, над- и подключичных, аксиллярных, забрюшинных, подвздошных лимфатических узлов, селезенка, костного мозга.

Начата химиотерапия по программе BEACOPP 14. После двух курсов лечения отмечает дискомфорт в горле при глотании, визуализируется на слизистой твердого неба, миндалинах творожистый налет, вероятнее всего орофарингеальный кандидоз, в связи с чем была начата противотрибковая терапия флуконазолом. Всего проведено 4 курса химиотерапии в стандартных дозировках.

Заключение: В данном клиническом случае отражены особенности течения и трудности диагностики лимфомы Ходжкина в практике врача-терапевта. При первичном сборе анамнеза следует уделять внимание на факторы, способствующие развитию той или иной причины лихорадки неясного генеза, что может помочь сократить сроки постановки диагноза. В приведенном клиническом случае у пациента выявлены предрасполагающие факторы: наличие вируса Эпштейн-Барр, цитомегаловируса, а также присоединение коронавирусной инфекции. Ведение данного пациента было согласовано с клиническими рекомендациями, что позволило установить причину лихорадки в сроки позволяющие провести эффективные терапевтические мероприятия.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА С ИНТАКТНЫМИ АРТЕРИЯМИ

Замалетдинов Т.Р., Касымова А.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии Нуруллина Г.И., к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Халфина Т.Н.

Актуальность: Средний возраст пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) составляет около 66 лет [1]. ИМ среди лиц младше 45 лет встречается реже и часто не связан с гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий [2].

Цель: описать и изучить клинический случай острого ИМ у молодого пациента с интактными сосудами.

Материал и методы: анализ истории болезни и имеющейся литературы по данной теме, осмотр и наблюдение за пациентом.

Результаты работы. Пациент С., 41 года поступил в кардиологическое отделение ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» с жалобами на жгучие боли за грудиной, возникающие при ходьбе более 100 м (на момент осмотра в приемно-диагностическом отделении болевого синдрома нет). Повышение давления до 180/100 мм.рт.ст. (адаптирован к 140/80). Вышеописанные жалобы беспокоят в течение длительного времени, за последние 2 недели отмечает ухудшение состояния, учащение приступов загрудинных болей, снижение толерантности к физической нагрузке. В связи с этим обратился в ПДО 1 РКБ. Экстренно госпитализирован в ОРИТ №3 с предварительным диагнозом: ИБС. Нестабильная стенокардия. ГБ 3 стадия, риск 4.

По данным КАГ: все артерии и их ветви неровных контуров, без стенозирования.

ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 63, сегмент ST на изолинии, остроконечные (коронарные) T в V3-5.

ЭХО-КГ: снижение глобальной сократительной функции миокарда левого желудочка (ФВ ЛЖ по Симпсону= 45%, УО= 87 мл). Выявлены нарушения локальной сократительной функции миокарда ЛЖ. Гипокинезия: средних передне-бокового, ниже-бокового сегментов миокарда ЛЖ. Увеличение ЛЖ и обоих предсердий. Митральная и трикуспидальная регургитация первой степени.

Результаты лабораторных исследований: Тропонины - 0,010 (норма); Холестерин ЛПВП - 0,82 ммоль/л, ЛПНП - 2,1 ммоль/л.

Объективно. Общее состояние: средней тяжести Сознание: ясное. Вес 94.0 кг, Рост 176 см, Индекс массы тела 30,3 (ожирение 1 степени), температура тела 36,6°C, АД 150/90 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений 76 уд/мин. Частота дыхания 17/мин. Sp 99%.

Окончательный диагноз: ИБС. Острый инфаркт миокарда (Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда) без подъема сегмента ST по боковой стенке. КАГ: интактные коронарные артерии. Гипертоническая болезнь стадия 3, риск 4. Контролируемая АГ. Целевой уровень АД 120-129/70-79. ГЛЖ. ХСН I ФК1. Гиперлипидемия.

Заключение: ИМ может возникать у пациентов молодого возраста и не всегда коррелировать с наличием факторов риска. Нередко у таких больных на КАГ отсутствуют гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий. Диагностика ИМ у них затруднена из-за «чистоты сосудов» и часто нормальных значений тропонинов. Поэтому возрастает роль ЭКГ и ЭхоКГ в постановке диагноза у данной группы пациентов.

Список литературы:

1. Emelia J. Benjamin, Paul Muntner, Alvaro Alonso. Heart Disease and Stroke Statistics—2019 Update: A Report From the American Heart Association (англ.) // Circulation : журнал. — 2019. — Vol. 139, no. 10. — DOI:10.1161/CIR.0000000000000659.

2. Gupta A., Wang Y., Spertus J.A. et al. Trends in acute myocardial infarction in young patients and differences by sex and race, 2001 to 2010. J Am Coll Cardiol 2014;64(4):337–45. DOI: 10.1016/j.jacc.2014.04.054

СЛОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТА С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Замалетдинов Т.Р., Касымова А.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии
Нуруллина Г.И., к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Халфина
Т.Н.

Актуальность: Нефротический синдром (НС) – клиничко-лабораторный симптомокомплекс, который может быть вызван рядом различных заболеваний и состояний. Широкий спектр причин развития НС может вызывать трудности дифференциальной диагностики и требуют проведения углубленных диагностических исследований [1].

Цель: изучить особенности дифференциальной диагностики нефротического синдрома на примере клинического случая.

Материал и методы: анализ первичной медицинской документации и имеющейся литературы по данной теме, осмотр и наблюдение за пациентом.

Результаты работы. Пациент С., 48 лет поступил в пульмонологическое отделение ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» с жалобами на повышение температуры, отеки на ногах. Из анамнеза: месяц назад обратился в ЦРБ, откуда с направительным диагнозом: Левосторонняя пневмония. Бронхоэктатическая болезнь. Ателектаз левого легкого, был переведен в РКБ. В отделении пульмонологии был выявлен нефротический синдром, появилась олиго-анурия, в связи с чем пациент был переведен в отделение нефрологии.

В анализах крови: гипопропротеинемия (общий белок – 37,2 г/л, альбумин – 10,3 г/л), гиперлипидемия (общий холестерин - 12,54 ммоль/л, ЛПНП - 9,25

ммоль/л), азотемия (мочевина- 13,6 ммоль/л, креатинин — 225 мкмоль/л), снижение СКФ по СКД-ЕРІ – 25,4 мл/мин/1,73 м².

Суточная протеинурия: 3,5 г/сут.

КТ ОГК - Бронхоэктаз верхней доли левого легкого, пневмомедиастинум.

Учитывая наличие хронического воспалительное заболевания легких, системность поражения, решено провести диагностическую нефробиопсию с целью исключения вторичного амилоидоза. По данным биопсии верифицирован АА-амилоидоз почки.

Заключение: диагностический поиск пациента с НС часто бывает многоэтапным. Клинический пример демонстрирует, что для постановки окончательного диагноза был проведен широкий спектр лабораторно-инструментальных диагностических исследований, наиболее информативным методом диагностики амилоидоза является биопсия почки.

Список литературы:

1. Оценка нефротического синдрома // BMJ Best Practice : сайт. – URL: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/356> (дата обращения: 17.10.2024)

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЧАСТИЧНЫЙ ОТРЫВ ХОРД ПЕРЕДНЕЙ СТВОРКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НА ФОНЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Джаин Дханшри Буддхипракаш

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней
Митрофанова И.С., к.м.н., старший преподаватель кафедры внутренних
болезней Зеленцова Л.Р.

ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России

В настоящее время частота выявления гипертрофической кардиомиопатии увеличивается, однако диагностика осложнений данного заболевания остается актуальным вопросом для практикующих врачей терапевтического профиля.

Больной П., 39 лет, поступил в приемное отделение ГАУЗ "ООКБ №2" города Оренбурга 25.06.2024 с жалобами на повышение температуры тела до 40 С°, озноб, продуктивный кашель с бело-желтой мокротой, одышку в покое. Данные жалобы беспокоили в течение 5 дней, постепенно нарастали, заболевание связывал с переохлаждением. При объективном обследовании выявлены влажные разнокалиберные хрипы по всем легочным полям, установлен предварительный диагноз «Двусторонняя внебольничная пневмония», который был подтвержден с помощью компьютерной томографии легких.

Из анамнеза стало известно, что пациент уже поступал в данное медицинское учреждение в 2021 году с жалобами на давящие боли за грудиной при умеренной физической нагрузке, эпизоды головокружения и тахикардии, снижение толерантности к физической нагрузке. Жалобы беспокоили около 2 месяцев, быстро прогрессировали. На ЭКГ выявлены признаки гипертрофии левого желудочка с выраженными изменениями ST-T до признаков ишемии боковой стенки, верхушки левого желудочка. Проведена ЭхоКГ, установлена выраженная гипертрофия стенок левого желудочка, межжелудочковой перегородки (в базальном сегменте до 22 мм) с обструкцией выносящего тракта левого желудочка (максимальный градиент давления 62 мм рт ст). Сформулирован диагноз: Ассиметрическая гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта левого желудочка. ХСН I, ФК II (NYHA).

Пациент был немедленно направлен в кардиохирургическое отделение, где 03.04.2021 года проведено оперативное лечение: расширенная миоектомия выходного отдела левого желудочка, после чего состояние больного значительно улучшилось. Пациент выписан с рекомендациями продолжить медикаментозную терапию верапамилом, пропранололом, спиронолактоном. На этом фоне состояние пациента длительное время оставалось стабильным, за медицинской помощью он не обращался до настоящего времени.

Пациент был госпитализирован в пульмонологическое отделение, начата антибиотикотерапия цефтриаксоном, левофлоксацином, детоксикационная терапия, кислородотерапия. На фоне лечения отмечалась положительная динамика клинической симптоматики, воспалительные изменения в легких купировались. Однако, на 8 день госпитализации пациента стала беспокоить сильная ночная одышка. При аускультации выявлен грубый пансистолический шум во всех точках с иррадиацией в спину. Экстренно проведена ЭхоКГ, установлена тяжелая митральная недостаточность, частичный отрыв хорд передней створки митрального клапана; легочная гипертензия. Клинический диагноз: Митральный порок (неревматический). Недостаточность митрального клапана 3 степени. Гипертрофическая кардиомиопатия. Состояние после расширенной миосептэктомии выходного отдела левого желудочка (2021). ХСН IIА, ФК IV (NYHA). Легочная гипертензия.

В кардиохирургическом отделении экстренно выполнена пластика митрального клапана (формирование неоход; триангулярная резекция сегмента задней створки митрального клапана; слайдинг-пластика; шовная аннулопластика по Батиста); трикуспидального клапана (по Батиста).

Через 10 дней больной выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по консервативному лечению и дальнейшему наблюдению.

Представленный клинический случай демонстрирует многообразие и сложность клинической картины гипертрофической кардиомиопатии, необходимость тщательной оценки динамики клинической симптоматики и своевременной диагностики осложнений у данной группы пациентов.

***РЕДКАЯ ПРИЧИНА ЖЁЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ***

Ибрагимова Э.Р., Хамидуллина А.Н.

Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии
Мухаметова Д.Д.; к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Белоусова
Е.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Наследственный сфероцитоз (НС) – наследственная гемолитическая анемия, вследствие дефекта мембраны эритроцитов, приводящего к характерному изменению формы эритроцитов (сфероциты). НС верифицируется в 1:2000 до 1:5000 случаев, хотя значительная часть случаев, протекающих бессимптомно, может оставаться не диагностированным. Одним из частых осложнений НС является желчнокаменная болезнь (ЖКБ).

Клинический случай. Пациент Н., 19 лет, поступил 23.05.2024 в гематологическое отделение ГАУЗ РКБ МЗ РТ. Жалобы и анамнез собраны со слов матери в связи с дизартрией у пациента на фоне грубой задержки психоречевого развития. 22.05.2024 после еды у пациента изменилось поведение: начал трогать живот в области эпигастрия и правого подреберья, появилась тошнота и рвота съеденной пищей. Обратились в Тюлячинскую ЦРБ, пациент был госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом «ЖКБ. Хронический калькулёзный холецистит в стадии обострения. Спленомегалия». Из анамнеза известно, что в 2006 г. при прохождении лечения по поводу перинатального поражения ЦНС был выставлен диагноз «Наследственный сфероцитоз». С периода новорожденности и до 2014 г. несколько раз госпитализировался в педиатрическое отделение ДРКБ для проведения гемотрансфузии. В 2014 г. планировалось проведение спленэктомии, но по семейным обстоятельствам операция не состоялась. У гематолога регулярно не наблюдался. С целью решения вопроса о дальнейшей

тактики пациент был переведен в гематологическое отделение ГАУЗ РКБ МЗ РТ. Наследственность отягощена – НС у матери, спленэктомия в 18 лет.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы желтые, склеры иктеричные. Дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78. При поверхностной пальпации живота – незначительная болезненность в области правого подреберья. Печень определяется у края рёберной дуги, селезенка увеличена – 190х60 мм.

Лабораторно: анемия лёгкой степени тяжести (RBC – $3,25 \times 10^{12}/л$, HGB – 102 г/л, MCV – 104 фл, MCH – 31,4 пг, MCHC – 30 г/дл), СОЭ – 12 мм/ч.

Биохимический анализ крови: гипербилирубинемия за счёт непрямой фракции (билирубин общий – 159,7 мкмоль/л, прямой билирубин – 4,0 мкмоль/л, непрямой билирубин – 155,7 мкмоль/л), ЛДГ- 420 Ед/л, АЛТ и АСТ в пределах нормы.

По данным УЗИ ОБП определялось утолщение стенок желчного пузыря до 4 мм, визуализировались несколько конкрементов, диаметром 9, 10 и 12 мм с четкими акустическими тенями. Спленомегалия.

На основании полученных данных был выставлен диагноз: «Наследственный сфероцитоз. ЖКБ. Обострение хронического калькулезного холецистита. Спленомегалия». Проведено оперативное лечение – спленэктомия, холецистэктомия от 04.06.2024.

Уникальность данного случая заключается в том, что причиной ЖКБ явилось редкое заболевание как НС, при котором ЖКБ встречается в 5% до 10 лет и в 40% случаев в возрасте 20 и более лет. В рамках диагностического поиска при наличии триады – анемии, спленомегалии и желтуха с гипербилирубинемией за счет непрямой фракции, следует исключить НС.

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ОТРАВЛЕНИЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СОЕДИНЕНИЯМИ»

Омелина А.А., Газизова А.И., Пахомова А.А.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава
Российской Федерации

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры
внутренних болезней с курсами ЛМД и лечения, ВПТ Иевлев Е.Н.

Введение. Ежегодно регистрируется до 1 млн. случаев отравления ФОС [1]. Основная причина летальных исходов — позднее выявление симптомов отравления и несвоевременно оказанная медицинская помощь [2].

Цель исследования – анализ клинического случая отравления ФОС.

Материалы и методы исследования. Выкопировка истории болезни пациента токсикологического отделения БУЗ УР ГКБ №6 МЗ УР, обзор научной литературы.

Результаты и обсуждение. Мужчина 67 лет был обнаружен спящим в сенях, дыхание с хрипом, гиперсаливация, самопроизвольный акт дефекации. Рядом – банка с желтой жидкостью без этикетки. Пациент имел гипертоническую болезнь, алкогольную зависимость.

Состояние тяжёлое, сопор, шкала Глазго и шкала FOUR – 6 б. OD=OS=4,5 мм, фотореакция OU вялая. Кожные покровы мраморные, холодные. СО сухие. Т 30,6 °С. Дыхание проводится с обеих сторон, хрипы в малом количестве. Отделяемое при санации скудное, слизистое. Гемодинамика с инфузией НА: АД 80/57, ЧСС 113/мин. Живот поддут. Реакции на пальпацию нет. Диурез 70 мл.

Выявлены лейкоцитоз ($10,1 \times 10^9/\text{л}$), гипергликемия (16,1 ммоль/л), уремия (9,8 ммоль/л), гиперкреатининемия (248 мкмоль/л), ацидоз (рН 7,1, рСО₂ 49,3 мм.рт.ст.). Рентгенография органов грудной клетки (ОГК): увеличение размеров сердца, атеросклероз аорты, гиперволемиа в МКК. Спиральная компьютерная томография (СКТ) головы: смешанная

заместительная гидроцефалия. Выставлен диагноз: Острое отравление фосфорорганическим соединением неуточненным.

Назначено: атропина сульфат, 0,9% физиологический раствор, натрия гидрокарбонат, бром-бензодиазепин, дексаметазон, дофамин, пипекурония бромид, фуросемид, инсулин, метоклопрамид. Проведены интубация трахеи, искусственная вентиляция легких, ЗПЖ, энтеросорбция.

На фоне терапии были восстановлены сознание, самостоятельное дыхание. Сохранялось нарушение функционирования почек (табл. 1). Был назначен гемодиализ (6 раз). Уровни креатинина и калия крови продолжали нарастать (табл. 1).

Таблица 1.

	21.05	25.05
Креатинин (мкмоль/л)	921	843
Мочевина (ммоль/л)	44	46
К (ммоль/л)	5,3	7,49

25.05.2024 пациент скончался. По результатам аутопсии подтверждено Острое отравление фосфорорганическим соединением неуточненным тяжелой степени. Осложнения: Токсическая энцефалопатия III ст. Токсический отек легких. ОДН III ст. Экзотоксический шок IV ст. Преренальное ОПП 3 стадии. Алкогольная кардиомиопатия.

Заключение. При отравлении ФОС необходима ранняя диагностика и скорейшая антидотная терапия, при отсутствии которых высока вероятность неблагоприятных исходов. Поэтому освещение данных вопросов является важным для здравоохранения.

Список литературы

1. Зорина, В. Н., Евдокимова, Е. А., Рейнюк, В. Л. Методы профилактики и терапии судорожного синдрома при отравлении конвульсантами

холинергического ряда [Текст] / В. Н. Зорина, Е. А. Евдокимова, В. Л. Рейнюк // Медицина экстремальных ситуаций. — 2022. — № 2. — С. 14-21.

2. Лужников Е.А Медицинская токсикология [Текст] / Лужников Е.А — 6-е изд. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014 — 928 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ «ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО»

Батуева Д.И., Умрилова П.В.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой терапии

Иевлев Е.Н.

Актуальность темы: Тетрада Фалло - «синий» врождённый порок сердца (ВПС), комбинированное нарушение развития: дефект межжелудочковой перегородки, стеноз устья лёгочной артерии, гипертрофия правого желудочка, декстропозиция (смещение вправо) аорты, в аорту поступает смешанная кровь. Является часто встречаемым врождённым «цианотическим» пороком сердца (8-13%), наличие которого является абсолютным показанием для оперативного лечения. Без лечения риск раннего летального исхода возрастает, смертность к первому году жизни составляет 25%, к 40 годам – 95% [1].

Цель исследования: анализ клинического случая у пациента с диагнозом ВПС: Тетрада Фалло.

Материалы и методы исследования: исследование проведено в терапевтическом отделении в БУЗ УР «Увинская РБ МЗ УР» методом анализа амбулаторных карт и истории болезни пациента.

Полученные результаты и обсуждения: Пациент А. 29 лет экстренно поступил в терапевтическое отделение БУЗ УР «Увинская РБ МЗ УР» с жалобами при поступлении: на усиление одышки, слабость, головокружение, тяжесть в животе, средней трети бедра, отёки мошонки, передней брюшной стенки, увеличение живота в объёме, снижение диуреза. Пульс 110 ударов в

минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Было оказано лечение. Родился от 3 беременности, 2 родов на 37 неделе путём кесарева сечения, в тяжёлом состоянии с цианозом рук, ног и носогубного треугольника. Был выставлен диагноз: хроническая внутриутробная гипоксия плода, перинатальное повреждение спинного мозга, синдром дыхательных расстройств, врождённый порок сердца.

В 3 месяца подтверждён Тетрада Фалло, что послужило оперативному лечению: 1996 г. – анастомоз по Блелоку-Тауссигу, но спустя два года анастомоз перестал функционировать, поэтому в 2000 г. была проведена радикальная операция в Новосибирске. С 10 лет появилась тенденция к увеличению печени за счёт застоя, к 27-28 годам появился асцит, в 28 лет поставлен диагноз цирроз печени смешанной этиологии (застойный, алкогольный). Перенёс несколько пневмоний, что послужило фоном к приобретению в 29 лет постпневмонического пневмофиброза. Стоит отметить, на протяжении подросткового периода до настоящего времени пациент к терапии не привержен и имеет вредные привычки (злоупотребляет спиртными напитками).

Заключение: Прогноз для жизни с Тетрадой Фалло благоприятный, при условии своевременной коррекции ВПС. При низкой приверженности к медикаментозным и немедикаментозным методам лечения, а также наличие пагубных привычек, к течению заболевания может присоединяться осложнения, такие как гипостатические пневмонии и цирроз печени, что иллюстрирует клинический случай. У данной когорты необходимо своевременная психофармакологическая помощь и реабилитация для улучшения их прогноза.

Список литературы:

1. Всероссийская общественная организация "Ассоциация детских кардиологов России". Клинические рекомендации. Тетрада Фалло - 2021. М., 2021. 37с.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕЗЕРВУАРИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Исмаилова Л.Р., Акчурина О.Э

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Мухаметова Д.Д., к.м.н., ассистент кафедры хирургических болезней

Шакуров А.Ф.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Тотальная колэктомия с формированием илеоанального резервуара является радикальной операцией в лечении язвенного колита у пациентов, рефрактерных к медикаментозной терапии. В дальнейшем возможно развитие резервуарита, требующего детальной дифференциальной диагностики с дебютом илеита болезни Крона.

Клиническое наблюдение. Пациентка С., 40 лет 07.01.2024 поступила в колопроктологическое отделение ГАУЗ РКБ МЗ РТ с жалобами на общую слабость, боль в левой подвздошной области, усиливающуюся до опорожнения и прекращающуюся после, учащенный стул с примесью крови и слизи до 7 раз в сутки, ноющую боль в левом голеностопном суставе, повышение температуры тела до 38,1°C, продолжающиеся на протяжении месяца.

Из анамнеза известно, что в 2005 г. впервые установлен диагноз язвенного колита, получала соответствующую базисную терапию (сульфасалазин, месалазин, инфликсимаб). В 2021 г. выполнена тотальная колэктомия по поводу токсической дилатации с выведением илеостомы. В 2022 г. произведена восстановительная операция с формированием J-образного илео-анального резервуара.

Объективный статус: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, при поверхностной пальпации определяется умеренная болезненность в левой подвздошной области, припухлость и гипертермия правого голеностопного сустава. На 2 день госпитализации появились гиперемия слизистой оболочки полости рта, единичные желтовато-серые округлой

формы изъявления. На симметричных участках кожи нижних конечностей наблюдались множественные красные узловые элементы с четкой границей, болезненные и плотные при пальпации.

Лабораторные данные: анемия легкой степени тяжести, лейкоцитоз, увеличение С-реактивного белка.

По данным колоноскопии: на неизменной слизистой резервуара множественные различной формы и размеров язвенные поражения до 10x8мм, покрытые фибрином, проксимальнее резервуара множественные эрозии (по типу афт) до 2 мм.

По данным гистологического заключения: эрозии и язвы слизистой оболочки, деформация крипт, воспалительная инфильтрация распространяется до мышечного слоя. Проведена дифференциальная диагностика манифестации болезни Крона и резервуарита. Эндоскопическая и гистологическая картина в сочетании с сопутствующими внекишечными проявлениями (афтозный стоматит, узловатая эритема, артрит правого голеностопного сустава) свидетельствуют в пользу болезни Крона.

В дальнейшем 15.01.2024 пациентка переведена в отделение гастроэнтерологии, начата биологическая терапия (устекинумаб) с клиническим эффектом.

Заключение. Дебют болезни Крона по литературным данным встречается у 13% у пациентов после колэктомии, схожесть клинической картины с послеоперационным резервуаритом затрудняет диагностику. Своевременная и точная диагностика заболевания, проведение гистологического исследования важны для начала терапии и поддержания качества жизни пациентов.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
СТАЦИОНАРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ». РАЗБОР
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

«ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ»

Ленцова С.И., Горбунова М.А.

ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия

Минздрава России

Научный руководитель — к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой терапии

Руденко И.Б.

Введение. Гранулематоз с полиангиитом (гранулематоз Вегенера) – это заболевание, характеризующееся некротизирующим гранулематозным воспалением мелких и средних сосудов с преимущественным поражением верхних дыхательных путей, легких и почек. Гранулематоз с полиангиитом (ГПА) относится к группе АНЦА-ассоциированных васкулитов с обнаружением в крови антинейтрофильных цитоплазматических аутоантител — АНЦА).

Цель настоящей работы - представить клинический случай с обоснованием назначения патогенетического лечения пациенту с ГПА. Задача: проследить влияние проводимой базисной терапии на динамику состояния пациента.

Материал и методы исследования. Проанализирован клинический случай пациентки в возрасте 37 лет с ГПА.

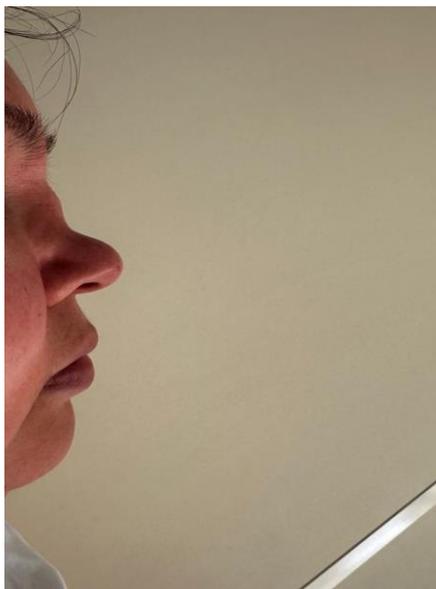
Результаты и их обсуждение. В ревматологическое отделение БУЗ УР ГКБ №6 МЗ УР г. Ижевска в декабре 2023 г поступила пациентка В. с жалобами на умеренную общую слабость, инспираторную одышку при обычной физической нагрузке, сухой кашель, сухость во рту, сердцебиение, изжогу, образование корочек в носу, боли ноющего характера в голеностопных и коленных суставах. Из данных анамнеза известно, что в 2021 году ее беспокоили: общее недомогание, появление катаральных явлений,

сухой кашель и одышка, усиливающиеся с течением времени, боли в левом подреберье, «свербящие» ощущения в области хряща носовой перегородки, изменения формы носа по типу «седловидного» (рис. 1). КТ органов грудной клетки отражала картину диссеминированного поражения легких. По результатам иммунологических тестов: антитела к базальной мембране клубочков и АЦЦП – не обнаружены, выявлены АНЦА IgG 1:160, антитела к протеиназе – 3 115,82. На основании диагностических критериев ГПА (EULAR/PRINTO/PReS,2010) выставлен диагноз: Гранулематоз с полиангиитом, АНЦА-ассоциированный, тяжелое течение, генерализованная форма, высокая активность. В условиях стационара пациентке назначена пульс-терапия метилпреднизолоном в дозе 500 мг в/в кап. №3, инициирована терапия циклофосфамидом (из расчета на массу тела) 800 мг в/в кап., прием внутрь - преднизолон 40 мг в сутки. К выписке самочувствие пациентки заметно улучшилось - уменьшилась слабость, одышка, кашель, выделения из носа, артралгии. Выписана с рекомендациями о ежемесячном продолжении терапии циклофосфамидом и приемом внутрь преднизолона на фоне гастропротекции.

Заключение. Течение заболевания значительно улучшилось благодаря патогенетическому лечению циклофосфамидом и глюкокортикоидами. Целью терапии у пациентов с ГПА является достижение быстрой и длительной ремиссии. Пациенты должны находиться под тщательным наблюдением ревматолога для оценки реакции на терапию. Диагноз ГПА нужно подозревать у любого пациента с признаками поражения верхних и/или нижних дыхательных путей, или гломерулонефрита тем более, при лабораторном выявлении АНЦА. Однако, гистологическое исследование ткани, полученной в результате биопсии пораженного органа (почки, кожи или легкого), остается наиболее точным методом постановки диагноза.

Рис.1 Пациентка В. с ГПА «седловидный нос»

(фото из архива И.Б. Руденко)



***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С НЕКОМПАКТНЫМ
МИОКАРДОМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА***

Мифтахутдинова Д.И.

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

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Некомпактный миокард левого желудочка (НКМ ЛЖ, гипертрабекулярность ЛЖ) – одна из редких форм кардиомиопатии преимущественно врожденного генеза, характеризующаяся повышенной трабекулярностью миокарда левого желудочка с формированием широких межтрабекулярных пространств и прогрессирующим снижением сократительной способности ЛЖ. Некомпактный миокард ЛЖ верифицируют у 8-12 человек на 1 млн населения в год. У взрослого населения встречается реже в связи с развитием фатальных осложнений в детском возрасте.

Цель исследования: изучение редко встречающегося заболевания НКМ ЛЖ на примере клинического случая.

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

Результаты. Пациентка 58 лет была госпитализирована по неотложным показаниям в кардиологическое отделение стационара с выраженным прогрессированием признаков хроническую сердечную недостаточность (ХСН) и подозрением на острый коронарный синдром (ОКС).

В анамнезе гипертоническая болезнь более 10 лет. В предшествующие 2 года пациентка стала отмечать выраженную слабость, одышку, периодические боли в левой половине грудной клетки, иррадиирующие в спину. В течение последних 2 недель состояние значительно ухудшалось в виде прогрессирования признаков ХСН и болевого синдрома за грудиной. Участились неконтролируемые эпизоды повышения АД.

Объективно: состояние средней тяжести, ортопноэ. Кожные покровы бледные, выраженный цианоз губ, акроцианоз. Дыхание ослаблено, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких. Перкуторно в нижних отделах легких притупление звука. ЧДД 22/мин. SpO₂ 88%. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс на лучевой артерии 87 уд/мин ритмичный слабого наполнения и напряжения. Печень выступает на 2 см ниже края реберной дуги. Периферические отёки отсутствуют.

Из лабораторных исследований: ОАК – без особенностей. Тропонин Т – отрицательный. D-димер - незначительно повышен (0,74 мг/л).

По данным инструментальных исследований: ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 73 уд/мин. Полная блокада левой ножки пучка Гиса. ЭхоКГ - диффузная гипокинезия миокарда левого желудочка. Глобальная сократительная функция миокарда ЛЖ снижена (ФВ по Симпсону 16 %). Некомпактный миокард на уровне верхушечных и средних отделов ЛЖ. Увеличение левых камер сердца и правого предсердия. Высокая степень легочной гипертензии: СДЛА=79 мм.рт.ст. Незначительное количество жидкости в полости перикарда (0,28 см по нижнебоковой стенке). КАГ: сосуды интактные. РКТ

ОГК: двусторонний гидроторакс. Гидроперикард. Застойные явления в легких.

Таким образом, на основании данных обследований выставлен диагноз: Некомпактный миокард. ХСН ст.Пб, ФК 4 со сниженной сократительной способностью миокарда левого желудочка до 16 % по Симпсону. Полная блокада левой ножки пучка Гиса. Двусторонний гидроторакс. Гидроперикард. Выраженная легочная гипертензия (СДЛА=79 мм.рт.ст.). Гипертоническая болезнь 3 стадия, риск 4. Неконтролируемая АГ. Целевой уровень АД 120-129/70-79 мм рт.ст.

Вывод. Несмотря на редкую встречаемость НКМ ЛЖ в популяции возможна его своевременная диагностика. Ведущими синдромами заболевания являются быстро прогрессирующая сердечная недостаточность, тромбоэмболические осложнения, фатальные желудочковые нарушения ритма сердца и внезапная сердечная смерть. Основное лечение направлено на коррекцию ведущих синдромов.

АУТОИММУННЫЙ ПОЛИГЛАНДУЛЯРНЫЙ СИНДРОМ 2-ГО ТИПА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Терехова А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры эндокринологии

Киселева Т.А.

Введение. Аутоиммунный полигландулярный синдром (АПС) – орфанное иммуноэндокринное нарушение, характеризующееся первичной функциональной недостаточностью нескольких желез внутренней секреции, а также неэндокринными органоспецифическими заболеваниями. Наиболее частым вариантом множественной эндокринопатии аутоиммунной природы является АПС 2-го типа, который развивается у взрослых в возрасте 20-60 лет, наиболее часто приходится на 30-40 лет. АПС этого типа преобладает среди женщин. Компонентами АПС 2-го типа являются хроническая первичная

надпочечниковая недостаточность, аутоиммунные заболевания щитовидной железы и/или сахарный диабет 1-го типа.

Цель: анализ клинического случая и выбор врачебной тактики пациентки с АПС 2-го типа.

Результаты и их обсуждение: пациентка А., 47 лет, поступила в эндокринологическое отделение с жалобами на сухость во рту, жажду, общую слабость, тошноту, ухудшение зрения, выпадение волос, запоры. Из анамнеза заболевания: с 1998 года выявлены первичная хроническая надпочечниковая недостаточность, первичный гипотиреоз. До госпитализации пациентка принимала левотироксин натрия 125 мкг/сут., гидрокортизон 10 мг/сут., флудрокортизон 0,025 мг/сут. В 2000 году выявлен сахарный диабет 1 типа, была назначена инсулинотерапия. С 2014 года пациентке была установлена инсулиновая помпа. На момент госпитализации гликемия натощак амбулаторно до 7 ммоль/л, в течение суток – до 15 ммоль/л. Лабораторные данные при поступлении в стационар: HbA1c 9,0% (4,00-6,00), ТТГ 0,4 мМЕ/л (0,17 – 4,05), Т4 св. 21,30 пмоль/л (11,50 – 23,00). Основной диагноз: Аутоиммунный полигландулярный синдром 2-го типа. Первичная хроническая надпочечниковая недостаточность средней степени тяжести, компенсированная. Сахарный диабет 1 типа. Целевой уровень HbA1c менее 6,5%. Диабетическая ретинопатия, препролиферативная стадия. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей, сенсорная форма. Гиперхолестеринемия. Первичный гипотиреоз, средней степени тяжести, компенсированный. Лечение: инсулин аспарт подкожно в базисно-болюсном режиме с помощью носимого дозатора в суточной дозе 45 ЕД. Базальная доза 10,8 ЕД/сут., болюсная доза по углеводным коэффициентам на завтрак 1,5:1, обед 1:1, ужин 0,5:1, коэффициент чувствительности 2,5; левотироксин натрия 100 мкг/сут., гидрокортизон 10 мг 1 р/д, флудрокортизон 0,025 мг 1 р/д, аторвастатин по 20 мг 1 р/д.

Вывод. Пациентам с аутоиммунным полигландулярным синдромом необходима своевременная диагностика, проведение

соответствующего скрининга на другие ассоциированные аутоиммунные заболевания. В вышеописанном случае пациентка была госпитализирована в отделение эндокринологии с целью коррекции гликемии и подбора доз инсулинотерапии. Терапия эндокринных аутоиммунных заболеваний одинакова вне зависимости от того, является ли оно изолированным или компонентом АПС.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
СТАЦИОНАРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ». РАЗБОР
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «МИКСОМА ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ»***

Целикова Л.Р.

ФГБОУ ВО Ижевская Государственная Медицинская Академия
Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней с курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой терапии

Руденко И.Б.

Введение. Миксома - наиболее часто встречающаяся первичная доброкачественная опухоль сердца (в 70% всех случаев), берущая начало из субэндокардиальных мультипотентных клеток с ангиобластной пролиферацией. Диагностика миксом бесспорна, благодаря методам ЭхоКГ, КТ, МРТ, гистологического исследования. Единственный подход к лечению миксомы - хирургическое удаление новообразования. Общий опыт радикального лечения миксом небольшой, поэтому целью данной работы явилось представление клинического случая, чтобы в работе практикующего врача была настороженность в отношении данной патологии. Задача: оценить лечебную тактику ведения пациентки с миксомой.

Материал и методы исследования. Анализ клинического случая пациентки с миксомой правого предсердия.

Результаты и их обсуждение. Пациентка А., 66 лет, находилась на стационарном лечении в кардиологическом отделении «ГАУЗ РТ БСМП» г.

Набережные Челны в июне 2024 года. Поступила с жалобами на сердцебиение, кардиалгию, одышку при ходьбе на расстояние 50 метров, потерю веса на 15 кг за последние 3 года, боли в коленных суставах (к/с) по ВАШ 6 баллов. Из анамнеза известно: пенсионерка, работала строителем-сметчиком с 1983 по 2018 гг. Сердцебиение и одышка беспокоят около 5 лет, боли в суставах - в течение последнего года. С 2021 года выставлен диагноз ЖДА 1 степени, в связи с чем неоднократно получала лечение. Объективно при поступлении: бледность кожных покровов, дефигурация к/с. Тоны сердца приглушены, аритмичны, учащены. АД 100/70 мм.рт.ст. По анализам крови: снижение уровня гемоглобина до 98 г/л, увеличение СОЭ до 46 мм/ч. На рентгенограмме к/с признаки остеоартрита. По ЭКГ: трепетание предсердий, ЧСС 127 уд/мин (рис.1). Чрезпищеводная ЭхоКГ: в биковальной позиции устье, начальный отдел верхней полой вены окклюзированы гетерозогенным образованием с четкими ровными контурами, распространяющимся в полость правого предсердия. Размер 5,5x4,4 см (рис.2). По результату обследования выставлен окончательный диагноз: Миксома правого предсердия. Трепетание предсердий. ХСН 2 Б, ФКЗ. Анемия 1 степени. Остеоартрит коленных суставов. НФС2. Назначена медикаментозная терапия: аспирин кардио 100 мг/сут, верошпирон 25 мг/сут, амиодарон 200 мг/сут, сорбифер дурулес 2т/сут. По решению врачебного консилиума проведено успешное хирургическое удаление миксомы. При гистологическом исследовании: миксома с массивными очагами некроза и кровоизлияний. Повторная ЭхоКГ без патологии. Пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

Заключение. У пациентов с кардиалгией, прогрессирующей одышкой, нарушением ритма сердца, анемией и синдромом ускоренного СОЭ - всегда проводить комплексное обследование на исключение опухолевидного образования в сердце. Знать о том, что при постановке диагноза «миксома» - безотлагательность хирургической операции обусловлена неблагоприятным прогнозом заболевания и риском летального исхода.

Рис.1 ЭКГ пациентки А.

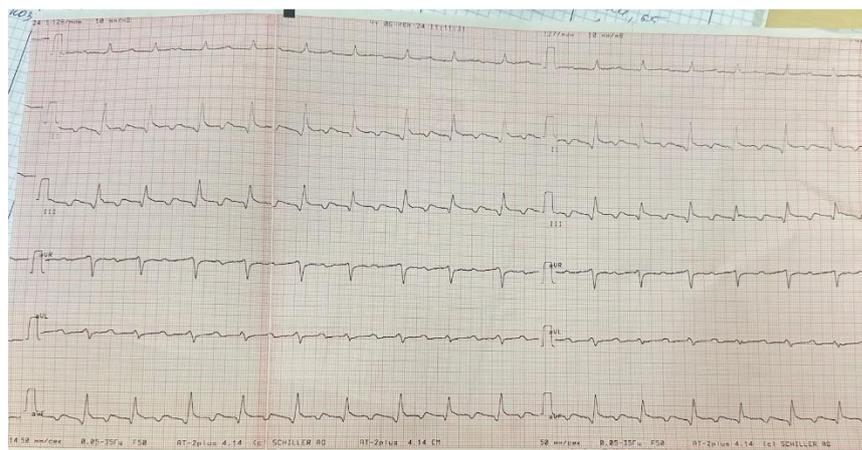


Рис. 2. Чрезпищеводная ЭхоКГ пациентки А.



СЛУЧАЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА НА ФОНЕ ОСТРОЙ ИНФЕКЦИИ

Шакирова Л. Р., Сарманова А.Т.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии
Нуруллина Г.И., к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии Халфина
Т.Н.

Острый коронарный синдром (ОКС) часто является вариантом ишемической болезни сердца, но также может встречаться при коронаритах, пороках сердца, миокардите, опухолях и других состояниях [1,2].

Цель: провести дифференциальную диагностику и выявить причину ОКС у молодого пациента.

Материалы и методы: изучение научной литературы, данных истории болезни; наблюдение за пациентом во время прохождения практики «Помощник врача-терапевта».

Клинический случай. Пациент С., 20 лет обратился в приемное отделение РКБ с жалобами на сжимающие за грудиной боли, не иррадиирующие, не связанные с физической нагрузкой; одышку на фоне обычной физической нагрузки; слабость, повышение температуры до 39°C; боли в горле при глотании.

Считает себя больным около 4 дней, когда возникла лихорадка до 39°C, слабость. Через 2-е суток — сжимающая боль за грудиной в покое. Боли имели волнообразный характер, не связаны с физической нагрузкой. Принимал парацетамол 2 дня, без эффекта. Ввиду усиления боли за грудиной самостоятельно обратился в приемно-диагностическое отделение (ПДО) №1 ГАУЗ «РКБ МЗ РТ».

Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное, температура тела 37,3°C, SpO₂ 99%. Дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 16/мин. АД 120/80 мм рт.ст., ЧСС 71 уд/мин., тоны сердца приглушены, шумов нет.

ЭКГ в ПДО: ритм синусовый с ЧСС 71 в мин., ЭОС вертикальное положение, подъем сегмента ST в II, III, AVF; двухфазный зубец T в отведениях II, III, aVF, V4-V6. Нарушение проведения по правой ножке пучка Гиса. РКТ ОГК: инфильтративных изменений в легких не выявлено, границы сердца не расширены. ЭХО КГ: размеры полостей сердца и сократительная функция миокарда левого желудочка в норме (ФВ ЛЖ по Симпсону 56%). Митральная и трикуспидальная регургитация первой степени. Зон гипо-, акинезии не выявлено. УЗИ плевральных полостей, почек и надпочечников - без особенностей. УЗИ ОБП: УЗ признаки полипов желчного пузыря.

Данные лабораторных исследований. ОАК: Hb 150 г/л, WBC 15,52 10⁹/л, NEUT 76,4%, NEUT (абс.) 11,86 10⁹/л, Тропонин T 1,46 нг/мл, коагулограмма: Д-димер 0,24 мг/л, фибриноген 5,39 г/л, ЛДГ 432 Ед/л, КФК 2624,4 Ед/л, СРБ 132,2 мг/л, АСТ 190,9 Ед/л, АЛТ 34,2 Ед/л, К 4,97 ммоль/л.

Проведена КАГ: правый тип кровоснабжения, ЛКА и ПКА и их ветви — без особенностей.

Консультирован инфекционистом, диагноз: Лакунарная ангина, рекомендована: антибиотикотерапия, местное лечение в виде полосканий растворами антисептиков.

На основании жалоб, анамнеза пациента, физикальных данных, результатов исследований, консультаций специалистов был исключен коронарогенный ОКС, предположен псевдокоронарный вариант дебюта острого миокардита. Таким образом пациенту выставлен диагноз: Острый миокардит? Нарушение ритма сердца: нарушение проведения по правой ножке пучка Гиса. Лакунарная ангина. Продолжено обследование в отделение кардиологии.

Выводы: данный клинический случай демонстрирует, что под ОКС могут маскироваться различные заболевания и состояния, в том числе острый миокардит, что усложняет диагностический поиск, может привести к диагностическим ошибкам и несвоевременному оказанию помощи.

Список литературы:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации «Миокардиты», 2020.
2. Temi Lampejo, Simon M Durkin, Naman Bhatt, Oliver Guttman Acute myocarditis: aetiology, diagnosis and management // Clinical Medicine. - 2021. - Vol. 21, N. 5. P. e505-e510.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ВВИДУ ОККЛЮДИРУЮЩЕГО ТРОМБОЗА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ» ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Шамгунов С.Р., Шамсутдинова К.Р.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней имени профессора С.С. Зимницкого Макаров М.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место среди причин смертности в России и мире. Одной из таких патологий является ишемия. Рост ССЗ связан с множеством факторов: старением населения, малоподвижным образом жизни, неправильным питанием, курением и стрессами. В России на ССЗ приходится более 50% всех смертей, ежегодно умирает около 900 тысяч человек. Особое место среди ССЗ занимает ишемия, вызванная тромбоэмболией, которая поражает различные органы. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) ведет к острой дыхательной недостаточности, ишемия миокарда — к инфаркту, ишемия мозга — к инсульту.

Цель: представить клинический случай хирургического вмешательства при критической ишемии ввиду окклюдированного тромбоза бедренной артерии.

Задачи: 1. Проанализировать статистические данные частоты встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы.

2. Ознакомиться с амбулаторной картой пациента и провести анализ хода операции.

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

Основная часть: В отделение сосудистой хирургии был доставлен пациент 71 года с жалобами на перемежающуюся хромоту и быструю утомляемость при физических нагрузках умеренного характера. Дуплексное сканирование выявило окклюдирующий тромбоз бедренной артерии. Возникла критическая ишемия – состояние, при котором компенсаторные механизмы уже не в состоянии обеспечивать ткани должным уровнем кислорода ввиду крайнего нарушения проходимости артерий. Чтобы предотвратить некроз тканей, необходимо в срочном порядке принять меры по улучшению кровоснабжения. Было принято решение о проведении тромбэктомии.

Тромбэктомия представляет собой хирургическое вмешательство, направленное на извлечение тромба и восстановление нормального кровообращения. После проведения эпидуральной анестезии и получения оперативного доступа к артерии, начался процесс извлечения тромба с помощью эмболэктомического катетера Фогарти, который вставляется в сосуд, далее происходит нагнетание воздуха, заполняющего конец катетера, при медленном извлечении катетера из сосуда в таком положении происходит захват и извлечение тромба. Далее было принято решение о необходимости перекрестного бедренно-бедренного шунтирования - создания искусственного анастомоза между бедренными артериями разных конечностей. После установки, была осуществлена проверка шунта и мест сшивания раны, были установлены гемостатическая губка и дренаж, рана ушита.

Выводы: Прохождение производственной практики под руководством профессионалов дает возможность студентам встретиться с разнообразными заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы, что представляет большой интерес ввиду постоянно растущей смертности от группы заболеваний данной системы.

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В СОСТАВЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

Бобрихина А.С., Гизатуллина Д.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии
им. проф. В.С. Груздева Орлов Ю.В.

Актуальность: почти каждый студент во время прохождения производственной практики стремится качественно освоить большое количество навыков, но не всегда имеется такая возможность. Обучение медиков «у постели больного» уходит на второй план, этому есть своё объяснение. Так, В законе 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» ст. 21 п. 9. говорится следующее: «При оказании гражданам медицинской помощи в рамках практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования пациент должен быть проинформирован об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи и вправе отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи». В области акушерства и гинекологии отчетливо прослеживается проблема отказов со стороны пациенток. Отсутствие желания пациентки принимать участие в учебном процессе может быть связано с тем, что процедуры диагностики и лечения в гинекологии затрагивают области, которые считаются интимными.

Студенты, столкнувшись с отказом, не применяют свои умения на практике. Это большой минус для будущей их профессиональной

деятельности, так как современный мир требует от врачей оказания высококвалифицированных медицинских услуг. Такая ситуация, когда пациент отказался от участия студентов в оказании ему медицинской помощи вынуждает систему образования искать альтернативные решения, чтобы обучающиеся смогли освоить практические навыки. Такой альтернативой является симуляционное обучение.

Цель исследования: оценить уровень заинтересованности студентов в симуляционном обучении во время производственной практики «Помощник врача акушера-гинеколога».

Задачи исследования:

1. Изучить литературу и провести обзор существующих исследований по использованию симуляционного обучения в медицинском образовании, включая специфику акушерства и гинекологии.

2. Провести анкетирование и опрос студентов и преподавателей, задействованных в процессе симуляционного обучения, для выявления их мнения о преимуществах и недостатках данного подхода.

3. Изучить влияние симуляционного обучения на уровень знаний, навыков и уверенности помощников врача акушера-гинеколога в профессиональной сфере.

4. Сделать выводы и рекомендации по дальнейшему использованию симуляционного обучения в производственной практике помощников врача акушера-гинеколога, а также предложить пути совершенствования этого метода обучения.

Результаты исследования:

Исходя из результатов анкетирования, было выяснено, что большинство студентов считают симуляционное обучение эффективным и современным методом обучения и оценки практических навыков, основанный на реалистическом моделировании и имитации клинических ситуаций. Также для студентов является важным, чтобы симуляционное обучение не

исключало «живого» общения с пациентом, а являлось больше дополнением на занятиях по производственной практике.

Данный метод обучения является очень эффективным, так как имеет ряд преимуществ:

- Возможность получения практического опыта студентами без риска для пациентов;

- Подготовка к urgentным ситуациям:

Симуляционное обучение позволяет тренироваться в решении экстренных ситуаций и кризисных сценариев, что повышает готовность к таким случаям в реальной жизни.

- Индивидуализированное обучение:

Симуляционное обучение позволяет индивидуализировать обучающий процесс, учитывая потребности и уровень подготовки каждого учащегося. Имеющиеся преимущества симуляционного обучения позволили студентам повысить уверенность в своих практических навыках.

РОЛЬ НАСТАВНИКА В ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Денисова С.Д., Дорошенко Я.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - доцент кафедры акушерства и гинекологии им.

проф. В.С. Груздева, к.м.н. Орлов Ю.В.

Актуальность: в течение последних лет особое внимание привлекает тема наставничества в практике студентов. Современные реалии требуют от молодых специалистов профессионализма, компетентности и способности быстро адаптироваться к изменяющимся условиям. Поэтому процесс профессиональной подготовки медицинских специалистов нуждается в модернизации. Необходимо повышение качества практической подготовки врача, ускорение профессионального становления и развития молодых специалистов. Ключевым является развитие в молодом специалисте

способности самостоятельно, качественно выполнять трудовые функции. Все это требует не только поиска новых, но и развития традиционных технологий обучения в виде внедрения системы наставничества в практике, организуемой на рабочем месте в медицинских учреждениях. [1]

Цель исследования: отразить необходимость закрепления института наставничества в практическом обучении студентов.

Задачи исследования:

Анализ работы наставника.

Изучение преимуществ системы наставничества для молодых специалистов.

Выявление факторов, мотивирующих медицинских работников участвовать в системе наставничества, а также поиск проблем формирования института наставничества.

Материал и методы исследования: В исследовании использованы такие методы, как изучение и анализ научной литературы.

Наставничество - форма взаимодействия молодого специалиста и профессионала, являющаяся инструментом адаптации и развития кадровых ресурсов, призванный помочь молодым специалистам адаптироваться на рабочем месте и в трудовом коллективе, приобрести профессиональные знания и умения.

Роль педагогики и наставничества в формате способов передачи медицинских знаний и навыков от опытного специалиста начинающему была значима во все времена. Многие великие врачи выступали одновременно как наставники и учителя будущих врачей, как основатели медицинских научных школ — от Гиппократов до Н.И. Пирогова. К примеру, Пирогов в автобиографической книге «Вопросы жизни. Дневник старого врача» писал, что хороший наставник не просто добросовестно излагает свой предмет ученику, а активизирует и развивает внимательность своих воспитанников. [2]

В настоящее время внедрение наставничества требует обеспечения нормативно-правового оформления программы наставничества, включающее

утверждение положения программы самого наставничества в медицинской организации и формирование плана внедрения, в котором представлен поэтапный ход работ и необходимые ресурсы.[3] Данное распоряжение способствовало бы:

Помощи в адаптации.

Поддержка профессионального развития.

Повышение профессионального уровня, в том числе своевременное обучение.

Заключение: В период стремительного развития науки и медицинских технологий перед профессиональной средой стоит актуальная задача развития наставничества для повышения уровня профессиональных компетенций и практических навыков медицинских специалистов. Это позволит ускорить процесс профессионального становления и развития молодых специалистов. [4].

Список литературы:

1. Атлас лучших московских практик наставничества в сфере здравоохранения / Ю. В. Бурдастова, К. В. Виноградова, О. А. Александрова [и др.]. — Москва: ГБУ "НИИОЗММ ДЗМ", 2022. — 34 с. — Текст: непосредственный.
2. Алюков, К.А. Н.И. Пирогов о наставничестве в медицине. Молодой ученый / К.А. Алюков // Молодой студент. — 2021. — № 27 (369). — С. 245–246. — ISSN 2072-0297
3. Шестак, Н. В. Наставничество в аспекте непрерывного профессионального развития врача / Н. В. Шестак, И. А. Крутий. — Текст: непосредственный // Педагогика профессионального медицинского образования. — 2020. — № 2. — С. 15-21.
4. Гараева, И.В. Наставничество в системе здравоохранения: проблемы и перспективы / И.В. Гараева // Mentoring in the healthcare system problems and prospects. — 2024. — № 3. — С. 4-11.

***ИНТЕРЕСНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЛАЗАМИ СТУДЕНТА-
ПРАКТИКАНТА: РАЗВИТИЕ ГИГАНТСКОЙ СЕРОЗНОЙ
ЦИСТОАДЕНОМЫ ЛЕВОГО ЯИЧНИКА В РАННЕМ
РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ***

Миннеханова А.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – руководитель АСЦ Казанского ГМУ, доцент
кафедры акушерства и гинекологии им. проф. В.С. Груздева, к.м.н., доцент

Орлов Ю.В.

«Знания – сокровищница, но ключ к ней – практика!» - именно так Томас Фауллер подчеркивал необходимость применения знаний в деле. С этим невозможно не согласиться – во время прохождения клинической практики «Помощник врача акушера-гинеколога» удалось увидеть симптоматику уникальных клинических случаев, участвовать в диагностике заболеваний и наблюдать за исходом лечения пациентов. В данной работе представлено клиническое наблюдение пациентки с гигантской серозной цистоаденомой левого яичника, на хирургическом лечении которой удалось ассистировать.

Актуальность. Сегодня новообразования органов малого таза являются актуальной проблемой медицины в силу их омоложения, что в свою очередь ведет к снижению репродуктивной функции женщин и повышению риска малигнизации существующих новообразований. По данным зарубежной литературы, частота новых случаев опухолей яичников составляет 11,7:100 000 женщин в год [1].

Цель работы – изучение методов диагностики, лечения и профилактики доброкачественных опухолей яичника (ДОЯ) на примере клинического наблюдения.

Материалы и методы. Пациентка, проходившая лечение в гинекологическом отделении ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ, медицинская документация (стационарная карта), анализ научной литературы.

Клинический случай. Пациентка А., 18 лет, поступила по направлению женской консультации на хирургическое лечение в гинекологическое отделение ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ с жалобами на тянущие боли внизу живота и прогрессирующее увеличение размеров брюшной полости за счет образования, имитирующего беременность. При поступлении, наряду с другими методами обследования, выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза: в проекции левого яичника выявлено кистозное образование гигантских размеров. Опухоль занимала весь малый таз и часть брюшной полости (рис. 1). Ориентировочные размеры опухоли 300х150х330 мм (рис. 2). Полость опухоли содержала жидкость со взвесью. Точные размеры матки не определялись, ввиду резкого ее оттеснения образованием левого яичника. Яичники отдельно от образования не визуализировались. В связи с наличием у пациентки гигантского образования, оказывающего давление на соседние органы, и при учете данных лабораторных и инструментальных методов обследования – было решено провести хирургическое лечение. Проведено оперативное вмешательство - удаление цистоаденомы левого яичника, при этом сам яичник и маточную трубу удалось сохранить. После операции материал был направлен на гистологическое исследование, где диагноз серозной цистоаденомы был подтвержден.

Выводы. Приведенный клинический случай является неординарным и наглядно показывает возможности производственной практики в плане информативности. В рамках стандартных семинарских занятий знакомство студента со случаями, редко встречающимися в клинической практике, является проблематичным. Вышеизложенное, также, вновь обращает внимание специалистов на «омоложение» многих патологических состояний и заболеваний женской половой сферы и ставит вопрос перед женщинами о необходимости проведения регулярных профилактических осмотров.



Рис. 1. УЗИ органов малого таза:
левого кистозное образование левого яичника



Рис. 2. Опухоль
яичника.

Список литературы:

1. Калашникова М.Ф., Лиходей Н.В., Тюльпаков А.Н., Федорова Е.В., Брюнин Д.В., Бахвалова А.А., Глушакова М.А., Смирнова С.А., Фадеев В.В. Вирилизирующая опухоль яичника: проблемы дифференциальной диагностики. *Проблемы Эндокринологии*. 2019;65(4):273-277.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА» ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ***

Валеева Д.Р., Мамедова А.А.

ФГБОУ ВО Ижевская Государственная Медицинская

Академия МЗ РФ

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры ортопедической
стоматологии Шевкунова Н.А

Актуальность: известно негативное влияние сахарного диабета на состояние органов полости рта – увеличение частоты поражений СОПР до 80%, множественный кариес, заболевания пародонта, преждевременная

утрата зубов [3]. Изменения в состоянии центральной и периферической нервной системы, приводят к дестабилизации психоэмоционального состояния пациентов, вызывая сложности в установлении контакта врач-больной, затрудняя проведение врачебных манипуляций в полном объеме. Повышенная болевая чувствительность, связанная с психоэмоциональным напряжением, приводит к развитию [2, 4].

Целью данной работы является определения отношений к стоматологическому лечению пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2) в зависимости от возраста, длительности заболевания и гендерной принадлежности.

Задачи: 1) провести изучение степени выраженности стоматологической тревожности шкалой Кораха у пациентов с СД2;

2) определить влияние пола, возраста и длительности заболевания СД2 на степень выраженности дентофобии;

3) провести сравнительный анализ показателей стоматологической тревожности пациентов с СД2 и сохранивших здоровье. Материал и методы исследования. Методом случайной выборки определено отношение к стоматологическому лечению 62 пациентов с верифицированным диагнозом сахарный диабет 2 типа и 65 сохранивших здоровье в возрасте от 46 до 77 лет шкалой Кораха (1969), обратившихся за стоматологической помощью в муниципальные и частные клиники г. Ижевска. Отношение пациентов к стоматологическому лечению определяли степенью выраженности дентофобии по сумме ответов: низкий уровень стоматологической тревожности с абсолютно позитивным поведением (от 4 до 8 баллов) и с позитивным поведением (от 9 до 12 баллов). Средний уровень, с негативным поведением (от 13 до 16 баллов), высокий уровень стоматологической тревожности с абсолютно негативным поведением (более 17 баллов).

Участие респондентов в проведенном исследовании было добровольным с заполнением информированного согласия. Статистический

анализ с использованием «Microsoft Excel 2010» и «IBM SPSS Statistics 23» для расчета средней арифметической (M), ошибки средней арифметической (m), вероятности различий (p). Достоверность определяли критерием Стьюдента (t), корреляцию между исследуемыми параметрами – критерием Спирмена при достоверности различий на уровне $p \leq 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что позитивно воспринимали стоматологическое лечение 43,55% пациентов с СД2, большинство из которых были мужчины – 25,81% (16 человек), в возрасте $58,00 \pm 1,63$ лет и длительностью заболевания $5,33 \pm 1,12$ лет. Пациенты, сохранившие здоровье в 1,6 раза чаще положительно относились к посещению стоматолога, как женщины- 33,85% (22 человека), так и мужчины - 36,92% (24 человека) в возрасте $51,54 \pm 1,88$ лет ($t=12,127$, $p<0,0001$). Появление тревожности диагностировалось у 29,03% пациентов с СД2, большинство из которых были женщины – 24,19% (15 человек), превышая число мужчин в 5 раз – 4,84% (3 человека). Длительность заболевания диабетом таких пациентов составляла $8,22 \pm 0,91$ лет при среднем возрасте $61,66 \pm 1,67$ лет. В группе сравнения возникновение тревожности отмечалось в 1,7 раз реже – 16,92%, в основном у женщин – 12,31% (8 человек) в возрасте $64,09 \pm 3,24$ лет ($t=10$; $p<0,001$).

Выраженная тревожность определялась у 27,42% лиц с СД2 с одинаковой частотой как у женщин – 12,90% (8 человек), так и мужчин - 14,52% (9 человек), в возрасте $68,94 \pm 1,39$ лет с продолжительностью заболевания $12,18 \pm 0,75$ лет. Полученные результаты в 2,2 раза превышали показатели лиц, сохранивших здоровье – 12,31% (8 человек). Выраженная тревожность наблюдалась преимущественно у женщин – 9,63% (6 человек), встречаясь в 3 раза чаще, чем у мужчин – 3,08% (2 человека), возраст составлял $69,25 \pm 2,13$ лет ($t=16$; $p<0,001$).

Заключение. В результате проведенного установлено, что волнение и страх перед стоматологическим лечением испытывают чаще пациенты с СД2, чем сохранившие здоровье. С увеличением возраста и длительности

заболевания диабетом проявления стоматологической тревожности нарастают, достигая выраженной дентофобии в возрасте $61,94,08 \pm 1,39$ лет с длительностью заболевания $7,17 \pm 0,75$ лет, что необходимо учитывать врачам стоматологам при лечении таких пациентов.

Список литературы:

1. Балажинская А.А., Романов Г.Н., Доманцевич В.А. Особенности минеральной плотности костной ткани у пациентов с сахарным диабетом 2 типа // Проблемы здоровья и экологии. – 2013. – № 3 (37). – С. 77-82.
2. Будина Д.О., Обжерина В.О., Чичерина Е.Н., Никитина Е.А. Связь заболеваний слизистой оболочки полости рта и сахарного диабета 2 типа. Профилактика патологий СОПР // E-Scio. – 2021. – С.128-137.
3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным регистра сахарного диабета на 01.01.2021 // Сахарный диабет. – 2021. № 24(3). – С.204-221.
4. Жирнова А.И., Щербаков Ю.В. Червинец А.С. Клинические особенности тканей полости рта у пациентов с сахарным диабетом, проходящих ортопедическое стоматологическое лечение протезами из различных конструкционных материалов // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – С. 340.
5. Кулецкая Е.В., Тихомирова Е.А., Слажнева Е.С., Атрушкевич В.Г. Ксеростомия при сахарном диабете (пилотное исследование) // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2022. – 22(4). – С.282-290.
6. Зырянов А.Е. Страх как предмет социальной философии // Философские науки. – 2018. – №6 . – С.151-159.

7. Радышевская Т.Н., Чаплиева Е.М., Старикова И.В. Дентофобия на стоматологическом приёме: распространённость, причины и способы преодоления // Colloquium-Journal. – 2018. –№ 7- 2(18). С.40-42.

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

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
СТАЦИОНАРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ».***

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

***«КОМПЕНСАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТЯЖЕЛОЙ
АНЕМИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ».***

Ганеева. И.З.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – ассистент кафедры внутренних болезней
Молостцова А.Ф., ассистент кафедры внутренних болезней Салимова Л.М.

Актуальность. Анемия является серьезной проблемой в области здравоохранения, по данным ВОЗ анемия имеется почти у 2 млрд. жителей планеты, ежегодный темп прироста анемий составляет 6,6%. Хроническое течение анемии приводит к компенсаторным изменениям в организме, что способствует развитию других патологических состояний.

Цель: изучить компенсаторные изменения, происходящие в организме при хронической тяжелой анемии, на примере клинического случая.

Материалы и методы: выписки из истории болезни пациента, литературные источники, посвящённые данной теме.

Описание клинического случая: Пациент Б., 36 лет, был госпитализирован в связи с жалобами (со слов матери) на выраженную слабость, апатию, потерю аппетита. Из анамнеза известно, с 3-х лет страдает анемией. В подростковом возрасте уровень гемоглобина составлял 70-80 г/л, с годами уровень гемоглобина снижался минимально до 17 г/л. Сопутствующие заболевания: тяжелая форма олигофрении. Из анамнеза известно, что в 2015 году в результате обследований был выставлен диагноз: Хроническая

нормохромная, нормоцитарная анемия тяжелой степени. Ювенильный хронический лимфолейкоз?». В периоды критического снижения проводилась гемотрансфузия эритроцитарной массой до достижения уровня гемоглобина 60 г/л. Дальнейшее повышение гемоглобина путем гемотрансфузии приводило к появлению жалоб на головную боль, повышение артериального давления. На протяжении 10 лет оптимальным уровнем гемоглобина считал диапазон 60-70 г/л.

Компенсаторные механизмы и их проявления у пациента: Циркуляторные компенсаторные реакции заключаются в централизации гемодинамики. Сосуды, содержащие преимущественно альфаадренорецепторы находились в состоянии вазоспазма, что приводило к повышению артериального давления и увеличению скорости кровообращения в жизненно-важных органах. Органы, чьи сосуды содержали преимущественно бета-адренорецепторы, напротив, находились в состоянии гипоперфузии. Длительная централизация гемодинамики привела к хронической болезни почек и дилатации селезеночных, печеночных вен с гепатоспленомегалией. Водно-электролитные компенсаторные реакции заключаются в активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. В результате увеличился объем крови, что привело к гипертонической болезни и гипертрофии левого желудочка. Дыхательные компенсаторные реакции приводят к ускорению и углублению внешнего дыхания, гипервентиляции легких, ускорению венозного возврата крови к сердцу. Хронизация процесса вызвала дилатационную кардиомиопатию.

Выводы: Трудности в диагностике и лечении данного пациента заключались в том, что при достижении уровня гемоглобина более 60 г/л, мать отказывалась от дальнейшего лечения из-за появления головных болей и ухудшения общего состояния, а к этому привели компенсаторные механизмы организма в условиях хронической анемии, создавшие органические и функциональные изменения, на фоне которых повышение уровня гемоглобина

свыше 60 г/л вызывало ухудшение состояния, так как его организм приспособился к низкому уровню гемоглобина.

Список литературы:

1. Хакимова Д.М., Введение в патологию. Повреждение клеток и тканей. Процессы адаптации. Учебное пособие / Д.М. Хакимова, Ф.Ф. Хузин / – Казань: Казан. ун-т, 2021. – 46 с.
2. Слонова, Я. А. Анемия при хронических заболеваниях / Я. А. Слонова, Л. А. Слонова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2022. — № 10 (405). — С. 21-24. — URL: <https://moluch.ru/archive/405/89373/> (дата обращения: 10.04.2024).
3. Недзвецкий, М. К. Патологическая анатомия и патологическая физиология человека : учеб. / М. К. Недзвецкий, Ф. И. Висмонт, Т. М. Салтсидис. - Минск : РИПО, 2021. - 287 с. - ISBN 978-985-7253-09-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789857253098.html> (дата обращения: 10.04.2024).
4. Стуклов, Н. И. Физиология и патология гемостаза : учеб. пособие / под ред. Н. И. Стуклова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3625-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436257.html> (дата обращения: 10.04.2024).
5. Стуклов, Н. И. Физиология и патология гемостаза : учеб. пособие / под ред. Н. И. Стуклова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-3625-7.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
СТАЦИОНАРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ». РАЗБОР
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ТРОМБОЭМБОЛИЯ КРУПНЫХ ВЕТВЕЙ
ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ».***

Куклихина М.В., Зарипова А.И., Тазеева А.А.

Научные руководители:

Ассистент кафедры внутренних болезней Салимова Л.М.

Заведующая терапевтическим отделением Галеева Ш.Ш.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Тромбоэмболия лёгочной артерии является одной из ключевых проблем современной клинической медицины. Это серьёзное и часто смертельное осложнение различных заболеваний, которое было признано ВОЗ одним из самых распространённых в мире.

В сентябре 2024 года пациентка обратилась за медицинской помощью с жалобами на выраженную одышку смешанного характера, как при минимальной физической нагрузке, так и в состоянии покоя, ощущение нехватки воздуха. Симптомы усилились за 3 дня до обращения. Она отметила, что проявления одышки при физической активности начались в июле этого года, за медицинской помощью не обращалась.

Пациентка 66 лет, общее состояние-тяжелое, сознание ясное. Отмечается бледность правой стопы, нижней трети голени, холодные на ощупь; пастозность, отеки отсутствуют. Дыхание через нос свободное, ЧД 20 в мин. SpO₂ 87% на АТМ; SpO₂ 95% на O₂ 9-10 л/мин.

Дыхание - жесткое, проводится по всем полям, хрипов нет, при перкуссии- легочный звук.

Пульс 80 уд/мин, АД 120/80 мм рт.ст. справа. АД слева 120/80 мм рт.ст., адаптированное АД 130/80 мм рт. ст.

Границы сердца не расширены, тоны приглушены, шумы не выслушиваются, пульсация на периферических сосудах сохранена.

На ЭХОКГ увеличение правых камер сердца. Выраженная легочная гипертензия (СДЛА 91 мм рт.ст.). Парадоксальное движение МПП и МЖП. ООО. Аортальная регургитация 2ст. Митральная регургитация 1-2 ст. Трикуспидальная регургитация 3-4 ст. Легочная регургитация 2 ст. Незначительная гипертрофия миокарда левого желудочка и МЖП. Уплотнение, утолщение створок АК и МК. В МП в средней 1/3 регистрируется транссептальный поток слева направо, ширина струи 6 мм.

УЗИ вен н/к : В камбаловидной вене, в проксимальной трети, в просвете визуализируются гипозоногенные тромботические массы, без признаков флотации.

ЭКГ : ритм синусовый с ЧСС 80 уд/мин. ЭОС нормаграмма. Сегмент ST на изолинии. Отрицательные зубцы T в отведениях II, III, aVF, VI-V6

РКТ ОГК с КУ: РКТ признаки ТЭ крупных ветвей ЛА.

Выставлен диагноз: Тромбоэмболия крупных ветвей легочных артерий. Неокклюзирующий тромбоз проксимального сегмента камбаловидного синуса справа, с наличием флотирующей головки длиной 1,33 см. Выраженная легочная гипертензия (СДЛА 91 мм рт.ст.). Дилатация правых камер сердца. Аортальная регургитация 2 ст. Митральная регургитация 1-2 ст. Трикуспидальная регургитация 3-4 ст. Легочная регургитация 2 ст.

Парадоксальное движение МПП И МЖП. ООО. Гипертоническая болезнь II стадии. Контролируемая АГ. Атеросклероз аорты, АК, МК. Риск 4 (очень высокий). Целевой уровень АД 130-139/70-79 мм рт.ст. ХСН I ФК 3 с сохранной ФВ (65% по Симпсону). Для дальнейшего обследования и лечения пациентка была переведена в ГАУЗ МКДЦ.

Следовательно, ведение пациентов с ТЭЛА требует поэтапного подхода, при котором лечение подбирается с учетом индивидуальных потребностей, с учетом любой лежащей в основе патологии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА «ТАКОЦУБО» ПОД МАСКОЙ ИБС

Сысоева А.Ю., Усманова А.З.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – асс. кафедры внутренних болезней Фатыхова К.Р.

Введение: Синдром «такоцубо» — это остро развивающаяся, обратимая дисфункция миокарда, приводящая к транзиторному баллонированию левого желудочка во время систолы и развитию острой сердечной недостаточности в 45% случаев.

Актуальность: сердечно-сосудистые заболевания в 21 веке являются основной причиной смерти и инвалидизации населения во всем мире. Особенно множественные поражения сердца приводят к снижению качества жизни уже с молодого возраста.

Цель: изучить клинический случай синдрома «такоцубо».

Материал и методы: анализ истории болезни пациента.

В июне 2023 года в военный госпиталь МО РФ поступил пациент И., 32 года. Госпитализирован для прохождения госпитальной ВВК в связи с заболеванием сердечно-сосудистой системы. Анамнез: пациент проходил службу в зоне проведения СВО. В мае 2023 года пациент попал под артиллерийский обстрел, перенес панический страх, шок, во время обстрела почувствовал острую боль в левой половине грудной клетки с ощущением трудности вдоха, онемения в конечностях, указанные симптомы связывал с акубаротравмой, оглушением, головокружением. В этот период был эвакуирован с позиций и направлен в госпиталь по маршруту эвакуации.

При поступлении в военный госпиталь г. Казани спустя месяц после обстрела предъявлял жалобы на периодические боли за грудиной, которые иррадиировали в левую руку, общую слабость, холодный и липкий пот, страх смерти и выраженную одышку при ходьбе до 400 м. Около 2 лет страдает гипертонией.

В мае-июне 2023 г. на ЭКГ сохраняются стойкие изменения зубца Т (инверсия в отведениях V2-V4), депрессия сегмента ST до 0,5 мм в отведениях V3-V4, в марте 2023 г. изменений сегмента ST не отмечалось. В мае при госпитализации в один из военных госпиталей были взяты маркеры некроза миокарда, результат отрицательный. В июне 2023 г. проведены: эхокардиография сердца (признаки трикуспидальной и митральной регургитации 2-3 степени), при выписке на фоне проводимого лечения – признаки трикуспидальной и митральной недостаточности 1 степени; сцинтиграфия миокарда, результат: диффузный коронарный эндотелиит, асинергия движения межжелудочковой перегородки, гиперкинез базальных, боковых, апикальных сегментов левого желудочка.

На основании косвенных данных обследования, анамнеза, наименее вероятной ишемической болезни сердца, был выставлен окончательный диагноз: Стресс-индуцированная кардиомиопатия (синдром «такоцубо») диффузный коронарный эндотелиит, нарушение сократительной функции миокарда с диффузным гиперкинезом и сохранной ФВ.

Заключение: Сложность данного заболевания состоит в схожей с ИБС симптоматикой, повышает значимость своевременной диагностики данной патологии в наши дни.

***КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА». РАЗБОР
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ЭЛЕКТРОД-ИНДУЦИРОВАННОГО
ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА».***

Джаин Дханшри Буддхипракаш

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней Митрофанова И.С., ассистент кафедры внутренних болезней Старченко А.Д.

Актуальность. Инфекционный эндокардит (ИЭ), ассоциированный с имплантацией сердечно-сосудистых электронных устройств, является

серьезным осложнением данного типа лечения заболеваний сердца и связан с повышением риска развития неблагоприятных исходов.

Цель и задачи исследования. Описать случай ИЭ, ассоциированного с установкой электрокардиостимулятора (ЭКС) по поводу слабости синусового узла (СССУ), а также выявить клинические особенности течения, трудности диагностики и лечения данного заболевания.

Материалы и методы. В данной работе представлен разбор клинического случая ИЭ, развившегося у пациента С. (мужчина, 48 лет) спустя 2 года после имплантации ЭКС.

Результаты и их обсуждение. В марте 2022 года пациенту С. был установлен двухкамерный частотно-адаптивный ЭКС (Sensia SEDR 01 Медтроник). Регулярно наблюдался у кардиолога, жалоб не было. В июле 2024 года обратился на прием к терапевту в поликлинику с жалобами на повышение температуры, слабость, озноб. Температура тела на приеме 39,6°C. Выполнен экспресс-тест на SARS-CoV-2 для исключения новой коронавирусной инфекции. Тест оказался отрицательным. Терапевт назначила антибиотикотерапию (ампициллин 1 г/сут, 7 дней). Несмотря на лечение, лихорадка сохранялась. Появилась выраженная слабость и одышка при незначительной физической нагрузке. Пациент вызвал врача на дом. После осмотра был госпитализирован в ГАУЗ «ООКБ им. В.И.Войнова». При физикальном обследовании установлено: состояние средней степени тяжести. Нормостенического телосложения (рост – 178 см, вес – 76 кг, ИМТ = 24,0 кг/м²). Кожа бледная, теплая на ощупь. В легких дыхание везикулярное, хрипов не обнаружено. При аускультации сердца тоны ритмичны, приглушены, шумов не выявлено. АД 120/70 мм рт.ст., пульс 77 уд. в мин. Отеки голеней (до уровня лодыжек). Выполнена стандартная лабораторная диагностика, ЭКГ, эхокардиография, рентгенография легких. По данным Эхо-КГ обнаружены вегетации на септальной створке трехстворчатого клапана (10 мм и 5 мм), а также на электроде ЭКС (8 мм и 7 мм). Кроме того, был проведен посев крови на стерильность, по результатам которого обнаружен *St. aureus*.

Был установлен диагноз «ИЭ, ассоциированный с имплантацией ЭКС», пациент госпитализирован в кардиохирургическое отделение. Спустя 10 дней массивной антибиотикотерапии (ванкомицином, левофлоксацином) состояние пациента улучшилось, была проведена операция по эксплантации ЭКС и выполнена пластика трехстворчатого клапана. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии и направлен в г. Челябинск (Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗ РФ) для повторной имплантации частотно – адаптивного двухкамерного кардиостимулятора.

Заключение. Описанный автором клинический случай демонстрирует не только случай диагностики и лечения ИЭ у пациентов с имплантируемым ЭКС, но и подчеркивает значимость врачебной ошибки ведения таких больных. Повышение температуры тела у больных с различными имплантируемые сердечно-сосудистыми устройствами в первую очередь требует исключения инфекционного их поражения.

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Бикчантаева А.Д., Мустаева А.Р.

Научный руководитель - ассистент кафедры внутренних болезней, Саттарова
Фирюза Ильдаровна

Казанский Государственный Медицинский Университет

Актуальность. В современном мире Здравоохранения существует глобальная проблема, которая заключается в послеоперационных осложнениях. Важную роль в этом играют - правильный и тщательный уход за пациентами в послеоперационный период. К сожалению, не в каждой больнице России, это соблюдается в полной мере. В этом есть и доля студентов практической подготовки по уходу за больными, во время прохождения клинической практики.

Профессионально-практическая подготовка обучающихся, должна быть ориентирована на углубление теоретической подготовки, а также закрепление

у студентов практических умений и компетенций в области ухода за больными послеоперационного периода. Ведь сестринский уход за пациентами в послеоперационном периоде – необходимое условие для качественного восстановления человека, который перенёс хирургическое вмешательство. В это время больной находится в уязвимом состоянии, не может ухаживать за собой и велик риск послеоперационных осложнений. Его организм ослаблен, а он сам нуждается в правильном уходе и реабилитации.

Цель. Сформировать практические навыки сестринского ухода у студентов КГМУ. Оценить организацию сестринского ухода у послеоперационных больных на примере ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 им.М.Н.Садыкова»

Материал и методы исследования. Изучение литературы и описание собственного опыта.

В число основных задач сестринского ухода входят следующие мероприятия:

Подготовка помещения к приёму послеоперационного больного и поддержание в нём стерильности. Необходимо тщательно подготовить палату – провести обработку помещения дезинфицирующими средствами, осуществить проветривание, сменить постельные принадлежности.

Систематическое наблюдение за больным. Требуется регулярно отслеживать температуру тела, проверять частоту пульса, измерять артериальное давление, контролировать самочувствие больного, спрашивать о болевых ощущениях, дискомфорте, осуществлять контроль заживления раны. Если больной без сознания, информацию о его состоянии получают путём измерения физиологических показателей и визуального осмотра.

Уход за раной. Требуется своевременно менять повязки, дренажи, катетеры, производить обработку раны антибактериальными средствами.

Обеспечение функций жизнедеятельности. Следует обеспечить пациенту соответствующий его состоянию пищевой и питьевой режим, осуществлять динамический контроль над выделением мочи и кала.

Проведение гигиенических процедур. Необходимо с первого дня проводить профилактику пролежней, очищать кожные покровы от загрязнений, производить санацию полости рта.

В целях скорейшего восстановления больного ему необходимы сеансы ЛФК, массаж мышц спины и конечностей.

Медицинский уход больному требуется на всех этапах послеоперационного периода:

1. На ранней реанимационной стадии. Это самый тяжёлый этап, который продолжается 3-5 дней с момента операции. Больному требуется проведение медицинских процедур и постоянное наблюдение за его состоянием.

2. На поздней послеоперационной стадии. Она длится 2-3 недели. Медицинские процедуры (уколы, капельницы, перевязки) продолжают, к ним добавляются первые реабилитационные мероприятия.

3. На отдаленной (реабилитационной) стадии. Продолжается от 3 недель до 6 месяцев. На этом этапе необходима профессиональная поддержка в дальнейшей реабилитации больного.

Проходя практику в ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова», мы были впечатлены масштабами и организованностью сестринского ухода за послеоперационными пациентами. В этом крупном медицинском учреждении, где поток пациентов огромен, медицинские сестры демонстрируют высокий профессионализм и заботу о каждом больном. Особое внимание уделяется повышению квалификации медицинских работников. Ежемесячно на базе больницы медицинские работники проходят обучение и совершенствуют свои компетенции, особенно в области ухода за пациентами. Организация сестринского ухода включает в себя комплексный и индивидуальный подход к каждому пациенту, что подтверждается тщательным мониторингом жизненно важных функций, уходом за раной, предоставлением лекарственных препаратов, уходом за дренажами, профилактикой осложнений и санитарно-гигиеническими манипуляциями. Кроме того, медицинские сестры всех отделений проявляют заботу о

пациентах и их родственниках, проводя просветительскую и обучающую работу. Благодаря такой организации сестринского ухода в ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова», пациенты получают качественную и заботливую помощь, что способствует их скорейшему восстановлению.

Таким образом, сестринский уход за пациентами в послеоперационный период включает большое количество манипуляций, проведение которых играет важную роль в успешной реабилитации пациентов и их скорейшего выздоровления. Только работник с профессиональной подготовкой сможет обеспечить условия для восстановления пациентов, поэтому эти навыки необходимо формировать в ходе практической деятельности студентов.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
СТАЦИОНАРА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ».
«ТРУДНОСТИ И ИННОВАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1
ТИПА»***

Кулькова П.С., Мингалеева Н.Э.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

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

Пальмова Л.Ю.

Актуальность: Производственная практика «Помощник врача стационара терапевтического профиля» для студентов 4 курса педиатрического факультета проводилась на базе ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова». В ходе практики мы столкнулись с высокой частотой госпитализаций пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД).

Цель: рассмотреть новые методы лечения и их эффективность при сахарном диабете 1 типа.

Задачи:

1. Изучить и систематизировать традиционные методы инсулинотерапии, их преимущества и недостатки.

2. Провести анализ современных технологий и клинических испытаний новых методов лечения СД.

Обсуждение. Сахарный диабет 1 типа (СД1) — это аутоиммунное заболевание, при котором иммунная система атакует и разрушает бета-клетки поджелудочной железы, отвечающие за выработку инсулина. В Республике Татарстан каждый год количество взрослых с сахарным диабетом 1 типа увеличивается в среднем на 500 человек. Заболеваемость диабетом 1 типа в РТ составляет 229,6 на 100 тысяч населения, что соответствует среднему показателю по России (229,6 на 100 тысяч) и превышает уровень по Приволжскому федеральному округу (209,2 на 100 тысяч) [1].

Инсулинотерапия - традиционный и основной метод лечения сахарного диабета 1 типа, преимуществами которого являются: гибкость в дозировке, низкая стоимость, разнообразие типов инсулина, однако имеется и главный недостаток, заключающийся в систематическом введении инсулина и возможных постинъекционных осложнениях. Кроме того, существует риск развития жизнеугрожающего состояния - гипогликемии, вследствие самостоятельного случайного введения пациентом более высокой дозировки.

В последние годы пристальный интерес вызывают стволовые клетки. Именно они рассматриваются как перспективный подход для регенерации бета-клеток и восстановления нормального уровня глюкозы. Клинические исследования показывают, что стволовые клетки могут дифференцироваться в функциональные бета-клетки, восстанавливая тем самым выработку инсулина и способствуя выделению факторов роста, направленных на регенерацию тканей поджелудочной железы [2].

Таким образом, в настоящее время сохраняются определенные сложности при использовании традиционной инсулинотерапии. Перспективное направление представляет собой лечение сахарного диабета 1

типа с использованием стволовых клеток, которое открывает новые горизонты в терапии этого хронического заболевания. Однако необходимы дальнейшие клинические испытания для оценки безопасности и эффективности таких методов. Важно также учитывать этические аспекты и возможности масштабирования данной терапии.

Список литературы:

1. Регистр сахарного диабета [Электронный ресурс]: <https://sd.diaregistry.ru/content/epidemiologiya.html#content> (дата обращения: 07.10.2024)

2. Плаксин Н.С., Куприянова В.М., Богданова Т.М. Сахарный диабет: история открытия, осложнения, распространенность // Международный студенческий научный вестник. 2018

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «АНТИЭКССУДАТИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПЕПТИДНОГО ИНГИБИТОРА КИНАЗЫ ЛЕГКИХ ЦЕПЕЙ МИОЗИНА ПИК7 ПРИ ИШЕМИЧЕСКИ-РЕПЕРФУЗИОННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ МИОКАРДА КРЫС».

Имамова Г.А

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – Сонин Д.Л заведующий НИО микроциркуляции и метаболизма миокарда, ЦЭБ, ИЭМ ФГБУ «НМИЦ им. В.А.Алмазова»

Минздрава России, к.м.н.

Цель: Изучить инфаркт-лимитирующий и противоотёчный эффекты ингибитора КЛЦМ (синтетический пептидный препарат ПИК7) в остром эксперименте на крысах при однократном внутривенном введении.

Задачи:1. В остром эксперименте *in vivo* на крысах оценить инфарктлимитирующий эффект препарата ПИК7 при однократном в/в введении до начала периода реперфузии.2.С использованием модифицированного теста Майлса оценить противоотёчный эффект препарата

ПИК7 во время реперфузии (через 2 часа с момента её начала) методом определения накопления флуорофора (индоцианина зелёного) в зоне риска.3. Оценить влияние препарата ПИК7 на выраженность микроваскулярной обструкции в зоне инфаркта миокарда.

Материалы и методы:

1.Использовали модель ишемииреперфузии миокарда у крыс *in vivo*. Данная методика является стандартной для изучения инфаркт-лимитирующего эффекта лекарственных средств.2. Использовали самцов крыс стока Вистар SPF-категории, масса 250-350гр 3.В двух экспериментальных группах использовался нитропруссид натрия как известный фармпрепарат корректирующий *noreflow*4.ПИК7 и НП вводили внутривенно в дозе 60 мкг/кг в течение первой(ых) минут(ы) реперфузии, сохраняя во время введения уровень среднего АД в пределах 40-50 мм рт. ст. 5. ПИК7 и НП вводили внутривенно в дозе 60 мкг/кг в течение первой(ых) минут(ы) реперфузии, сохраняя во время введения уровень среднего АД в пределах 40-50 мм рт. ст.

Выводы:

1.Ингибитор киназы легких цепей миозина нонапептид ПИК7, уменьшает проницаемость сосудов после ишемическиреперфузионного повреждения и микроваскулярную обструкцию.

2.Индоцианин зелёный (ICG-0') позволяет визуализировать постишемическую микрососудистую дисфункцию.

3.Постишемический вазоспазм у крыс после 30-минутной ишемии является обратимым состоянием, так как нитропруссид натрия (НП) устраняет постишемический вазоспазм в зоне риска.

4. При одновременном внутривенном введении с НП, ПИК7 уменьшает степень снижения общего периферического сосудистого сопротивления, вызываемое НП и повышенную сосудистую проницаемость в зоне риска, вызванную НП.

Заключение:

В ходе практики в рамках теоретической подготовки освоены основы выполнения исследовательских манипуляций на животных в виварии, интраоперационный физиологический мониторинг состояния животных, принципы анализа и обобщения результатов исследований. В рамках практической подготовки освоены некоторые основные этапы проведения острого эксперимента: хендлинг лабораторного животного, ингаляционная анестезия, подготовка операционного поля и инструментализацию животного для последующего мониторингования его состояния, такие как – контроль глубины наркоза и основные физиологические параметры.

***«ПОМОЩНИК ВРАЧА». ПИТАНИЕ ЧЕРЕЗ ПОКОЛЕНИЯ ЖЕНЩИН:
ОТ ТРАДИЦИЙ К НОВЫМ ЗНАНИЯМ»***

Загряева З.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

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

Андреичева Е.Н.

Введение

Еще древнегреческий врач Гиппократ, живший в 5 веке до н.э. сказал: «Мы - есть то, что мы едим». Питание является одним из важных факторов здоровья человека, обеспечивающим адекватный рост и развитие в детском возрасте, высокую работоспособность взрослого населения и активное долголетие пожилых людей. Традиционно считается, что старшие поколения склонны к более консервативному мышлению в питании. Младшие же поколения более открыты к новым подходам к потреблению пищи. Мы решили выяснить, насколько это убеждение справедливо.

Цель: Выявить различия в пищевых привычках у женщин трех разных поколений.

Задачи:

- разработать опросник и провести опрос среди женщин трех поколений;

- проанализировать полученные результаты;
- дать рекомендации по питанию, основываясь на результатах опроса.

Актуальность исследования: Сравнение питания различных поколений позволяет выявить изменения в предпочтениях, привычках и потребностях людей в разные исторические периоды. Такая информация может помочь ученым и специалистам в области здоровья разработать рекомендации по правильному питанию для конкретных групп населения.

Изучение разницы в питании у разных поколений также позволяет оценить влияние современных тенденций, рекламы и массовой культуры на питание человека. Это помогает лучше понять причины возникновения проблем с питанием, таких как ожирение, диабет и другие заболевания.

Материалы и методы: В исследовании приняли участие 118 человек.

Был разработан опросник касательно вопросов питания и наличия заболеваний и аллергий, связанных с ним.

Сбор данных опроса проводился на платформе Google Forms.

Обработку данных осуществляли с помощью методов статистики, использовалось программное обеспечение Microsoft Office Excel 2019 и приложение Statistica 6.0

Выборочная совокупность была стратифицирована по поколениям: Младшее поколение Z - "зумеры" (18-25 лет), среднее поколение Y - "миллениалы" (26-40 лет) и старшее поколение X - "бумеры" (41-60 лет). В опросе приняло участие сопоставимое количество представителей трех разных групп

Результаты исследования: Определены следующие закономерности:

Респонденты старшей группы в 3 раза чаще обращают внимание на содержание пальмового масла и соотношение калорий/белков/жиров/углеводов в продуктах питания, при этом потребляют значительно меньше питьевой воды и зеленых овощей и больше соли.

Они более категоричны в отношении ГМО (генномодифицированных) продуктов и чаще склонны верить мифам в отношении питания.

"Миллениалы" больше всего интересуются вопросами нутрициологии, чаще включают в рацион полезные овощи. При этом склонны к чрезмерному потреблению сладкого и чаще страдают от заболеваний ЖКТ.

По показателям статистики, чем младше поколение, тем более оно склонно к возникновению аллергических реакций на пищевые продукты, поэтому "зумеры" занимают первое место по количеству людей с непереносимостью лактозы, глютена и других продуктов.

Современная тенденция к употреблению БАДов прослеживается во всех поколениях, однако, чем старше возрастная группа, тем чаще в ней потребляют БАДы, но в то же время, менее осознанно подходят к их потреблению.

Также в рамках опросника были заданы вопросы о пользе антиоксидантов и касательно употребления молочных продуктов, жареной пищи, консервов и кофе. Но они не показали существенной разницы между поколениями.

По получении результатов анализа с каждым из респондентов проведена индивидуальная консультация по коррекции питания.

Вывод: исходя из анализа данных опроса среди трех возрастных групп населения, убеждение о консерватизме старшего поколения вполне справедливо в отношении поколения X (3 группа), однако между поколениями Y (2 группа) и Z (1 группа) большой разницы в пищевых привычках не наблюдается.

Полученные результаты демонстрируют определенные различия в пищевых привычках и знаниях о здоровом питании среди различных поколений. Старшие поколения склонны к более консервативному подходу, который проявляется в большем внимании к конкретным аспектам пищевых продуктов (например, содержание пальмового масла), но в то же время эти поколения менее склонны к потреблению высокоценных продуктов, таких как зеленые овощи. Это может быть связано с устойчивостью стереотипов и

мифов, окружающих питание, которые сильнее укоренились в сознании старших поколений.

Молодые поколения, вероятнее всего, обладают большей гибкостью в подходах к питанию и готовы пробовать новые продукты и методы, что может свидетельствовать об их лучшей осведомленности о современных научных достижениях в области нутрициологии.

Заключение

Исследование показало, что возраст оказывает значительное влияние на пищевые привычки и восприятие здорового питания. Старшие поколения демонстрируют более консервативное питание и более подвержены мифам, в то время как младшие поколения более открыты к новым подходам и обладают более разнообразным рационом. Эти результаты могут быть использованы для разработки целевых образовательных программ, направленных на улучшение питания различных возрастных групп.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ИОН НА ФОНЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО АФС СИНДРОМА».

Горбунова Е.С., Свержевская А.Д.

Научные руководители - ассистент кафедры внутренних болезней
Салимова Лилия Михайловна, ассистент кафедры внутренних болезней

Молоствовова Алсу Фердинандовна.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Частота встречаемости АФС синдрома неуклонно растет с каждым годом. При не до конца изученном механизме возникновения заболевания, при его возникновении пациенты сталкиваются с угрожающими жизни осложнениями этим и обусловлена актуальность проделанной работы.

Цель: рассмотреть диагностику и течение АФС синдрома на примере клинического случая.

Материалы. Пациентка 1988 года рождения госпитализирована с жалобами на снижение зрения, выпадения полей, ощущения сдавления в глазах. Была выявлена двусторонняя острая ишемическая неартериитная ИОН на основании уменьшения остроты зрения до 0,7, сужения периферических границ полей зрения концентрически на 10–15°, отека диска зрительного нерва (ДЗН) обоих глаз и отека макулы правого глаза по протоколу офтальмоскопии и оптической когерентной томографии (ОКТ).

По сведениям из современных источников острое нарушение кровообращения в зрительном нерве (ишемическая оптическая нейропатия (ИОН)) является одной из наиболее частых причин нарушений зрения и слепоты во всем мире, преодолевая отметку в 35 %. К основным механизмам патогенеза гипоперфузии сосудов зрительного нерва относят атеросклеротическую окклюзию, тромбоз и системную гипотензию. Расстройство микроциркуляции в нервной ткани (чаще в аксонах ганглиозных клеток) приводит к ее разрушению и возрастанию риска последующей атрофии.

Артериитная форма ИОН возникает на фоне васкулита (чаще всего гигантоклеточного височного артериита), сопровождаясь эмболией артерий, питающих зрительный нерв. Неартериитная форма ИОН по расположению ишемического поражения чаще передняя, в основе которой лежит инфаркт головки зрительного нерва из-за спазма, атеросклероза, повышения вязкости крови

Антифосфолипидный синдром – это аутоиммунное заболевание, выдающее себя артериальным, венозным тромбозом или фатальными осложнениями для плода и рядом серологических нарушений с наличием волчаночного антикоагулянта и/или антител к кардиолипину и/или антител к бета-2 гликопротеину.

Симптомы синдрома со стороны глаз зачастую разнообразны. А на первых этапах развития болезни бывают единственными проявлениями, что затрудняет диагностику и повышает смертность.

Лабораторное исследование показало тромбоцитопению, антитела к ДНК и кардиолипину в повышенном титре, что позволило поставить первичный антифосфолипидный синдром. Проведена местная противоотечная и антикоагулянтная терапия, системное введение антиоксидантов, антиагрегантов,

Результаты и обсуждение. На фоне проведенного лечения зрительные функции восстановились до 1,0 на правом глазу и 0,9 на левом, диагностирован остаточный отек ДЗН обоих глаз в верхне-носовом секторе. При наблюдении через 2,5 месяца морфологические параметры сетчатки и зрительного нерва были восстановлены.

Заключение: АФС- грозное состояние, которое может привести к осложнениям в области различных органов и систем. Глазная патология тяжело поддается лечению и при позднем его начале может привести к потере зрения.

Список использованной литературы

1.Полтанова Т.И., Белоусова Н.Ю., Волкова С.А. ДВУСТОРОННЯЯ ПЕРЕДНЯЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ ОПТИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ НА ФОНЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У МОЛОДОЙ ПАЦИЕНТКИ // УРМЖ. 2022. №3. URL: [perednyaya-ishemicheskaya-opticheskaya-neuropatiya-na-fone-vpervye-vyavlennoogo-antifosfolipidnogo-sindroma-u](https://www.urmj.ru/ru/2022/3/10) (дата обращения: 16.09.2024).

***«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.
РАСШИРЕНИЕ ГОРИЗОНТОВ» РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
«ТИРЕОТОКСИКОЗ».***

Бирюкова Т.А.², Гасымова А.Ф.¹, Низамов Ш.А.¹.

¹ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия
Минздрава России

²БУЗ УР «Городская клиническая больница № 6 Министерства
здравоохранения Удмуртской Республики»

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней с
курсами лучевых методов диагностики и лечения, военно-полевой терапии

Иевлев Е. Н.

Введение. В данной статье приводится описание клинического случая пациентки с диагнозом тиреотоксикоз, который вызывал осложнения со стороны других систем и органов. Существует тесная связь между заболеваниями щитовидной железы и развитием осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, поэтому особый интерес представляет изучение влияния тиреотоксикоза на кардиальную патологию. По некоторым эпидемиологическим данным, было установлено, что нарушение ритма сердца по типу фибрилляции сердца может быть единственным и первым проявлением тиреотоксикоза. Таким образом, кардиальные патологии могут быть замаскированными проявлениями тиреотоксикоза, а повышенная настороженность к многообразию клинической картины со стороны практически всех систем является маркером ранней диагностики данного эндокринного расстройства.

Материалы и методы: Извлечение информации из амбулаторной карты и истории болезни пациента, а также проведение осмотра и сбор анамнеза.

Клинический случай: Женщина 52 лет поступила в терапевтическое отделение с выраженными симптомами тиреотоксикоза, включая учащенное сердцебиение, одышку при физической нагрузке, головные боли, дискомфорт за грудиной, постоянный кашель и повышение артериального давления. В анамнезе указано, что в 2021 году ей был поставлен диагноз тиреотоксикоз, но из-за финансовых трудностей она прекратила лечение, что привело к

ухудшению состояния и появлению новых симптомов, таких как экзофтальм и тремор.

После комплексного обследования был установлен диагноз: тиреотоксикоз, диффузный токсический зоб, сахарный диабет 2 типа, дисциркуляторная энцефалопатия, вторичная кардиомиопатия и артериальная гипертензия 3 степени. В стационаре пациентка получала метопролол, торасемид, тирозол и метформин, что способствовало улучшению состояния и нормализации лабораторных показателей.

При выписке ей были даны рекомендации по гипосолевой, гипохолестериновой и гипокалорийной диете, а также по регулярному наблюдению у терапевта и эндокринолога. Случай подчеркивает важность своевременной диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы, а также необходимость учета финансовых аспектов в процессе лечения для предотвращения прогрессирования заболевания и развития осложнений.

В заключение следует отметить, что тиреотоксикоз является одним из наиболее распространенных и часто встречающихся заболеваний. Наличие ряда неспецифических симптомов, указывающих на патологию различных систем органов, затрудняет постановку правильного диагноза. Таким образом, несвоевременная диагностика заболевания пролонгирует начало терапии и способствует формированию "терапевтического окна", во время которого возможно развитие осложнений.

***РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ. ГЕРМИНОГЕННО-КЛЕТОЧНАЯ
ОПУХОЛЬ РАЗЛИЧНОГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА (НЕЗРЕЛАЯ
ТЕРАТОМА С ФОКУСАМИ ОПУХОЛИ ЖЕЛТОЧНОГО МЕШКА).***

Асанова Н.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ

Научный руководитель – к.м.н. доцент Черезова Ирина Николаевна

Актуальность: Герминогенно-клеточные опухоли(ГКО)- новообразования, из плюрипотентных зародышевых клеток. При нарушении их дифференцировки возникают эмбриональные карциномы, тератомы, хорионкарциномы, опухоли желточного мешка и т.д. Частота в популяции 4-6 случаев на миллион детского населения. Клинические признаки заболевания неоднородны, неспецифичны зависят от локализации опухоли, и ее злокачественности, что затрудняет своевременность диагностики.

Пациентка Г. 12 лет поступила с жалобами на боли в животе, области крестца.

Анамнез заболевания:

Боли в животе беспокоили в течение недели, к врачу не обращалась. При нарастании болевого синдрома осмотрена хирургом, выявлено объемное образование в брюшной полости больших размеров. Бригадой СМП доставлена в ДРКБ г. Казань.

Физикальное обследование пациентки:

Т 36,8 ЧСС 92 в мин ЧД 19 в мин АД 115/70 SpO2 99% Рост 150 см Вес 36 кг. Состояние тяжелое за счет интоксикации, болевого синдрома. Положение шадящее. Самочувствие нарушено. Аппетит снижен. Кожные покровы с сероватым оттенком. Видимые слизистые бледные. Зев не гиперемирован. Отеков нет. Дыхание везикулярное. Тоны сердца, ясные, ритмичные. Живот увеличен в объеме. При пальпации определяется объемное образование в брюшной полости и малого таза больших размеров, плотное, бугристое, умеренно болезненное. Печень и селезенку невозможно было пропальпировать. Мочеиспускание свободное, б/б. Стул регулярный.

Пациентка госпитализирована в отделение онкологии с предварительным диагнозом «Объемное образование брюшной полости».

В ОАК-анемия гипохромная легкой степени тяжести (гемоглобин 93 г/л, эритроциты $3,5 \cdot 10^{12}$). Выявлены высокие показатели ЛДГ 622 ЕД/л, Креатинина 110 мкмоль/л, АФП 10007 мМЕ/мл, в-ХГЧ 4,29 мМЕ/мл, НСЕ (31,7 нг/мл).

Для уточнения распространенности процесса проведены исследования: УЗИ ОБП: в брюшной полости визуализируется патологическое образование размером 20*24*25 см, занимающее всю брюшную полость и малый таз, неоднородное по структуре за счет наличия множества анэхогенных участков неправильной формы, с усиленным кровотоком при ЦДК. Почки- лоханки с обеих сторон расширены объем до 13 см³, чашечки до 11 мм.

РКТ ОБП: визуализируется объемное образование брюшной полости и полости малого таза размерами 150*100*200 мм гетерогенной структуры за счет наличия сосудов. В S7 печени определяется гиподенсное образование размерами 14*10 мм. Почки с грубой деформацией ЧЛС с двух сторон.

По результатам КТ головного мозга и ОГК, остеосцинтиграфии-очагов метастазирования не обнаружено.

Учитывая размеры образования, проведено удаление опухоли правого яичника, тубэктомия справа. Биопсия сальника, брыжеечного лимфоузла, левого яичника.

Гистологическое исследование биопсийного материала представлено: фрагментами опухоли, сформированной тканями всех линий дифференцировки, с незрелым компонентом. В препаратах дополнительный злокачественный компонент микрокистозного строения, с эозинофильными глобулами. Клетки компонента экспрессирует Sall 4, pan CK, AFP. Реакции CD 30, Oct 3/4 негативны. В препаратах лимфоузлов- реактивные изменения. Ткань левого яичника обычного строения. Заключение: ГКО более одного гистологического типа: незрелая тератома, grade 2, с фокусами опухоли желточного мешка.

Выставлен клинический диагноз: Герминогенно-клеточная опухоль правого яичника, метастатическое поражение печени grade 2, IV стадия по классификации FIGO.

После удаления опухоли отмечалось значительное снижение показателей АФП и в-ХГЧ, креатинина.

Пациент был взят на лечение по программе МАКЕИ 2005.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕОНАТАЛЬНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА

Алимова Ю.Р., Хисматова М.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

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

Камалова Аэлита Асхатовна

Введение. Неонатальный склерозирующий холангит (НСХ) - редкое и тяжелое прогрессирующее холестатическое заболевание печени с дебютом в периоде новорожденности, требующее в дальнейшем проведения трансплантации печени. НСХ трудно отличить от билиарной атрезии и других неонатальных заболеваний печени с холестазом. В постановке диагноза могут помочь результаты морфологического исследования биоптатов печени, где часто обнаруживаются гиперплазия желчных протоков, воспаление портального тракта и/или фиброз, а также мутации гена DCDC2 (содержащий домен даблкортина 2).

Цель исследования. Представить клинический случай ребенка с НСХ.

Материал и методы. Ретроспективный анализ истории болезни, осмотр пациента, обзор литературных данных.

Результаты. Пациентка М., 5 лет, родилась от 3 беременности, 1 естественных родов на сроке 38 недель 5 дней с массой тела при рождении 3360 г, ростом 50 см. Со слов матери, на 2 сутки жизни появились желтуха, гипербилирубинемия. На 3 сутки жизни перевод ребенка в отделение

патологии новорожденных в тяжелом состоянии за счет желтухи, неврологической симптоматики. В динамике тенденция к снижению уровня билирубина, 221 мкмоль/л за счет непрямой фракции.

В связи с сохранением желтухи, ахоличным стулом, гипербилирубинемии и роста прямой фракции ребенок в возрасте 3 мес. госпитализируется в педиатрическое отделение ДРКБ с диагнозом: Холестатический гепатит высокой активности. НСХ? С исходом в фиброз печени. Синдром портальной гипертензии с варикозным расширением вен пищевода (ВРВП) 0-1 ст. Перинатальной поражение ЦНС в форме диффузной мышечной гипотонии с элементами дистонии. На фоне терапии появились эпизоды окрашенного стула. В ходе обследования выявлена гомозиготная мутация в 1 экзоне гена DCDC2. Мутация описана у пациентов с НСХ и нефронофтизом, сопровождающихся в том числе тяжелым фиброзом печени. По УЗИ в 2 года эхогенность паренхимы печени незначительно повышена с выраженными периваскулярными уплотнениями по ходу внутривисцеральных желчных протоков, портальной и печеночных вен, перипортальный фиброз. До настоящего времени проводилось симптоматическое лечение урсофальком, карсиллом и витаминами А и Д.

В настоящую госпитализацию при осмотре живот увеличен умеренно, печень пальпируется левой долей 1,5+2 см, плотноватой консистенции, селезенка пальпируется +3+4 см из-под края реберной дуги. Показатели биохимического анализа крови: АЛТ 55 Ед/л, АСТ 100 Ед/л, альбумин 41,4 г/л, **ГГТ 332 Ед/л**, ЩФ 486 Ед/л, билирубин общий 21,4 мкмоль/л, **билирубин прямой 14 мкмоль/л** и в коагулограмме - АЧТВ 41,5 сек, МНО 0,99, ПВ 12 сек, ПТИ 101,5 %, тромбиновое время 20,9 сек, фибриноген 3,5 г/л. По данным эластографии печени выявлен фиброз III степени (медиана модуля Юнга 10,8 кПа (F3)). По результатам ЭГДС наблюдается отрицательная динамика: ВРВП и субкардии 2 степени, местами 3 степени. В настоящее время рассматривается вопрос о необходимости включения пациента в лист трансплантации печени.

Вывод. НСХ, несмотря на свою редкость, должен быть включен в дифференциально-диагностический поиск при желтухе у новорожденных. Генетическое исследование играет ключевую роль в своевременной верификации заболевания, даже в отсутствие биопсии печени, что позволяет провести диагностику на ранних стадиях. Также важным аспектом является мониторинг функционального состояния печени и выявление признаков синдрома портальной гипертензии, который необходим для определения дальнейшей тактики ведения пациента.

**«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК МЛАДШЕГО
МЕД. ПЕРСОНАЛА, ПАЛАТНОЙ И ПРОЦЕДУРНОЙ МЕД. СЕСТРЫ»**

**«СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ И УСТРОЙСТВА ПРИЁМНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
БОЛЬНИЦЫ»**

Вериго П.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель: ассистент кафедры общей хирургии,

к.м.н. Фатыхов Р. И.

Приёмно-диагностическое отделение (ПДО) – ключевое звено в структуре больницы, ответственное за грамотное и быстрое оказание помощи пациенту и распределение его в профильное отделение.

Качество диагностики и комфорт пациента тесно связаны с количеством и квалификацией специалистов и оснащённостью отделения.

1. Краткая информация о приемно-диагностическом отделении (ПДО) ГАУЗ ГКБ№7 им. Садыкова М.Н. г. Казани

ПДО функционирует с 2013 года, в составе имеет 14 смотровых, противошоковый кабинет, рентген-кабинет, КТ, МРТ, кабинет УЗИ, эндоскопический кабинет и клиническую лабораторию.

Изначально пациент обращается к информационному посту с заполнением первичных сведений, оттуда его направляют в профильную смотровую. Где врач осматривает пациента и ставит предварительный диагноз, который подтверждается дополнительными методами диагностики.

2. Особенности ПДО и предложения по совершенствованию работы отделения

2.1 Распределение пациентов по смотровым

Медсёстры на посту способны, отталкиваясь от жалоб пациента, определить, в смотровую с каким профилем специалистов тому необходимо пойти. Но они не всегда могут оценить срочность обращения к врачу. Это

может нарушить эффективность экстренной помощи. Вариант решения данной проблемы выражается в закреплении врача, способного маркировать степень тяжести пациента. Данный подход позволит создать идею электронной очереди, определяющий маршрут движения пациента согласно его нозологии.

Расположение табло с номерами непосредственно у смотровых и внутри них, распределит нагрузку каждой смотровой / врача, определит срочность оказания медицинской помощи.

2.2 Большое количество людей, поступающих в приемное отделение

ПДО ежедневно принимает широкий массив пациентов, без их дифференциации на носительство инфекции. Активная работа младшего медицинского персонала не всегда снижает риск контаминации инфекциями, поэтому создание маршрутизации и дифференцировка позволит снизить инфекционную нагрузку.

2.3 Многие пациенты - экстренные

В основном пациентов доставляет скорая помощь, в итоге они поступают без минимального набора вещей, необходимых для госпитализации. Решением данной ситуации будет установка вендинговых автоматов с возможным набором индивидуальных принадлежностей и предметов личной гигиены. Данное обстоятельство поспособствует повышению комфорта нахождения пациента в стационаре.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПАЛАТНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ». КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВО
ВРЕМЯ ПРАКТИКИ: БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ***

Габдрахманова И.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских
болезней и факультетской педиатрии Ахтереева А.Р.

Актуальность: Обструкция дыхательных путей инородным телом является частой патологией среди пациентов детского хирургического отделения. Несвоевременное обращение к врачу может привести к тяжелым осложнениям. По этой причине необходимо четко различать симптомы обструкции дыхательных путей и уметь подбирать правильную тактику лечения.

Цель: продемонстрировать клинический случай, произошедший во время практики "Помощник палатной медсестры".

Материалы и методы: История болезни пациента, поступившего в хирургическое отделение во время прохождения производственной практики.

Описание клинического случая: 3.07.24 в приёмно-диагностическое отделение Альметьевской детской городской больницы с перинатальным центром обратилась мать с больным ребёнком 1,2 года с жалобами на повышение температуры тела до 37,3°C, дистанционные хрипы и одышку. По словам матери, 5 дней назад (28.06.24) ребёнок внезапно посинел, появился малопродуктивный кашель. Мать постучала по спине ребёнка, но за медицинской помощью не обратилась.

По результатам физикального, лабораторного, инструментального исследований выставлен диагноз - Инородное тело в бронхах. Пациенту была проведена прямая бронхоскопия под наркозом.

На первые стуки после операции у ребёнка сохраняется тяжёлое состояние: сознание заторможенное, одышка смешанного характера, кашель с

сильным выделением мокроты. В послеоперационном периоде пациент получал комплексную (антибактериальную и инфузионную) терапию.

4.07.24 пациент был переведён в палату хирургического отделения. Сознание ясное, дыхание везикулярное, ослаблено слева, хрипы проводные. Участие вспомогательной мускулатуры в дыхании стало меньше.

АД - 103/69 мм.рт.ст., ЧСС - 114 уд/мин, ЧДД - 26 в мин, SpO₂ - 99% , Т - 36,6°С. В удовлетворительном состоянии 8.07.24г. ребенок был выписан из стационара.

Заключение: Данный клинический случай показывает важность незамедлительного обращения за медицинской помощью при появлении симптомов обструкции дыхательных путей у детей. Своевременная диагностика и лечение помогут уменьшить риски осложнений.

***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕРОНЕГАТИВНОГО
СПОНДИЛОАРТРИТА ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «ПОМОЩНИК ПРОЦЕДУРНОЙ
МЕДСЕСТРЫ».***

Гришина Я.Д., Нигамадьянова А.Г.

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

Садыкова

Введение. Во время прохождения практики «помощник процедурной медсестры» в отделении ревматологии ГАУЗ “Городская клиническая больница N 7 им. М.Н. Садыкова” мы отработали свои практические навыки, такие как проведение внутримышечных и внутривенных инъекций, взятие крови для биохимического исследования. Во время прохождения практики встречалось множество интересных клинических случаев, в том числе и заболевания опорно-двигательного аппарата.

Серонегативный спондилоартрит (ССпА) представляет собой группу воспалительных ревматических заболеваний с общими клиническими и этиологическими особенностями, включая осевой и периферический

воспалительный артрит, энтезит, внесуставные проявления и тесную связь с наличием человеческого эпитопа лейкоцитарного антигена HLA-B27.

Цель исследования: описать клинический случай во время прохождения производственной практики ССПА у 24-летней пациентки и особенности ухода за пациентами с ССПА.

Материалы и методы: результаты инструментальной и лабораторной диагностики; расспрос пациента.

Результаты и их обсуждение. Пациентка М., 24 года, поступила в ревматологическое отделение 12.07.2024 с жалобами на боли в коленных суставах, усиливающихся от нагрузок, с признаками воспаления, периодическую боль в поясничной области воспалительного характера. Температура тела при обострении суставного синдрома до 37,2 °С. Отечность в правом коленном суставе периодически усиливается. Суставной синдром с прошлого года (травма правого коленного сустава). Пациентка отрицает перенесённые кишечную и урогенитальную инфекцию. Стул, диурез без особенностей. На момент поступления состояние средней тяжести, температура – 36,8 °С, небольшой отёк и гиперемия над правым коленным суставом. Симптом Томайера 0 см., симптом Кушелевского отрицательный. По результатам инструментальных исследований, проведенных до госпитализации, на МРТ правого и левого коленного суставов от 2023 г. имеются признаки синовита коленных суставов, справа отёк клетчатки Гоффа. МРТ правого коленного сустава от 2024 г. также подтвердил наличие синовита. В отделении пациентке была выполнена рентгенография и МРТ крестцово-подвздошного сочленения (КПС). По результатам рентгенографии КПС имеются признаки двустороннего сакроилеита, II стадия. МРТ КПС сакроилеит не верифицировал, но имелись признаки очаговой жировой дегенерации, что может указывать на наличие сакроилеита в прошлом. По результатам лабораторных анализов был обнаружен HLAB27; общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи - без особенностей.

В стационаре мы вводили пациентке под присмотром медицинского персонала внутривенно капельно лекарственные средства (преднизолон и дексаметазон), делали внутримышечные инъекции при наличии сильных болей (мелоксикам). Пациентка также получала омепразол, мелоксикам в таблетках. В стационаре пациентка дополнительно занималась лечебной физкультурой, проходила физиолечение.

Заключение: во время прохождения «помощник процедурной медсестры» мы отработали свои практические навыки, такие как проведение внутримышечных и внутривенных инъекций.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПАЛАТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА». КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЛОЖНОСТИ ПОДБОРА ДАВЛЕНИЯ И ШУНТИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ

Зинатуллина Н.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Ахтереева А.Р., к.м.н., к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии

Закирова А.М.

Обструктивная гидроцефалия - заболевание, развивающееся в результате обструкции путей оттока цереброспинальной жидкости на уровне желудочковой системы.

Высокий процент заболеваемости и смертности среди детей с врожденной гидроцефалией подчеркивает важность не только качества диагностики и лечения, но и организации медицинской помощи, включая профилактику, и своевременное проведение консервативного и хирургического лечения.

Цель исследования. Описать случай обструктивной гидроцефалии у ребенка.

Материалы и методы. Анализ истории болезни пациента, получающего лечение в нейрохирургическом отделении в период моей производственной практики, работа с литературой.

Результаты и их обсуждение. Пациент N, 9 лет. Из анамнеза жизни: ребенок от первой беременности, преждевременных родов на сроке 28 недель. С массой 1200г., 34 см., окружность головы 27 см, на фоне частичной отслойки плаценты, маловодия, хронической фетоплацентарной недостаточности путем кесарева сечения. В динамике нарастание признаков прогрессирования водянки. Был переведен в Детскую республиканскую клиническую больницу (ДРКБ), была проведена операция: вентрикулоперитонеальное шунтирование (ВПШ) справа с последующими ревизиями.

27.05.2024 поступил в нейрохирургическое отделение ДРКБ с жалобами (со слов мамы) на рвоту около 7 раз, головную боль и вялость.

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розовой окраски, $t = 36.60$ C, гемодинамика устойчивая, дыхание самостоятельное, рвота. Неврологический статус: в сознании, вялый. На вопросы отвечает, разговаривает, зрачки равные, фотореакции живые. Сходящееся косоглазие. Глазодвижения ограничены. Лицо симметричное. Глотание и фонация не нарушены. Мышечный тонус повышен по спастическому типу в руках. Менингеальные знаки отрицательны.

МРТ ГМ от 20.06.24 - боковые желудочки спавшиеся, контуры деформированы, асимметричны с признаками перивентрикулярных глиозных изменений. Визуализируется ход от ВШП, внутренний край которого в теле правого бокового желудочка. Третий желудочек деформирован, не расширен. Сильвиев водопровод сужен, в нижней трети просвет частично не прослеживается. Четвертый желудочек резко расширен, баллонирован.

На 21.06.2024 ребенок неоднократно оперирован по поводу внутренней постгеморрагической окклюзионной гидроцефалии, последние операции: эндоскопическая вентрикулостомия дна 3 желудочка мозга справа; ревизии

ВПШ: установка вентрикулярного катетера в задний рог правого бокового желудочка, установка shunt assistant 00/25, транспозиция вентрикулярного катетера, замена гравитационного клапана на 00/20.

Состояние ребенка без улучшений. В связи с неподходящим давлением шунтирующих систем фирмы Nedtronic; codman - принято решение об установке шунтирующей системы фирмы B/braun, Miethke , ProGAV 2.0. 21.06.2024 была проведена данная операция успешно. Также была проведена медикаментозная терапия. После завершения лечения пациент был выписан с положительной динамикой.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует, что верная диагностика и индивидуальный подход к лечению пациента положительно сказываются на его состоянии.

***ПРАКТИКА ПОМОЩНИК МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА 2014-2024-2034.***

Жамалутдинова М.Р., Низамова А.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – ассистент кафедры детских инфекций Раимова

Ю.А.

Система здравоохранения постоянно меняется под влиянием демографических, социальных и экономических факторов. Внедрение информационных технологий, источников стресса вызывает рост хронических заболеваний и необходимость улучшения медицинского ухода, что требует более квалифицированного и многофункционального подхода к работе младшего медицинского персонала. В 2024 году невероятно высока скорость внедрения новых технологий во все отрасли нашей жизни, в т.ч. и в здравоохранении. Активно используется телемедицина, электронный документооборот и так же в связи с развитием современных технологий в клиническую практику внедряется искусственный интеллект. Младший

медицинский персонал должен быть готов к новому обучению и к адаптации к новым инструментам и методам работы.

Основная цель: проанализировать изменения в прохождении практики помощник младшего медицинского персонала с промежутком в 10 лет.

Задачи:

1. Проанализировать структуру практики младшего медицинского персонала 10 лет назад.
2. Выявить отличительные черты практики 2014 и 2024 года.
3. Предположить возможные изменения в 2034 году в подходе к прохождению практики студентов (в т.ч. с помощью искусственного интеллекта).

Отличия в прохождении практики в 2014 и 2024 году:

1. Активное использование информационных технологий.
2. Обучение студентов работе с информационными технологиями в отделении.
3. Расширение обязанностей и задач у студентов при прохождении практики.
4. Изменение стандартов качества и безопасности при прохождении практики.

Предполагаемые изменения в прохождении практики в 2034 году:

1. Более активное использование искусственного интеллекта, формирование новых компетенций.
2. Использование телемедицины и удалённого мониторинга.
3. Глобальное расширение обязанностей и задач у студентов при прохождении практики.
4. Развитие коммуникативных навыков у студентов.
5. Раннее формирование клинического мышления у студентов, начиная с 1 курса.
6. Ужесточение этических и правовых аспектов при прохождении учебно-производственной практики.

Выводы: объем практики и объем компетенций увеличивается, что делает практику студента 1 курса более насыщенной, помогает погружать в медицинскую среду. В последствии это положительно сказывается на образовательном процессе, у студентов появляется больше возможностей участвовать в непосредственном уходе за пациентами, так как возникает большее количество задач.

Список использованной литературы:

1. Кириллова, И. В., Лебедева, Т. С. (2021). «Современные технологии в обучении медицинских работников». М.: МЕДпресс-информ.
2. Смирнов, А. И. (2022). «Цифровизация в здравоохранении: вызовы и перспективы». М.: Наука.
3. Соловьев, С. Н., Ковалев, А. В. (2023). "Тенденции развития системы здравоохранения в России до 2030 года." Российский медицинский журнал.
4. Министерство здравоохранения Российской Федерации. (2021). «Стандарты медицинской помощи».

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПАЛАТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ. ДИЛАТАЦИЯ ВСЕХ КАМЕР СЕРДЦА».

Бектимирова Р.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Ахтереева А.Р., к.м.н., к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии

Закирова А.М.

Актуальность. Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) развивается в независимости от возраста, национальности и пола, у мужчин встречается в 2-5 раз чаще, чем у женщин. Общая заболеваемость составляет 1:250-500 [1]. В 1% (0,8%) случаях ДКМП становится причиной хронической сердечной

недостаточности. Среди всех видов кардиомиопатий дилатационная встречается наиболее часто – в 60%.

Цель: описать клинический случай врожденной дилатационной кардиомиопатии у пациента 36 лет.

Задачи:

1) Собрать информацию по клиническому случаю во 2-м кардиологическом отделении ГАУЗ ГКБ №7 в рамках производственной практики.

2) Представить разбор клинического случая из кардиологического отделения.

Материалы и методы: В ходе разбора клинического случая занималась изучением теоретической основы заболевания в медицинской литературе, исследовала информацию о пациенте: сбор анамнеза жизни и заболевания, его историю болезни, производила общий осмотр пациента совместно с врачом, анализировала результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования:

Пациент Х., 1988 г.р. (36 лет) 25.06.24 службой скорой помощи поступил во 2-е кардиологическое отделение ГАУЗ ГКБ №7 с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке в течение 2-х недель, дискомфорт в грудной клетке, перебои в работе сердца. Состояние пациента на следующий день после госпитализации тяжелое, стабильное. Сознание ясное, в своей личности и пространстве ориентирован.

Полученные объективные данные: тоны сердца ритмичные, ЧСС/Ps 110 в мин, дефицита пульса нет, АД 125/70 мм.рт.ст.

Лабораторные и инструментальные данные:

ЭКГ: ритм синусовый, тахикардия, прерывается ЖЭС. ЭОС левограмма (угол альфа -34 градуса). Депрессия сегмента ST в V5-V6 отв. до 0,5-1,0 мм с переходом в отрицательный зубец T. По результатам ЭХОКГ был обнаружен тромб в области верхушки левого желудочка.

МРТ: признаки ДКМП. Гидроторакс. Гидроперикард.

Был выставлен диагноз - дилатационная кардиомиопатия. Дилатация всех полостей сердца. Уплотнение аорты, створок аортального и митрального клапанов. Аортальная регургитация 1 степени. Митральная, трикуспидальная, легочная регургитация 2 ст. Диастолическая дисфункция левого и правого желудочков. Выраженная легочная гипертензия, в связи с застоем крови в малом кругу кровообращения. Хроническая сердечная недостаточность 2А со сниженной фракцией выброса 18-20%. Двусторонний гидроторакс.

Была назначена патогенетическая терапия.

После стабилизации состояния был выписан из отделения. Дилатационная кардиомиопатия у пациента была обусловлена наследственным фактором. Терапия возможна только патогенетическая и симптоматическая, показана пересадка сердца.

Список литературы:

1. Вайханская Т.Г., Сивицкая Л.Н., Курушко Т.В., Левданский О.Д., Даниленко Н.Г. Дилатационная кардиомиопатия: новый взгляд на проблему // РКЖ. 2019. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dilatatsionnaya-kardiomiopatiya-novyuy-vzglyad-na-problemu>

«ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИИ: КАК ПОДГОТОВИТЬ ПАЦИЕНТА К ОПЕРАЦИИ»

Гатауллина К.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель: ассистент кафедры детских инфекций Раимова Ю.А.

Актуальность. Каждый день перед оперативным вмешательством мы сталкиваемся с моральной неподготовленностью некоторых пациентов. Понимание их страхов, тревог, применение методов психологической поддержки могут значительно улучшить общее состояние, снизив риск осложнений.

Цель: изучить, как ментальное состояние влияет на операцию и дальнейшую реабилитацию.

Материалы, методы исследования. Поиск и анализ информации в интернете, собственные наблюдения и опыт, полученный на практике.

Паника приводит к нервно-психическому напряжению, влияющему на сердечно-сосудистую систему, вызывая спазмы сосудов и выброс «гормонов стресса», что может привести к кровотечениям. Негативные эмоции влияют на качество наркоза, требуя увеличения дозировки препаратов и затрудняя выход из состояния наркоза. Чем более тревожен пациент, тем больше шансов на проявление непредвиденных соматических симптомов.

В послеоперационном периоде страх может заставить пациента совершать нелогичные поступки: удаление дренажных трубок, попытки покинуть реанимационную палату. Поэтому после операции нужно объяснить пациенту, что можно и нельзя в его случае. Важно учитывать психосоматический компонент заболевания, тяжесть каждого заболевания.

Как же морально подготовить пациента к операции? Этого можно достичь несколькими путями:

1. Страх часто возникает из-за неосведомленности. Спокойная беседа врача с пациентом, разъясняющая процесс операции, может помочь уменьшить страх, тревожность. Пациенты ищут информацию (напр. в интернете), и важно, чтобы она была корректной. Чувство важности, поддержки со стороны врача также играет значительную роль в динамике состояния пациента.
2. Небольшая физическая нагрузка перед операцией может помочь пациенту справиться со страхом. Прогулки, дыхательная гимнастика позволят сжечь адреналин, отвлечься. Пожилые могут заняться рукоделием, а молодые — посмотреть комедии, играть в игры. Самое главное – иметь положительный настрой.
3. Наличие родных рядом уменьшает уровень тревожности. Осознание заботы близких создает чувство безопасности, что помогает пациенту чувствовать себя не одиноким в борьбе с болезнью.

Во время прохождения практики в отделении анестезиологии и реанимации №1 в Зеленодольской ЦРБ, я наблюдала за отношением младшего

медперсонала и могу отметить, что пациенты, с которыми общались более деликатно, быстрее шли на поправку. К сожалению, из-за особенности отделения, здесь можно было наблюдать летальный исход, что сказывалось на настроении персонала. Напряженная обстановка отделения иногда могла вызывать проявление грубости персонала к пациентам, что в свою очередь могло вызывать ощущения халатности и непрофессионализма.

Также на практике я столкнулась со случаем, когда неграмотная поддержка со стороны окружения пациента, не знающего всей картины заболевания, негативно повлияла на психосоматику, вызвав летальный исход. Таким образом, подготовка пациента к операции и анестезии требует комплексного подхода, учитывающего медицинские, психологические аспекты. Применение разных методов поддержки может улучшить эмоциональное состояние пациента и положительно сказаться на результате хирургического вмешательства и последующей реабилитации.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПАЛАТНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ». ПРОХОЖДЕНИЕ ПРАКТИКИ «МОЯ
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В ГАУЗ ГКБ №7 В ОТДЕЛЕНИИ
НЕОТЛОЖНОЙ НЕВРОЛОГИИ».***

Корнаухова Р. Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Ахтереева А. Р.

На сегодняшний день тяжело себе представить стационар, в котором бы не было ни одного пациента с неврологическими патологиями. Данные заболевания в современных реалиях охватывают широкую массу населения, что, несомненно, оказывает влияние на то, к чему оказывается приковано внимание многих специалистов и исследователей.

Для прохождения практики я неслучайно выбрала отделение неотложной неврологии. Изучение работы неотложного отделения помогло

мне освоить важные навыки и получить бесценный опыт наблюдения за пациентами неврологического профиля.

Целью прохождения моей практики были знакомство со структурой отделения неотложной неврологии, выявление особенностей работы и освоение, углубление и совершенствование практических навыков палатной медицинской сестры отделения данного профиля.

Одной из главных задач сотрудников отделения неотложной неврологии является постоянный мониторинг как самочувствия пациентов, так и их функциональных показателей. В этот перечень входят: ежедневное измерение показателей артериального давления пациентов, ежедневное измерение температуры тела пациентов, измерение сатурации крови и пульса и внесение всех полученных результатов в соответствующую документацию. В данном отделении я получила опыт работы с медицинской документацией (заполнение журналов выполненных манипуляций, термометрии, учёта результатов анализов крови на ВИЧ, ВГС, HbsAg, RW).

Также одной из характерных особенностей отделения неотложной неврологии является то, что практически все пациенты нуждаются в выполнении многих дополнительных диагностических обследований. Конкретными задачами являлись транспортировка пациентов на каталке и на кресло-каталке на необходимые обследования (МРТ, РКТ, УЗИ, ЭхоКГ, ЭНМГ), сопровождение и транспортировка пациентов на осмотр и консультации к врачам других отделений (нейрореабилитолог, офтальмолог, гастроэнтеролог).

За время прохождения практики в ГАУЗ «Городская клиническая больница №7 имени М.Н.Садыкова» в отделении неотложной неврологии я научилась:

- коммуникации и командной работе с медицинским персоналом;
- коммуникации с пациентами: на практике учишься терпимости, сочувствию и состраданию по отношению к тем, кого охватило заболевание;

- выполнять множество различных манипуляций палатной медицинской сестры;
- ознакомилась с существующей в отделении документацией, научилась ее заполнять и проверять;
- познакомилась и изучила работу клиники, ее отделений и их режим.

Результаты. В заключение хочу отметить, что производственная практика превзошла мои ожидания. Я довольна прохождением своей практики в отделении неотложной неврологии, так как данный опыт позволил мне познакомиться со структурой и особенностями отделения неотложной неврологии ГАУЗ ГKB №7, а также освоить, углубить и совершенствовать практические навыки палатной медицинской сестры.

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В РАБОТЕ ПОМОЩНИКА МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА.

Асадчая М.А., Гудынина И.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель: ассистент кафедры детских инфекций Раимова Ю.А.

Во время прохождения практики помощника младшего медицинского персонала важно учитывать уровень коммуникативных навыков у студентов. Коммуникативные навыки – это способность человека налаживать контакты, поддерживать связь с людьми, которые наряду с профессиональными знаниями являются неотъемлемой базой, которой должен владеть каждый медицинский работник. Грамотное общение с пациентами, умение находить к каждому индивидуальному подходу улучшают качество оказываемой помощи, уменьшают количество врачебных ошибок, делают время нахождения пациента в больнице более спокойным и комфортным, а также снижают тревожность у пациента.

Цель: оценить роль коммуникативных навыков в работе помощника младшего медицинского персонала.

Задачи: выявить методы, с помощью которых осуществляется коммуникация, проанализировать и структурировать полученные результаты.

Младший медицинский персонал взаимодействует с пациентами: участвует в транспортировке, сопровождении больных, ухаживает за ними, проводит несложные медицинские манипуляции. Всё это требует наличия навыков вербальной и невербальной коммуникации.

При транспортировке в операционный блок пациенты часто испытывают стресс. В такие моменты необходимо оказать поддержку, возможно отвлечь от навязчивых мыслей, занять их лёгким разговором. Проявление таким способом эмпатии может привести к более глубокому и искреннему диалогу, что поможет пациенту побороть страх и справиться с одиночеством.

При сопровождении пациента в кабинеты диагностики и лечения возможно завести диалог, чтобы снизить тревожность. Важно отвечать честно: в случае недостаточной информированности или неуверенности - объяснить свою роль, и уточнить данную информацию у лечащего врача или другого персонала, предупредив пациента, что его вопрос передан. В случае, если персонал обладает нужной информацией - использовать высказывания, избегая сложной медицинской терминологии, и строить предложения кратко и ясно, чтобы исключить недопонимания.

Во время прохождения практики в больнице мы наблюдали у пациентов повышенную тревожность и изменение эмоционального фона. Персоналу необходимо уметь корректно применять вербальные (активное слушание, речь и др.) и невербальные (использование жестов, мимики, позы, интонации) навыки коммуникации, что позволяет установить контакт и повысить уровень доверия.

При уходе за пациентами, младшему медицинскому персоналу необходимо объяснить ход процедуры, озвучивать действия, проявить терпение, понимание. Возможно использование подбадривающих фраз,

диалогов для уменьшения стресса. Таким образом понижается количество ошибок, уровень тревожности пациентов.

В ходе проведенной практики мы выявили, что помощник младшего медицинского персонала с наличием развитых коммуникативных навыков вызывает у пациентов больше доверия, что положительно сказывается на удовлетворённости оказанным ему лечением. Медицинский персонал учреждения между собой должен говорить уважительно, грамотно и вежливо, соблюдая деонтологию и этику. Тогда сотрудникам будет комфортнее находиться в таком коллективе, работа будет выполняться быстрее и легче.

Список используемой литературы:

1. Асимов М. А. и др. Коммуникативная компетентность медицинской сестры в конфликтной ситуации //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – №. 11-1. – С. 87-89.
2. Сарапулова Анастасия Викторовна, Теплякова О. В. Коммуникативные навыки студентов медицинского вуза: опыт наблюдения на кафедре поликлинической терапии // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2016. №1 (23).
3. Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Московченко Д. В. Роль эффективных коммуникаций врача и пациента как фактор успешного психологического преодоления болезни //Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. – 2014. – №. 10. – С. 6-8.

***ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИЦИТА У
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И
РЕКОМЕНДАЦИИ***

Ягудина Д.Х., Хусаинова К.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель: ассистент кафедры детских инфекций Раимова Ю.А.

Актуальность работы: Высокий риск для матери и плода при несвоевременной диагностике и лечении аппендицита.

Цель работы: Комплексное освещение проблемы диагностики и лечения аппендицита у беременных для повышения качества медицинской помощи в данной области.

Материал и методы исследования: В данном исследовании была проведена оценка и обобщение клинических проявлений аппендицита у беременных. Сбор данных осуществлялся путем анализа уже существующих случаев, а также данных о проведенных операциях. Основные параметры, подлежащие анализу, включали: возраст пациенток, срок беременности, клинические проявления (боль, тошнота), тактика хирургического вмешательства (лапароскопия или лапаротомия).

Основная часть: Диагностика аппендицита у беременных затруднена из-за физиологических изменений. Основные симптомы - боль в правом нижнем квадранте живота, тошнота, рвота и повышенная температура [1]. Более у 75% таких пациенток диагноз ставится неправильно, что приводит к запущенным формам воспаления и связанным с ними осложнениям, включая перитонит и движение заболевания к более тяжелой стадии. Частота остро воспаленного аппендикса у беременных колеблется от 0,03 до 5,20%. Уровень диагностической точности 25-50% случаев, в отличие от 75,3% у небеременных. Одной из причин является смещение аппендикса вверх и вправо под воздействием растущей матки, что затрудняет диагностику. Лабораторные исследования включают общий анализ крови и мочи. Эти тесты могут помочь выявить воспалительные изменения. Но их результаты также требуют осторожной интерпретации с учетом особенностей беременности. Например, уровень лейкоцитов может быть повышен и без наличия острого воспаления, что может запутать клиническую картину [2]. Инструментальные методы исследования, такие как УЗИ и КТ, также играют важную роль в диагностике. Ультразвуковое исследование является предпочтительным методом благодаря своей безопасности и высокой информативности. Основным методом лечения аппендицита является хирургическая интервенция, которая включает аппендэктомию. Исследования показывают,

что послеоперационные осложнения возникают в 13-17% случаев у беременных [2]. Существенное внимание следует уделить выбору оперативной тактики, так как различные методы могут существенно влиять на исход.

Закключение: Диагностика и лечение аппендицита у беременных требует высокой квалификации и индивидуального подхода врачей. Ошибки в диагностике могут иметь серьезные последствия для матери и плода.

Литература:

1. Аппендицит при беременности - причины... [Электронный ресурс] // www.krasotaimedicina.ru - Режим доступа: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/pregnancy-appendicitis, свободный. - Загл. с экрана

2. Аппендицит при беременности в 1, 2, 3 триместрах... [Электронный ресурс] // dentalklass.ru - Режим доступа: <https://dentalklass.ru/articles/appenditsit-pri-beremennosti-simptomu-lechenie-posledstviya-dlya-ploda>, свободный. - Загл. с экрана.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА АЛЬПОРТА

Каримуллина Э.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель: ассистент кафедры детских инфекций Раимова Ю.А.

Синдром Альпорта - генетическое, X-сцепленное (COL4A5) или аутосомное (COL4A3, COL4A4) заболевание, связанное с мутацией генов, в результате чего нарушается синтез коллагена 4 типа. Обычно характеризуется нефропатиями, почечной недостаточностью, потерей слуха и нарушениями зрения. Сопровождается гематурией, эдемой и повышенным кровяным давлением. По данным СССР в 70-80-х гг. распространенность данного синдрома составляла до 17 случаев на 100 тыс. детей [5]. На данный момент актуальные данные по России отсутствуют.

Цель: проанализировать особенности клинического течения и диагностического процесса при позднем выявлении синдрома Альпорта у ребенка, а также подчеркнуть значимость ранней диагностики и генетического тестирования в подобных случаях.

Задачи:

- Изучить клинические проявления синдрома Альпорта на примере пациента с поздней диагностикой.
- Оценить результаты лабораторных и инструментальных исследований, подтвердивших диагноз синдрома Альпорта.
- Подчеркнуть важность своевременной диагностики генетических нефропатий для предотвращения прогрессирования заболевания.

Выявить необходимость более активного использования генетического тестирования при подозрении на нефропатии неустановленного генеза у детей

Во время практики в отделении нефрологии в Детской республиканской клинической больнице (ДРКБ) был наблюден случай 11-летнего пациента, госпитализированного с почечной недостаточностью и жалобами на прерывистые боли в животе, отечность правой ноги, а также ухудшение слуха. Лабораторные анализы выявили гематурию, протеинурию и лейкоцитоз (по методу Нечипоренко). Биохимический анализ показал повышенные уровни мочевой кислоты (538 $\mu\text{mol/L}$), общего холестерина (7.49 mmol/L) и триглицеридов (2.29 mmol/L), при нормальных значениях креатинина и эритроцитов. Суточный диурез составил 400 мл. Ультразвуковое исследование почек выявило их увеличенные размеры и нарушение кортикомедуллярной дифференциации.

На основании клинической картины и результатов анализов был поставлен предварительный диагноз "синдром Альпорта". Генетическое тестирование подтвердило мутацию в гене COL4A5, что окончательно утвердило диагноз.

Данный случай примечателен поздней диагностикой заболевания, выявленного только в возрасте 11 лет, что подчеркивает важность

своевременной диагностики и мониторинга пациентов с нефропатиями для предотвращения осложнений и прогрессирования заболевания.

ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА – МЕДИКА

Тимофеева А.Ю., Зяблицева Е.С.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом сестринского дела Михайлова О.Д.

Согласно Федеральному государственному образовательному стандарту (2020), в программу обучения студентов введена новая дисциплина: «Практика диагностического профиля». Цель практики: закрепление и углубление теоретической подготовки обучающегося, приобретение им практических навыков и компетенций, а также опыта самостоятельной профессиональной деятельности. В 2023-24 учебном году такая практика проводилась впервые, поэтому цель нашей работы – поделиться опытом ее прохождения.

Задачи: закрепление и совершенствование методов физического обследования больного; изучение особенностей работы врачей диагностических кабинетов, изучение особенностей дополнительной диагностики у больных с заболеваниями внутренних органов.

Материалы и методы исследования: практика диагностического профиля проводится на клинических базах Ижевской государственной медицинской академии, в отделениях стационаров. Мы проходили практику в хирургическом отделении ГКБ № 8 г. Ижевска МЗ УР.

Результаты: Устройство хирургического отделения включает большое количество структурных подразделений, с каждым из которых нам была дана возможность ознакомиться, освоить комплекс манипуляций и сформировать навыки, необходимые в работе данной специальности. При работе в приемном отделении хирургии мы закрепили и совершенствовали следующие методы

исследования больного: расспрос, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация. Совместно с врачами принимали участие в сборе анамнеза и проводили физикальное обследование пациентов. Далее обсуждали формулировку предварительного диагноза в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ) и составляли план проведения инструментальных, лабораторных исследований, консультации врачей-специалистов. Мы сопровождали пациентов на УЗИ, КТ, рентгенологическое и эндоскопические (гастроскопия и колоноскопия) исследования. В диагностическом отделении врачи объясняли ход процедуры и правила интерпретации результатов. В перевязочном кабинете мы научились накладывать повязки, выполнять чистые и гнойные перевязки, снимать швы, убирать дренажи, ухаживать за колостомой. Под руководством врача участвовали в различных диагностических и лечебных процедурах. Важно, что мы могли наблюдать пациента в динамике, участвовать во врачебных обходах, присутствовать на операции, ход которой и особенности дальнейшего восстановления врачи-хирурги подробно объясняли. Таким образом, мы ознакомились с множеством клинических ситуаций, научились собирать анамнез, проводить диагностику и анализировать результаты, планировать лечебно-профилактические мероприятия, что необходимо для формирования клинического мышления.

Заключение: за время практики диагностического профиля мы закрепили теоретические знания и сформировали представление о работе врачей-хирургов. Кроме того, приобрели навык работы в коллективе и взаимодействия с пациентами, стали более устойчивы к стрессовым ситуациям.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ПО ПОЛУЧЕНИЮ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И ОПЫТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ДОЛЖНОСТЯХ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
«ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАННИМИ
ПРИЗНАКАМИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА»**

Базина У.А.

ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

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

Михайлов А.Ю.

Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) - группа заболеваний гепатодуоденальной зоны, развивающихся в послеоперационном периоде холецистэктомии (ХЭ). Частота ПХЭС составляет от 5 до 25 %, но при наличии холелитиаза у 22-24% женщин и 12,5-15% мужчин рабочего возраста, имеется тенденция к росту [1,2].

Цель и задачи: проанализировать формирование ранних признаков ПХЭС в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, перенесших ХЭ за 2022-2024 гг. в хирургическом отделении ГБ г.Сарапула, оценка индекса массы тела (ИМТ), динамики показаний АЛТ, АСТ и α -амилазы.

Результаты и их обсуждение. Изучено 628 историй болезней пациентов, перенесших ХЭ с 2022 по 2024гг. Плановых операций было выполнено – 368, экстренных – 260. Плановые операции производятся лапароскопически в 85,5%, экстренные – лапароскопически и лапаротомически.

Экстренных лапаротомических ХЭ в 2022г. выполнено 100 (38%), в 2023г.– 90 (35%), в 2024г. – 70 (27%); плановых в 2022 г. – 130 (35%), в 2023 г. – 148 (40%), в 2024г. – 90 (25%). Послеоперационные осложнения имелись у 282 пациентов (45%), перенесших ХЭ (среди них 92% - после экстренных операций). Их развитие связано с нагноениями п/о раны, перевязкой правой

печеночной артерии, травмой холедоха. Ранние признаки формирования ПХЭС (тошнота, снижение аппетита, схваткообразные боли в эпигастрии, вздутие и отрыжка воздухом) развились у 73 (26%) в 2022 г., в 2023 г. – у 93 (33%), а в 2024г. у 116 (41%).

Средний возраст пациентов составил 61 ± 5 лет. В гендерной структуре 79% женщин, мужчин – 21%. ИМТ в популяции составил $31,1 \pm 4,8$ (избыточный вес). Отмечена динамика показателей АЛТ, АСТ, α -амилазы на следующий день после операции. После экстренных операций в 6-8 раз увеличивалось содержание АЛТ (до 245 / ϵ /л) и АСТ (до 105 / ϵ /л). После плановых операций в 71% случаев наблюдается увеличение показателей до верхних границ нормы, в 29% -незначительное превышение нормы. Показатели α -амилазы не повышались у всех пациентов, в 78% случаев – отмечались по верхней границе N (28-160/ ϵ /л).

Особенностью ведения пациентов после ХЭ являлась курация сопутствующих патологий, среди которых можно отметить сердечно – сосудистые заболевания, хронические заболевания ЖКТ. В задачи сестринского ухода входил контроль за дискомфортом в зоне операции и постели, функционированием дренажей, сменой повязок, проблемами энтерального и парэнтерального кормления, а также купирование сопутствующей патологии (исчезновение боли, нормализация сна и т.д.). В план наблюдения входили: контроль стационарного режима, частоты и характера стула, обеспечение лечебного стола (№5). При надлежащем уходе ранние признаки ПХЭС купировались у 63% через 7 дней, у 37% через 14 дней.

Заключение. Ранние признаки ПХЭС развиваются у лиц с высоким ИМТ, старшего возраста, преимущественно у женщин. После экстренных операций ПХЭС развивается в 92,0 % случаев, сопровождается увеличением трансаминаз до 6-8 раз. Причиной может служить нарушение пассажа желчи, повреждение ткани печени. При лапароскопической ХЭ ранние признаки ПХЭС развиваются реже на 80%. При правильном подобранном плане ухода пациента ждет благоприятный исход.

Использованная литература:

1. Митушева Э. И. Постхолецистэктомический синдром: патофизиологические механизмы развития, диагностика, принципы лечения: учебное пособие для врачей / Казань: КГМА, 2016. - 50 с. – Текст: электронный // ЭБС "Букап" (дата обращения: 07.09.2024).
2. Циммерман Я.С, Циммерман И. Я. Классификации гастроэнтерологических заболеваний и клинических синдромов // Пермь, 5-е изд., 2016. - 472 с.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПАЛАТНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ».***

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

***«ИБС: ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У ОНКОБОЛЬНОГО
ПАЦИЕНТА».***

Залалова З.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских
болезней и факультетской педиатрии Ахтереева А.Р.

Актуальность. Современные достижения в медицине повысили выживаемость онкологических пациентов, однако в то же время увеличились заболеваемость и смертность, вызванные побочными эффектами лечения, при этом их наиболее частыми проявлениями являются сердечно-сосудистые заболевания (далее ССЗ) – появления кардиотоксических эффектов. Существуют реальные опасения, что ССЗ могут приводить к преждевременной инвалидизации и смерти среди выживших онкопациентов. Они могут быть результатом кардиотоксичности, которая включает непосредственно действие противоопухолевого лечения на функцию и строение сердца, или следствием ускоренного развития заболевания, особенно при наличии традиционных сердечно-сосудистых (далее ССС) факторов риска. Такая статистика подчеркивает важность ранней диагностики ССЗ у

проходящих лечение онкобольных, чтобы профилактировать появление серьезных нарушений.

Цель исследования. Изучение клинического случая острого инфаркта миокарда у онкобольного пациента за период производственной практики.

Материалы и методы. Данные из анамнеза жизни и заболевания, диагностических исследований, медицинская литература, дневники врача, переводные листы, листы назначений, анализ истории болезни пациента.

Результаты. Пациент N, женщина в возрасте 35 лет поступила в кардиологическое отделение 26.06.2024 с жалобами на общую слабость, учащенное сердцебиение, периодические подъемы АД до 160 мм.рт.ст, жжение в области грудной клетки. Пациентка находилась на стационарном лечении в отделении кардиологии с 26.06.24 по 27.06.24, далее была переведена в отделение нейрореанимации. Основное заболевание: острый инфаркт миокарда (2 типа) с подъемом сегмента ST без зубца Q верхушечной области левого желудочка (далее ЛЖ). По показаниям коронарографии проведена баллонная ангиопластика + стентирование передней межжелудочковой ветви. Сопутствующие заболевания: рак шейки матки T2, N1, Mx. Анемия средней степени тяжести. Ишемический инсульт. Исследования -

ЭКГ: синусовая тахикардия. Элевация сегмента ST 2 мм в V1-V6. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 типа. Недостаточность незначительная митрального клапана (далее МК) . Уплотнение МК сердца. Назначено лечение согласно рекомендациям кардиоонколога. В динамике на 05.07.2024: пациентка отмечала улучшение состояния, жалоб со стороны сердца нет. ЭКГ: синусовый ритм, 83 уд/мин. Отклонение электрической оси влево. Сохраняется косовосходящая ST. Состояние: средней степени тяжести.

Заключение. Рассмотренный клинический случай еще раз доказывает важность пристального внимания к пациентам с онкологией и проходящих лечение, в связи с возможным возникновением кардиотоксичности. Сегодня в ГКБ №7 им.М.Н.Садыкова появился новый специалист, прошедший

соответствующую подготовку – кардиоонколог, помогающий своим коллегам разобраться во всех аспектах данной темы. Основной задачей стала разработка такого лечебного плана, при котором риск развития хронической сердечной недостаточности у онкопациентов был бы сведен к минимуму. Совместная работа врача кардиолога и кардиоонколога в рассмотренном клиническом случае смогла улучшить состояние пациентки, которая на сегодняшний день не имеет жалоб со стороны ССС.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В КАЧЕСТВЕ ПАЛАТНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ЦИРКУЛЯРНЫЙ ТУМОР
СИГМОВИДНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ.***

Зайнуллина Д. И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Ахтереева А.Р.

Актуальность. Работа в хирургическом отделении разноплановая и предоставляет широкий спектр для ознакомления студентов с различными, порой нестандартными клиническими случаями, что является неотъемлемой частью обучения, позволяющая укрепить теоретические знания на практике.

Цель. Закрепление знаний, полученных при изучении основных теоретических и клинических дисциплин, приобретение практического опыта.

Я проходила производственную практику в роли палатной медицинской сестры в отделении общей хирургии на базе ГАУЗ «Мамадышская центральная районная больница» (ЦРБ). За данный период я усовершенствовала практические навыки, необходимые палатной

медицинской сестре, улучшила навыки коммуникации с пациентами, наблюдала множество клинических случаев. Среди которых запомнилось следующее: мужчина, 50 лет, был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение ЦРБ с жалобами на многократную рвоту, тошноту, отрыжку, боли по всему животу, отсутствие стула и газов около 2 суток, общую слабость. Ранее в анамнезе: эрозивный гастрит, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. При поверхностной пальпации живот вздут, умеренно болезненный во всех отделах, симптом Щёткина-Блюмберга положительный. На основании лабораторных и инструментальных методов исследований был выставлен клинический диагноз: Циркулярный тумор сигмовидного отдела толстой кишки, острая кишечная непроходимость, разлитой серозный перитонит. Была проведена операция верхняя лапаротомия, ревизия, выведение двух колостом, дренирование брюшной полости. После операции наблюдалось длительное повышение температуры до 38.5⁰С, эктеричность кожных покровов. В послеоперационном периоде пациенту проводилась комплексная консервативная терапия: антибактериальная, анальгетическая, инфузионная, парентеральное питание. В течение двух недель состояние пациента улучшилось, его обучили технике смены калоприемника и обработки стомы и кожи вокруг.

В заключение хотелось бы сказать, что период прохождения производственной практики в хирургическом отделении был насыщен работой, в ходе которой я получила ценный опыт и закрепила теоретические знания, которые мне обязательно понадобятся в профессиональной деятельности. Разнообразие клинических случаев помогло увидеть то, как выглядит патологический процесс в реальности и насколько важны профессиональные навыки врача, его умение коммуницировать с пациентом в процессе сбора анамнеза для правильной постановки диагноза.

***МОЯ ПЕРВАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИЦИНЕ.
РУБРИФИКАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЯ НЕЙРОХИРУРГИИ ПО
СТЕПЕНИ НУЖДАЕМОСТИ В УХОДЕ.***

Варина Л.А.

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Михайлов
А.Ю.

Актуальность. Тема адекватного ухода за больными в отделении нейрохирургии актуальна как никогда, актуальность связана с увеличением количества черепно-мозговых травм, более тяжёлым течением и высокой летальностью. Уход за пациентами с черепно-мозговыми травмами требует эффективных сестринских вмешательств для поддержания и восстановления независимости больных в удовлетворении основных физиологических потребностей.

Цель исследования – рубрификация пациентов отделения нейрохирургии по степени нуждаемости в уходе.

Для достижения цели в работе я определила следующие задачи:

1. Оценка существующего ухода.
2. Оптимизация ухода.
3. Исследование факторов, влияющих на качество ухода.
4. Оценка эффективности вмешательства.
5. Повышение осведомленности.

Эти задачи помогут улучшить качество ухода за пациентами в нейрохирургии, повысить их удовлетворенность, а также снизить риск возникновения осложнений и улучшить долгосрочные результаты лечения.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПРОЦЕДУРНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
«ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГИДРОЦЕЛЕ СПРАВА»***

Хусаенова А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова А.М., д.м.н. профессор кафедры детских инфекций Халиуллина С.В., к.м.н., доцент кафедры детской хирургии Закиров А.К.

За время прохождения практики были отмечены несколько интересных клинических случаев, одним из которых стал случай пациента N с рецидивирующим гидроцеле.

Актуальность: Главными и наиболее опасными осложнениями при гидроцеле являются нарушение кровоснабжения и лимфообращения яичка, его сдавление и атрофия. Данные осложнения негативно сказываются на репродуктивной функции яичка, и в будущем могут являться одной из причин бесплодия.

Цель исследования: проанализировать клинический случай пациента с рецидивирующим гидроцеле и объемным образованием правой подвздошной области.

Материалы и методы: Проведен анализ истории болезни пациента, проходившего лечение в ГАУЗ «ДРКБ» г. Казани. Пациент N 16 лет мужского пола госпитализирован для планового оперативного лечения в ДРКБ с жалобами на постепенное увеличение объема правой половины мошонки после усиленной физической нагрузки. Из анамнеза известно, что в 3 года была проведена операция – иссечение водянки правого яичка по Россу. В 11 лет диагностирована осумкованная водянка правого яичка. Проведена операция Винкельмана. В 16 лет обратился с жалобами на рецидив гидроцеле. При осмотре в правой половине мошонки яичко увеличено, плотное, гидроцеле около 6 мл. По данным РКТ подтверждено жидкостное образование

подвздошной области справа с распространением в сторону брюшной полости, а также через паховый канал в мошонку. По задней стенке образования выявлено уплотнение диаметром 2 см. Проведена операция: диагностическая лапароскопия, ревизия образования брюшной полости с возможностью удаления или биопсии. На операции выявлено кистозное образование, распространяющееся в брюшную полость из пахового канала. Передняя стенка образования взята на биопсию. Содержимое – прозрачная жидкость темного цвета. При ревизии полости кисты найдено округлое образование белого цвета, удалить которое без повреждения сосудов невозможно. Проведена биопсия в бессосудистой зоне. При попытке резекции из образования выделилась густая темно-коричневого цвета жидкость. Взят бактериологический мазок. Санация образования, ушивание и экстракорпоральное дренирование кисты. В дальнейшем проводились перевязки и удаление дренажа кисты. Получал антибактериальную терапию. Результаты: По данным гистологического исследования опухолевый рост в материалах не выявлен. Рост микрофлоры в посевах не определен. Получив отрицательные результаты биопсии и уменьшение выделений по дренажу, пациента выписали домой под наблюдение хирурга по месту жительства. Дренаж удален через 10 дней. Через 3 мес. выполнено контрольное УЗИ, по результатам которого объемных образований в правой подвздошной области не выявлено.

Заключение: Представленный случай демонстрирует редкий вариант осложнённой рецидивирующей водянки яичка. По результатам проведённого лечения отмечены положительные результаты, которые не потребовали дополнительного удаления образования. Однако нам не удалось выяснить этиологию образования на сосудах и связать это осложнение с проведёнными ранее операциями, но возможно оно было причиной рецидива гидроцеле.

Таким образом, этот клинический случай демонстрирует эффективность и малотравматичность выбранной тактики лечения.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ СО СКАРЛАТИНОПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ, ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ

Ганеева К.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Закирова А.М., д.м.н. профессор кафедры детских инфекций Халиуллина С.В., к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Самороднова Е.А.

Актуальность: Стафилококковая инфекция, особенно в контексте ожогов и сопутствующих заболеваний, таких как тонзиллофарингит, представляет собой серьезную медицинскую проблему.

1. Стафилококки являются распространенными патогенами, которые могут вызывать широкий спектр инфекций. Ожоги создают условия для проникновения этих микроорганизмов, что увеличивает риск инфекционных осложнений.

2. Скарлатиноподобный синдром, вызываемый стафилококками, может проявляться в виде сыпи и других системных симптомов.

3. Тонзиллофарингит, возникающий на фоне стафилококковой инфекции, может привести к серьезным осложнениям, таким как абсцессы, сепсис и другие системные инфекции. Это особенно актуально для пациентов с ослабленным иммунитетом или с предшествующими заболеваниями

Цель исследования: проанализировать клинический случай Стафилококковой инфекции со скарлатиноподобным синдромом, тонзиллофарингитом на примере одного пациента.

Материалы и методы: был проведен анализ истории болезни пациента, который проходил лечение в ГАУЗ "ДРКБ" в изоляционно-диагностическом отделении. Пациент А, возраст 2 года был госпитализирован экстренно. Из анамнеза ребёнок разлил на себя кружку с горячим чаем, был в одежде. Родители самостоятельно обработали водой, сняли одежду. Вызвали СМП,

была наложена повязка, доставлен в ДРКБ, госпитализирован в ХО2. Через два дня поднялась температура до 40.0, поставлен был диагноз: Острый ринофарингит. Состояние тяжелое за счет синдрома интоксикации, кожного геморрагического, отечного, синдром острой задержки мочи. Данные объективного осмотра, кожные покровы бледные, сухие, гиперемия обеих щёк, на лице, шее разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей обильная геморрагическая петехиальная сыпь, со сгущением на складках, единичное шелушение на стопах. На груди и животе ожоги в стадии эпителизации. В б/х крови гипопротеинемия. КЩМ - гипокалиемия, гипонатриемия, метаболический ацидоз. При консультации дежурного педиатра заподозрена скарлатина, ребенок переведен в ИДО.

Результаты: на основании перечисленных синдромов выставляется рабочий диагноз: Стафилококковая инфекция со скарлатиноподобным синдромом, тонзиллофарингитом. Термический ожог туловища второй степени.

За период нахождения в РО-2: отечный синдром купирован, кожный синдром с улучшением, мочеиспускание и стул самостоятельные.

При выписке: кожный и астеновегетативный синдромы купированы, ожог туловища в стадии эпителизации, рекомендовано продолжить наблюдение по месту жительства.

Заключение: В данном случае открытая раневая поверхность вследствие ожога стала фактором возникновения патологии. Получал лечение: антибактериальная терапия, тромбоцитарная масса, эритроцитарная масса, инфузионная терапия (глюкозо-солевые растворы, альбумин) В ИДО проводилась АБ-терапия, перевязки с раствором хлогексидина, ГКС.

Таким образом, не смотря на затруднительную диагностику, тщательно были подобраны и применены различные виды терапии, что позволило купировать кожный, интоксикационный и астеновегетативные синдромы.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПАЛАТНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
«ВИРУСНЫЙ МИОКАРДИТ У МОЛОДОГО ПАЦИЕНТА»***

Камалеева Э. Ф., Дяшкина Д. Е.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских
болезней и факультетской педиатрии Закирова А.М.

Актуальность. В последнее время отмечается рост случаев миокардита, особенно среди молодых мужчин и детей, что связано с увеличением вирусных инфекций. Миокардит может стать причиной внезапной сердечной смерти, а также первоначально необъяснимой дилатационной кардиомиопатии и сердечной недостаточности.

Данное исследование может значительно углубить понимание механизмов развития этого заболевания.

Материалы и методы исследования. Миокардит — это воспаление сердечной мышцы, часто вызванное вирусами. Он является одной из самых распространенных форм некоронарной патологии сердца. Основой заболевания являются воспалительные изменения миокарда, проявляющиеся специфичными клиническими симптомами, функциональными нарушениями и морфологическими изменениями тканей сердца. Основные этиологические факторы включают инфекции, аутоиммунные процессы, а также токсические и медикаментозные воздействия. Учитывая сложности с диагностикой миокардита в кардиологической практике, фактическая распространенность этого заболевания остается недостаточно изученной.

Особенность вирусного миокардита заключается в возможности сочетания прямого поражения миокарда инфекционным агентом с развитием аутореактивных состояний по типу гиперчувствительности. Это свидетельствует о системном характере патологического процесса. При этом, различные патогенетические факторы могут сменять друг друга, сохраняя клиническую симптоматику и диагностические признаки. Вирусные

инфекции могут вызывать поражение миокарда, как в качестве основного заболевания, так и в качестве его осложнения.

Основная часть. Пациент - молодой человек, 24 года, без отягощенного анамнеза, обратился в приемный покой с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки и усталость в течение последних нескольких дней. Пациент сообщил, что за неделю до этого у него была высокая температура, кашель и общая слабость.

При физикальном обследовании ЧСС 110 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. При аускультации сердца выслушивался III тон сердца (протодиастолический ритм галопа).

Инструментальные исследования:

- ЭКГ: депрессия сегмента ST, инверсия зубца T и узкий комплекс QRS.
- УЗИ сердца: увеличенная масса миокарда, поражение во всех отделах, снижение фракции выброса до 35%.
- Лабораторные исследования. Положительный тест на герпесвирус 6 типа, повышенный уровень тропонина в биохимическом анализе крови, в ОАК - лейкоцитоз.

Диагноз - «острый вирусный миокардит с признаками сердечной недостаточности».

Лечение:

- Инотропные препараты для поддержания сердечного выброса.
- Антивирусные препараты (Ацикловир).
- Интерферон бета-1b.

В течение 2 недель наблюдались клинические улучшения, нормализация параметров сердечной функции на УЗИ и стабильное состояние.

Заключение. Вирусные миокардиты, которые часто возникают при сезонных вспышках ОРВИ, являются серьезной проблемой для здравоохранения. Задержка в диагностике миокардита и начале лечения может иметь неблагоприятные последствия и ухудшить ближайший и долгосрочный прогноз пациента. Этот случай подчеркивает важность раннего

диагностирования миокардита, особенно когда есть предшествующая вирусная инфекция.

ОПЫТ РАБОТЫ В БОЛЬНИЦЕ: РАЗВИТИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Эхсонзода Мухаммаджон

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – ассистент кафедры детских инфекций Раимова

Ю.А.

В мире медицины, где каждое принятое решение может существенно повлиять на здоровье и жизнь пациента, практические навыки играют решающую роль.

Цель: проанализировать значимость практических навыков, психологической подготовки и оценить эффективность наставничества за период прохождения практики, а также спрогнозировать последствия и составить рекомендации по улучшению практики.

Задачи:

1. Идентифицировать ключевые практические навыки;
2. Оценить эффективность практической подготовки;
3. Выявить значимость наставничества;
4. Изучить командную работу в клинической практике;
5. Подготовить рекомендации для улучшения программ практики.

Преодоление разрыва между знанием и применением в реальных условиях — это многосторонний процесс, который требует системного подхода в обучении студентов медиков. Интеграция теории и практики, использование симуляций, анализ клинических случаев, получение обратной связи, непрерывное образование и развитие эмоционального интеллекта — все эти аспекты способствуют формированию квалифицированных, уверенных и готовых к вызовам врачей, которые смогут эффективно применять свои знания на практике.

Наставничество способствует передаче знаний, формированию уверенности и профессиональных качеств, развитию критического мышления и созданию сети профессиональных контактов. Эффективное взаимодействие со своим наставником имеет долгосрочные последствия для студентов, способствуя их успешному становлению как медицинских специалистов, готовых к вызовам профессии.

Психологическая подготовка студента медика на практике необходима для обеспечения не только их личного благополучия, но и высокого уровня ухода за пациентами. Систематическая работа над управлением стрессом, развитием коммуникационных навыков, эмоционального интеллекта и этических соображений.

Успешному прохождению практики способствует:

1. Составление команды.
2. Обсуждение клинических случаев.
3. Совместные исследования и проекты.

Рекомендации по улучшению практики:

1. Менторство и поддержка: Создание программы наставничества, где опытные врачи и медицинские работники оказывают поддержку студентам.
2. Интерактивное обучение: Активное вовлечение студентов в клинический процесс, включая участие в обосновании диагнозов и планировании лечения.
3. Обратная связь: Регулярное предоставление конструктивной обратной связи о проделанной работе.
4. Рефлексия и самоанализ: Поощрение студентов к ведению дневников, где они могут фиксировать свои мысли, переживания и уроки, извлеченные из практики.

Я проходил практику в ГКБ №7 имени М.Н. Садыкова. Во время практики я присутствовал на операции с острым аппендицитом. Я тщательно наблюдал как хирург проводил операцию, и он предложил мне ассистировать. Я ассистировал, наблюдал и задавал вопросы в процессе операции. Он провел операцию успешно, а я получил море удовольствия от сделанной работы.

Развитие практики студента-медика в больнице является неотъемлемой частью медицинского образования, предоставляя уникальные возможности для приобретения навыков, эмоциональной устойчивости, подготовка к будущей профессии, получения знаний и формирования профессионального поведения.

***РОЛЬ ПОМОЩНИКА МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В
ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ БУДУЩЕГО
ВРАЧА***

Шавалеев А.Р., Бисеров И.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – ассистент кафедры детских инфекций Раимова
Ю.А.

В современном медицинском образовании особое внимание уделяется формированию профессиональных навыков будущих врачей, что является ключевым аспектом их подготовки к самостоятельной практической деятельности. В этом контексте роль помощника младшего медицинского персонала становится все более значимой, так как именно в процессе взаимодействия с ним студенты могут получить важный опыт, который будет способствовать их профессиональному становлению. Объектом данного исследования является роль помощника младшего медицинского персонала, а предметом – формирование профессиональных навыков будущего врача.

Цель: обозначить роль прохождения практики «помощник младшего медицинского персонала» на формирование профессиональных навыков студентов-медиков.

Задачи:

1. Изучить опыт работы помощника младшего медицинского персонала и его значимость в процессе обучения.
2. Оценить влияние этого опыта на профессиональное развитие студентов, выявив как положительные и отрицательные аспекты.

3. На основе полученных данных разработать рекомендации по оптимизации взаимодействия между помощником младшего медицинского персонала и будущими врачами.

Методы исследования: анализ литературы, опросы и наблюдения. Анализ литературы позволит выявить существующие подходы к обучению и профессиональному развитию студентов. Опросы среди студентов и медицинских работников помогут собрать данные о восприятии роли помощника в их обучении и профессиональном становлении. Наблюдения за работой помощников младшего медицинского персонала в клинических условиях дадут возможность понять их влияние на студентов.

Ключевые аспекты

1. Практический опыт: ПММП предоставляет возможность будущим врачам получить практический опыт в клинической среде. Наблюдение за работой медсестер, фельдшеров и других специалистов позволяет студентам лучше понять организацию медицинского процесса.

2. Командная работа: Работая рядом с младшим медицинским персоналом, студенты учатся взаимодействовать в команде, что является важным навыком для будущих врачей. Это помогает развивать коммуникационные навыки и умение работать в многопрофильной команде.

3. Пациент-ориентированный подход: ПММП часто взаимодействует с пациентами на более близком уровне, что позволяет студентам видеть, как важно учитывать эмоциональные и психологические аспекты ухода за пациентами.

4. Основы клинической практики: Помощники младшего медицинского персонала могут обучать студентов основам ухода за пациентами, включая проведение простых процедур, мониторинг состояния больных и ведение документации.

5. Развитие критического мышления: Студенты, работая с ПММП, могут учиться анализировать ситуации, принимать решения и оценивать результаты своей деятельности, что способствует развитию критического мышления.

6. Адаптация к рабочей среде: Опыт работы с ПММП помогает студентам адаптироваться к требованиям реальной клинической практики, что снижает стресс и повышает уверенность при выходе на самостоятельную работу.

Вывод:

Таким образом, роль помощника младшего медицинского персонала в подготовке будущих врачей нельзя недооценивать. Этот опыт служит основой для формирования профессиональных навыков, необходимых для успешной карьеры в медицине.

**СЕКЦИЯ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ»**

СИНДРОМ КАБУКИ – МНОГОЛИКОСТЬ ПРОЯВЛЕНИЙ

Варламова А.В. Гайнуллин И.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители

д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Камалова А.А.

заведующий отделением иммунологии и гематологии ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ

Шакирова А.Р.

Актуальность. Синдром Кабуки (СК) — наследственное заболевание, характеризующееся аномалиями скелета, задержкой физического и психомоторного развития. СК 1-го типа ассоциирован с мутациями в гене KMT2D, 2-го типа — с мутациями в KDM6A. Распространенность СК от 1 на 32-86 000 новорожденных. СК генетически и фенотипически гетерогенен и связан с аутоиммунными и воспалительными заболеваниями, нарушением регуляции иммунитета.

Клинический случай. В возрасте 8 месяцев поступает с жалобами на увеличение размеров живота, беспокойство, изменение характера стула.

Диагноз: СК 1 типа. Первичный иммунодефицит. Аномалия развития желчных протоков с формированием цирроза печени, стадия по Чайлд Пью – В. Индекс PELD-14. Анемия смешанной этиологии легкой степени тяжести. Врожденная аномалия развития глаза. Неполное удвоение левой почки. ПП ЦНС в форме диффузной выраженной гипотонии, гипертензивного синдрома. ООО. Ложная хорда левого желудочка. Носитель мутации в гене TRMU.

Анамнез заболевания: ребенок родился от II беременности, II родов на сроке 40 недель путем кесарева сечения. Масса тела при рождении 3000 г, рост 52 см. После рождения состояние тяжелое. На 18-е сутки в связи с сохраняющейся желтухой, гипербилирубинемией за счет прямой фракции переведен в отделение патологии новорожденных стационара III уровня, в 1

месяц – в педиатрическое отделение, где были исключены внутриутробные инфекции и атрезия желчевыводящих путей.

Для верификации диагноза кровь была отправлена на панель «Холестаза», полногеномное секвенирование, выявлен патогенный вариант нуклеотидной последовательности в экзоне 8 гена TRMU в гетерозиготном состоянии, и гетерозиготный вариант нуклеотидной последовательности в гене KMT2D, связанный с синдромом Кабуки. В дальнейшем регулярно наблюдался в отделении гематологии и иммунологии ДРКБ, с отрицательной динамикой.

Объективно: Объективно при поступлении состояние тяжелое. Масса тела – 6200 г. (-3,1 по Z-score), длина – 63 см (-3,7 по Z-score). Кормится через назогастральный зонд полногидролизной смесью. Иктеричность с зеленоватым колоритом кожи и слизистых. Живот увеличен, пупочная грыжа, печень плотноэластической консистенции + 6 см из-под края реберной дуги, селезенка + 4 см.

Лабораторно-инструментальные данные: в анализах крови с рождения ретикулоцитоз, анемия, нарастание СОЭ, билирубинурии. Прогрессирование лабораторных синдромов поражения печени (холестаза, печеночно-клеточной недостаточности, цитолиза, гепатопривного); метаболического ацидоза и коагулопатии. По МРХПГ признаки гепатомегалии, легкого расширения внутрипеченочных протоков, гипоплазии внепеченочных желчных протоков, гипоплазии левой почки. Ребенок включен в лист ожидания на проведение ортотопической трансплантации печени, потенциальный донор – мама ребенка.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует сложность диагностики синдрома Кабуки, подчеркивая важность молекулярно-генетических исследований в современной медицине.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ПЕДИАТРА». ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕБЕНКОМ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ОБУСЛОВЛЕННЫМ МУТАЦИЕЙ ГЕНА ELN

Абдирахманова Э.И., Басаркина Д.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель- д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии,
Волгина С.Я.

Введение. Мутации в гене ELN могут быть причиной врожденных пороков сердца, значительно сокращающих продолжительность и качество жизни.

Цель работы: проанализировать клинический случай.

Задачи:

1. Изучить особенности заболевания в динамике в течение 10 лет.
2. Рассмотреть врожденный порок сердца, обусловленный мутацией гена ELN.

Материалы и методы исследования: анализ истории болезни, курация пациента.

Клинический случай. Девочка, 10 лет, предъявляла **жалобы** на быструю утомляемость.

Анамнез заболевания: В периоде новорожденности диагностировали врожденный порок сердца: Надклапанный стеноз аорты, умеренно выраженный, надклапанный стеноз легочной артерии выраженный, выраженная гипоплазия ветвей легочной артерии, открытое овальное окно d=5 мм, недостаточность кровообращения II а. В 8 месяцев была проведена пластика надклапанной части аорты. В этом же возрасте по результатам генетического исследования была выявлена дупликация экзона 1 гена ELN в 7 хромосоме, приводящая к надклапанному стенозу аорты. В 10 лет состояние пациента стабильное, ежегодно наблюдается у кардиолога.

Анамнез жизни: Ребенок родился от II беременности, протекавшей на фоне хронической фетоплацентарной недостаточности, II срочных родов. Масса при рождении 2990 г, длина 52 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Развитие: голову держит с 1 мес, сидит с 6 мес, стоит с 8 мес, ходит с 11 мес. Произносит отдельные слова с 10 мес, говорит двусложными предложениями - с 3 лет. Перенесенные заболевания: неонатальная желтуха, грыжесечение паховой грыжи справа (10 лет).

Наследственный анамнез: Мать – врожденный порок сердца (ВПС); дядя по линии матери – ВПС; двоюродная бабушка по линии матери – ВПС.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Фенотип: низко расположенные диспластичные ушные раковины, микрогнатия. Гипертелоризм сосков. Диффузная мышечная гипотония. Гипермобильность суставов, сколиотическая осанка, клинодактилия. Цвет кожных покровов, слизистых оболочек физиологической окраски, имеется легкий цианоз носогубного треугольника. Рост 130 см, вес 25 кг (дефицит массы тела 1 степени, низкий рост (SD -1,5), ИМТ=14,79 (SD -2).

Диагноз: Периферические стенозы ветвей легочной артерии, обусловленные мутацией в гене ELN. Состояние после пластики надклапанной зоны аорты. Недостаточность кровоснабжения II-а. Сопутствующие заболевания: Белково-энергетическая недостаточность 1 степени. Сколиоз.

Заключение. При наличии ВПС, высокого уровня стигм дисэмбриогенеза и аномалий развития внутренних органов, необходимы тщательный анализ генеалогического анамнеза, ранняя консультация генетика. Проведение молекулярно-генетического исследования у пациентов с надклапанным стенозом аорты необходимо для постановки окончательного диагноза, составления прогноза и генетического консультирования.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ».
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФИКТИВНОЙ (ПРИТВОРНОЙ)
ЛИХОРАДКИ (СИНДРОМА МЮНХГАУЗЕНА)**

Алибекова М. А.

ФГБОУ ВО Смоленский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры поликлинической педиатрии Ефременкова А.С.

Актуальность: существует множество причин лихорадок: инфекционные, соматические и психические заболевания, вегетативные расстройства [1]. Фиктивная (притворная) лихорадка (синдром Мюнхгаузена) – умышленное завышение температуры тела детьми или их родителями по психологическим и эмоциональным соображениям [2-4].

Цель исследования: представить клинический случай синдрома Мюнхгаузена у ребенка 12 лет.

Клинический случай: Пациентка Е., 05.12.2012 г., в марте 2024 года с мамой обратились к врачу-педиатру с жалобами на длительно сохраняющееся повышение температуры тела.

Из анамнеза заболевания: за 2 месяца до настоящего обращения переболела ОРВИ, получала противовирусную, антибактериальную и симптоматическую терапию. На фоне полученного лечения наблюдались внезапные подъемы температуры чаще в вечернее время. При обследовании у врача-инфекциониста выявлены АТ к ННV-6 IgG, назначен повторный курс циклоферона, на фоне приема которого сохранялось повышение температуры тела.

Анамнез жизни: Ребенок от 2 беременности, 2 родов в срок. Беременность и роды протекали без особенностей. Девочка 11 лет, из неполной семьи, проживает с матерью и старшим братом. За пределы области в последний год не выезжали. Ребенок посещает в школьное учреждение,

учится со слов на «хорошо». переживает, что ребенок не посещает образовательную организацию.

При обращении к педиатру: беспокоит ежедневное повышение температуры тела до 39-40 градусов, мышечные и суставные боли, иногда головокружения. При повышении температуры, со слов матери, девочка не «чувствует температуры», на ощупь холодная. Для снижения температуры принимали ибупрофен, парацетамол в возрастной дозировке (без эффекта), при подъеме выше 40 градусов применяли дексаметазон внутримышечно в возрастной дозировке, но после 2 инъекции дексаметазона температура перестала снижаться. Со стороны внутренних органов и систем выявлен умеренный шейный лимфаденит, гипертрофия небных миндалин 2 степени. Направлена на консультацию к узким специалистам и лабораторно-инструментальное обследование.

Консультация эндокринолога: диффузный нетоксический зоб 1 степени. При определении уровня ТТГ – незначительное повышение, уровень свободного Т4 и Т3 – нормальные показатели. При определении содержания антител к рецептору ТТГ в крови антител нет.

В дальнейшем госпитализирована в стационар (апрель 2024 года), где отмечались скачки температуры в течение дня, позже температура повышалась только в вечернее время, затем нормализовалась. Из стационара выписана с диагнозом – вегето-сосудистая дистония, перманентное течение, стадия декомпенсации под наблюдения невролога в поликлинике. После выписки температура была в пределах нормы, ребенок посещал школу, но позже снова начались внезапные подъемы температуры до фебрильных цифр. Обследована гематологом и ревматологом – данных за наличие патологии не выявлено. В ходе проведения телемедицинской консультации врачами ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ был выставлен диагноз - фиктивная (притворная) лихорадка (синдром Мюнхгаузена). Лечения не требует.

Выводы: Диагностический поиск причины повышения температуры тела в практике врача-педиатра является значимым и сложным, требует индивидуального подхода.

Список литературы:

1. Стрельцов Е.А. Синдром Мюнхгаузена. Медицинский вестник Юга России. 2020;11(2):19-22. DOI 10.21886/2219-8075-2020-11-2-19-22.
2. Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д. Педиатру на каждый день—2022. Лихорадки. Т23 Справочник по диагностике и лечению. — М.: ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, 2022. — 440 с
3. Баранов А.А., Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д. Лихорадящий ребенок. Протоколы диагностики и лечения / Под общ. ред. А.А. Баранова, В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе. — 3 изд. исправл. и дополн. — М.: ПедиатрЪ, 2017. — 320 с. — (Клинические рекомендации для педиатров / Союз педиатров России, Науч. центр здоровья детей РАМН).
4. Захарова И.Н., Заплатников А.Л., Творогова Т.М., Холодова И.Н. Лихорадка у детей: от симптома к диагнозу // Медицинский совет. — 2017. — №1. — С. 212-218.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИКА ВРАЧА ДЕТСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
«ТРАНСПОЗИЦИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРОСТАЯ ФОРМА С
ВЫСОКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ
ГОД И ДВА МЕСЯЦА»***

Бадертдинова Г.А., Галкина В.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии
Волгина С.Я.

Актуальность. Транспозиция магистральных артерий (ТМА) – это редкий врожденный порок сердца (ВПС), характерным признаком которого является аномальное положение восходящей части аорты и ствола легочной артерии. Данный порок встречается в 4,5-7% от числа всех ВПС.

Цель исследования: динамическое наблюдение за ребенком с редким врожденным пороком сердца - транспозиции магистральных артерий, диагностированного постнатально.

Материал и методы: история развития ребенка (форма 112/у), изучение современной литературы.

Клинический случай. Жалобы: на низкую прибавку в весе, частые эпизоды ОРВИ (12 раз). Анамнез заболевания: Диагноз установлен в первый день жизни: Транспозиция магистральных артерий простая форма с высокой легочной гипертензией. Дефект межпредсердной перегородки. Открытый артериальный проток большого диаметра. Двухстворчатый клапан легочной артерии. Дуктус-зависимая циркуляция. Артериальная гипоксемия. Нарушение кровообращения II-б. В возрасте 2-х дней проведена процедура Рашкинда, в возрасте 14-и дней – радикальная коррекция – артериальное переключение по Жатене. Анамнез жизни: Ребенок родился от III беременности, III срочных родов, протекавших на фоне гестационного сахарного диабета, с массой тела 4030 грамм, ростом 54 см на 7-8 баллов по шкале Апгар. Искусственное вскармливание – с рождения. НПР: голову

держит с 3 мес., сидит с 9 мес., ползает с 11 мес., говорит отдельные слова. Перенесенные заболевания – ОРВИ. Профилактические прививки: в 7 мес. БЦЖ-М.

Наследственный и социальный анамнезы не отягощены. Объективный статус: состояние средней степени тяжести за счет основного заболевания. Осмотр области сердца – послеоперационный рубец на грудной клетке. Перкуторные границы сердца в пределах нормы. При аускультации – акцент I тона на верхушке, систолический шум во II межреберье слева. ЧСС 120 уд. в мин. Инструментальные методы исследования: ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 129 в минуту. Нормальное положение ЭОС. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. ЭХО-КГ – Дилатация корня аорты, периферические стенозы ветвей легочной артерии легкой степени. Диагноз: Транспозиция магистральных артерий простая форма с высокой легочной гипертензией. Состояние после радикальной коррекции. Двухстворчатый клапан легочной артерии. Нарушение кровообращения II-а. Белково-энергетическая недостаточность I степени (15%).

Выводы: У данного пациента в анамнезе отсутствуют факторы риска, способствующие развитию ВПС. Только пренатальная диагностика и своевременное оперативное вмешательство помогают сохранить жизнь ребенка.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». «СТЕПЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ
ВАКЦИНАЦИИ ОТ ГРИППА НА УЧАСТКАХ ДЕТСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ Г. КАЗАНИ»***

Газизова З.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

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

Хабибрахманова З.Р.

Введение

Вакцинация – самый эффективный способ профилактики гриппа. В результате вакцинирования у человека формируется иммунитет, исключая риск тяжелого течения заболевания. Грипп – чрезвычайно контагиозная вирусная инфекция, поэтому для предотвращения массовых вспышек заболеваемости необходимо с помощью вакцинации формировать коллективный иммунитет. Однако среди населения существует довольно много сомнений о безопасности и эффективности этого метода [1].

Актуальность

Грипп является актуальной проблемой современности в связи с высоким уровнем заболеваемости, возможностью летального исхода и наносимым экономическим ущербом [2]. По данным ВОЗ, ежегодно от сезонного гриппа умирают до 650 000 человек. Заболеть могут лица всех возрастных категорий, но более всего риску заражения подвержены люди с ослабленным иммунитетом, в том числе дети. Несмотря на быстрое выздоровление, существует риск серьезных осложнений, таких как менингит, синусит, пневмония, отит, воспалительные заболевания сердца и другие [3].

Цель: выявить степень приверженности к вакцинации от гриппа среди родителей детского населения.

Задачи:

1. Выявить уровень осведомленности родителей об аспектах вакцинации от гриппа.

2. Провести анализ данных, полученных в ходе исследования.
3. Интерпретировать результаты исследования и сделать заключение о степени приверженности родителей к вакцинопрофилактике гриппа.

Объекты исследования: родители детей двух участков детской поликлиники г. Казани, 156 человек.

Материалы и методы: анкетирование родителей в ходе обращений к участковому врачу-педиатру.

Результаты и выводы:

По результатам анкетирования на двух участках детской поликлиники г. Казани можно сделать вывод о том, что большинство родителей придерживаются нейтрального и положительного отношения к вакцинации детей от гриппа. 70% детей на участке прививаются ежегодно, однако из оставшихся 30% противопоказания к вакцинации имеют менее половины. Причинами отказа от вакцинации называют недоверие к составу и эффективности вакцин, а также убежденность в том, что детский иммунитет способен справиться с вирусом самостоятельно. Об опасности осложнений гриппа осведомлены 18,6% опрошенных, подавляющая часть знает о них лишь частично. В 2024 году 75,6% родителей готовы вакцинировать детей. Подводя итог, можно говорить о высокой степени приверженности и среднем уровне осведомленности родителей об аспектах вакцинации. Потребность в информировании о порядках, сроках и пользе иммунизации остаётся актуальной проблемой, поскольку среди населения до сих пор существуют сомнения в необходимости и безопасности вакцин.

Литература:

1. Рамазанова Т.А., Тимохова Е.С., Минаева Н.В. Правда и мифы о вакцинации от гриппа: работа с сомнениями пациентов / Актуальные вопросы педиатрии. – 2019. – С. 146-150.
2. Лусс Л.В., Костинов М.П. Основные принципы лечения и профилактики гриппа. Поствакцинальные реакции и осложнения: мифы и реальность / Аллергология. – 2008. – № 2. – С. 5-9.

3. Что нужно знать о прививках от гриппа / Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. – 2023-2024

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». ПАПА В ЖИЗНИ МЛАДЕНЦА В
СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ***

Герасимова А. Ю., Старостина И. А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доц. Кулакова Г.А., к.м.н., доц.

Соловьева Н.А.

Введение: Забота о детях— равное право и обязанность обоих родителей
[1]. Роль отца уже не сводится только к обеспечению материального достатка
[2]. Для новорожденного очень ценен контакт с папой, важны тактильные, обонятельные, звуковые и визуальные ощущения для налаживания непосредственных отношений с ребенком. Отец, который дарит ребенку свою любовь и время, не просто учит его что-то делать, но предлагает ему модель поведения и самовосприятия.

Цель: изучить участие отца в жизни младенцев.

Методы исследования: На базе ГАУЗ «Детская городская поликлиника №9» города Казань, а также в Google форме проведено анонимное анкетирование пап по разработанной анкете, содержащей вопросы участия их в уходе и воспитании малышей. Использовались методы интерпретационной статистики и программы Word, Excel.

Результаты: Проанализированы 68 анкет респондентов от 20 до 54 лет, имеющих детей в возрасте до 1 года. Высшее образование имели 81% исследуемых, значительно чаще папы 31-40 летнего возраста (94%). Преобладали папы без семейного опыта. Первый брак отмечен у 91,2%, второй - 7,3%, третий - 1,5%. У 52,9% пап не было опыта общения с ребенком первого года жизни, поскольку в семье был первенец. Чаще первенец (86 %) у пап в возрасте 20-30 лет. В семьях пап более старшего возраста был предыдущий

опыт воспитания детей первого года жизни, поскольку 47,1% имели двух и больше детей. У преобладающего большинства (98%) ребенок был желанным. Заботу и помощь будущей маме оказывали 92,6% мужей, а 16,2% пап присутствовали на партнерских родах. После рождения ребенка, помощь маме оказывали 92,6% отцов, чаще работающие в сфере ИТ (17,6%), экономики (14,7%), инженерии (16,1%). При этом проявляли заботу к детям с радостью 66,2% пап, по необходимости - 22% и от безысходности - 11,8%. Ежедневно помогали жене 67,6% мужей, периодически - 25%, изредка - 7,4%. Папы принимали участие при купании (91,4%), пеленании (60,3%), кормлении (77,9%), прогулках (94,1%), играх (95,6%). При необходимости 88,2% мужей оставались с ребёнком без чьей-либо помощи. Положительное отношение к вакцинации у 69,1% отцов отражает ответственную позицию за здоровье своего ребенка. Лишь у 57,4% респондентов была теплая эмоциональная связь с их отцом, и они были свидетелями добрых отношений своих родителей.

Заключение. Большинство современных мужчин, независимо от возраста, желают быть родителями. Преобладающее число отцов принимают участие в воспитании детей, несмотря на то, что все работают и материально обеспечивают свои семьи. Они, что очень важно, уделяют большое внимание общению с ребенком, способствуя этим возникновению психологической связи малыша не только с мамой, но и с папой, формированию правильного образа семьи в глазах детей.

Литература

1. Конституция Российской Федерации (п. 2 ст. 38) от 4 июля 2020 г. с изменениями на 4 октября 2022 года // Официальный интернет-портал правовой информации www.pravo.gov.ru, 06.10.2022, N 0001202210060013.
2. Алмазова О. В. Современное отцовство: теоретико-практический анализ участия отцов в воспитании детей младенческого и раннего возраста / О. В. Алмазова, А. В. Ильиных // Специальное образование. — 2015. — № 2 (38). — С. 5-16.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИКА ВРАЧА
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ
«ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ КРОНА У РЕБЕНКА 16 ЛЕТ С
ПЕРВИЧНЫМ ИММУНОДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЕМ».***

Валиева Р.И., Денер А.Х.

ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ» Минздрава России

Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии
Волгина С.Я.

Болезнь Крона — это хроническое системное трансмуральное воспалительное заболевание ЖКТ с образованием язв и рубцов на стенках кишок, абсцессов, внутренних и наружных свищей, возможным формированием кишечной непроходимости.

Цель исследования: на примере клинического случая представить диагностику болезни Крона у ребенка с первичным иммунодефицитным состоянием.

Задачи исследования: 1. Изучить диагностические особенности БК;
2. Оценить информативность исследований при постановке БК у пациента с первичным иммунодефицитным состоянием;

Материалы и методы:

- анализ отечественной и зарубежной литературы по теме исследования;
- изучение истории болезни представленного пациента.

Девочка, 16 лет.

Жалобы: боль в мезогастрии ноющего и спастического характера независимо от приема пищи, тошнота, афтозные язвы в ротовой полости, анемия, метаболические нарушения, боль в крупных суставах, лихорадка.

Анамнез жизни:

Ребенок от II беременности, II самостоятельных родов со стимуляцией на фоне слабой родовой деятельности. Беременность протекала на фоне гестоза, позднего токсикоза на III триместре беременности, фетоплацентарной недостаточности, многоводия. Мекониальные воды, аспирация.

По шкале Апгар 3/5 баллов. Масса тела при рождении 3740 г. Длина тела 51 см.

Психомоторное развитие: в 3 мес. - держит голову, в 8 мес. – сидит, ползает. в 10 мес. – ходит, говорит слова.

Естественное вскармливание до 2 лет.

Профилактические прививки: по календарю до 1 года.

Перенесенные заболевания: омфалит, частые ОРВИ, осложненные острыми бронхитами. Внебольничная двухсторонняя полисегментарная пневмония в 5 и 12 лет, рецидивирующие стоматиты с 2-х лет, фурункулез с 1 года жизни, правосторонний гнойный отит в 4 года и 13 лет, киста левого яичника.

Операции: в 3 года - аденотомия, в 8 лет – аппендэктомия, в 11 лет – лапароскопическая операция по поводу разрыва кисты левого яичника.

Анамнез заболевания: с рождения наблюдалась склонность к запорам, в 3 года появились боли ноющего характера в мезогастрии и тошнота после еды и по утрам. В 11 лет начали болеть крупные суставы.

В 11 лет было проведено прямое секвенирование по Сэнгеру:

В 3 экзоне гена VHL выявлена гетерозиготная замена одного нуклеотида с.598С >Т, приводящая к замене аминокислоты р.(Arg200Trp.) Выявленная замена классифицируется как патогенная.

В гене *C3AR1* в экзоне 2 обнаружена дупликация одного нуклеотида в гетерозиготном состоянии с.355dupG, приводящая к сдвигу рамки считывания и возникновению преждевременного стоп-кодона p. (Asp119Glyfs *52)

Назначенная терапия: препараты 5АсК (месалазин) – 1г 2раза в день. На назначенную терапию отвечает.

При анализе представленного нами клинического случая мы можем сделать следующий вывод:

- при основном диагнозе первичный иммунодефицит мы наблюдаем нетипичное течение БК, у пациентки, у которой наряду с кишечными проявления превалирует внекишечная симптоматика. У таких пациентов диагностика БК затруднена, анализ кала на кальпротектин, анализ крови на С-реактивный белок, зачастую не имеют информативности. Основную роль в диагностике следует отдать таким методам диагностики как ультразвуковое исследование тонкого кишечника и фиброколоноскопия.

***РОЛЬ ХОСПИСНОЙ ПРАКТИКИ В ПОДГОТОВКЕ БУДУЩИХ
ВРАЧЕЙ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА НАВЫКИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ
СОСТОЯНИЕ СТУДЕНТОВ***

Морозова Е.И., Шайхутдинова А.Н., Набиева Р.Р.

Научный руководитель – д.м.н., профессор кафедры
госпитальной педиатрии Волгина С.Я.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Ежегодно в паллиативной помощи нуждается более 56,8 млн человек, из которых 7% детей. Подготовка студентов старших курсов к работе с неизлечимо больными пациентами требует комплексного подхода, включающего медицинские и психологические аспекты. Умение управлять собственными эмоциями и оказывать поддержку палиативным пациентам требуют дополнительного внимания при подготовке будущих врачей.

Цель исследования: оценить влияние работы в хосписе на студентов старших курсов, и их готовность к оказанию паллиативной помощи пациентам и поддержке их семей.

Материалы и методы: анкетирование 103 студентов 5-6 курсов педиатрического факультета Казанского ГМУ, участвующих в организации паллиативной помощи в НМЧУ "Детский хоспис", с использованием опросника, включающего в себя вопросы о навыках, приобретенных во время хосписной практики, и их эмоциональном состоянии, анализ полученных данных с целью оценки влияния работы в хосписе на студентов.

Результаты и обсуждение: Анкетирование проводилось среди студентов, проходивших практику в НМЧУ «Детский хоспис», 46,2% анкетизируемых имели опыт работы с паллиативными пациентами еще до начала практических занятий.

Работа в хосписе оказала разное влияние на эмоциональное состояние студентов: 11,5% отметили крайне положительное воздействие, 30,8% — скорее положительное, 36,5% — нейтральное, 21,2% респондентов посчитали влияние скорее негативным. Эмоциональное истощение или стресс после работы в хосписе испытывали 51,9% студентов, а 48,1% не сталкивались с этими трудностями. Для управления стрессом 40,4% студентов обсуждали свои переживания с коллегами, 26,9% использовали медитацию или расслабляющие техники, а 15,4% прибегали к физической активности.

Работа с неизлечимо больными пациентами изменила восприятие жизни для 57,6% опрошенных, которые стали больше ценить жизнь. Около 15,4% студентов чаще задумывались о смерти, 7,7% испытывали тревогу, а у 19,2% восприятие жизни и смерти не изменилось.

86,6% студентов посчитали, что работа в хосписе способствует формированию их профессиональных навыков. В числе освоенных умений: понимание принципов медицинской этики и деонтологии (82,7%), коммуникация с пациентами (57,7%) и развитие эмпатии (61,5%).

48,1% респондентов отметили, что работа в хосписе значительно расширила их понимание роли врача, 28,8% стали чувствовать себя увереннее в профессиональной компетенции. Около 53,8% студентов отметили, что опыт работы в хосписе повлиял на их взгляды, на важность медицинской этики и деонтологии.

Только 17,3% студентов почувствовали себя полностью готовыми к работе с тяжелыми пациентами, тогда как 34,6% признали, что их готовность снизилась. Опыт работы в хосписе значительная часть студентов оценила как положительный, но 75% из них не планируют продолжать работать в этой области в будущем

Заключение. Производственная практика в хосписе способствует формированию ключевых профессиональных навыков у студентов-медиков, а также помогает изменить восприятие жизни и смерти. Однако многие студенты по-прежнему ощущают недостаточную готовность к оказанию психологической поддержки паллиативным пациентам и их семьям, что указывает на необходимость усиления этого аспекта в обучении.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЛЕРИША

Денер А.Х., Галкина В.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

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

Атеросклероз ежегодно уносит жизни 16 миллионов человек. Курение, неправильное питание, гиподинамия, артериальная гипертензия, сахарный диабет приводят к атеросклерозу, и, как следствие, к таким патологиям, как синдром Лериша, стенозы и окклюзии артерий.

Таким образом, проблема является серьезной и требует комплексного подхода и пристального внимания врачей.

Цель: изучить клинический случай, диагностику и тактику лечения.

Материалы и методы: анализ ИБ, курация больного в сосудистом отделении ГАУЗ РКБ МЗ РТ.

Результаты исследования: Мужчина, 65 лет. Жалобы на зябкость и перемежающую хромоту в левой н/кон. Обращался к хирургам по месту жительства, где были проведены следующие исследования:

1) ангиография-ДАГ. Стеноз правой почечной артерии до 80%, стеноз НПА справа до 50%, окклюзия ОПА слева.

2) ЦДС артерий ЛНК. Справа стенозы ОБА 45%, ПБА 45%, ПКА 40%. Слева НПДА окклюзия.

3) УЗДГ н/конечностей. Слева АД не определяется, справа 0,87.

4) ЦДС ЭКА. Стенозы справа ПДКА 45%, ВСА 40%, ПА 40%, слева ВСА окклюзия, ПА 50%.

5) Сцинтиграфия почек. Кровоток не нарушен.

26.09.23 г. госпитализирован в отделение сосудистой хирургии РКБ для оперативного лечения.

Общее состояние удовлетворительное. АД 160/80, ЧСС 74 уд/мин, ЧДД 18 в мин. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, чистые.

Локальный статус при поступлении:

ЛНК: бледная, прохладная, подкожные вены опустошены, пульсация магистральных артерий не определяется на всех уровнях. Мышцы голени мягкие, умеренно болезненные. Чувствительность и активные движения в стопе сохранены.

ПНК: физ. окраски, теплая. Подкожные вены заполнены. Пульсация магистральных артерий определяется на всех уровнях, кроме ЗББА. Мышцы голени мягкие, безболезненные. Чувствительность и активные движения в стопе сохранены.

Инструментальные методы исследования:

26.09.23 ЭКГ.

Рубцовые изменения нижней стенки ЛЖ не исключаются.

27.09.23 Ангиография артерий н/кон.

ЛНК-ОПА окклюзия с восстановлением кровотока в ОБА.

29.09.23 ЭХОКГ.

Уплотнение стенок аорты, кальциноз створок аортального клапана. Аортальная регургитация, митральная и трикуспидальная регургитации I степени.

02.10.23 УЗИ брюшной полости.

Незначительный выпот.

02.10.23 РКТ головного мозга.

Зона кистозно-глиозных изменений теменной доли левой гемисферы больших полушарий.

03.10.23 Дуплексное сканирование вен н/конечностей.

Проподимость исследованных вен сохранена.

03.10.23 ЭКГ.

Динамики нет.

03.10.23 УЗИ брюшной полости.

Без патологий.

04.10.23 ЭКГ.

Выросла амплитуда зубца T в 2-V6. Динамики нет.

По лабораторным данным имеются признаки анемии, атеросклероза, повышенного тромбообразования, СД 2 типа, печеночной дисфункции, распада мышечной ткани, нарушения электролитного баланса, метаболического ацидоза (повышение HbA1c, прямого билирубина, глюкозы кап., глюкозы крови, креатинкиназы, фибриногена, калия, незрелых гранулоцитов, NRBC, CRP; снижение pH, pO₂, ЛДГ, ЛПВП, ЛПНП, общего белка, HGB, RBC, HCT. В ОАМ повышены эритроциты, белок).

Проводимое лечение:

02.10.23: Аорто-глубокобедренное аллошунтирование слева. Тромбэктомия из ПКА справа.

АБ, инфузионная терапии, диуретики, β-адреноблокаторы, антиагреганты, БМКК, статины, гипогликемические препараты.

Динамика положительная.

Заключение: Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Назначено лечение, даны рекомендации: контроль АД, гликемии, ношение бандажа в течение 2-3 мес., диета.

Таким образом, данный клинический случай отображает важность своевременной диагностики, постановки диагноза, начала лечения.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА В АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА.

Гильмутдинова А.Р., Гараева З.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

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

Волгина С.Я.

Актуальность. Проблема своевременной диагностики злокачественных новообразований является крайне актуальной. Только 1% новых случаев онкогематологии диагностируется у детей и подростков младше 19 лет, хотя она является ведущей причиной смерти от болезни среди детей в возрасте от 1 до 14 лет.

Острый лимфобластный лейкоз чаще встречается в раннем детском возрасте (2-5 лет), манифестация данной патологии у детей весьма разнообразна и может скрываться под «масками» других заболеваний. Именно поэтому при осмотре ребенка, анализе лабораторных и инструментальных исследований участковому педиатру крайне важно обладать онкологической настороженностью и проводить дифференциальную диагностику.

Цель: повышение диагностических процедур у часто болеющих детей с целью превенции онкопатологии на амбулаторном этапе.

Задачи:

1. Сформировать опорные пункты, на которые должен обратить врач на приеме первичного амбулаторного звена с целью превенции онкопатологии у детей.
2. Осветить «маски» онкопатологии у частоболеющих ОРВИ детей на примере клинического случая.

Материалы и методы: анализ клинического случае на основе амбулаторной карты пациента Н. 2012 г.р. Ds: Острый лимфобластный лейкоз, L1, CNS-negativ.

Роды первые, естественные на сроке 40 недель. Околоплодные воды светлые. Родился живой доношенный мальчик с массой тела 3590 г, длиной тела 53 см, окружностью головы 36 см и окружностью груди 34 см. Оценка по шкале Апгар составила 6 баллов. Ребенок родился с асфиксией I степени. Проведена вакцинация БЦЖ-М 12.03.12.

При последующих плановых осмотрах диагностированы: аномалия формы желчного пузыря, паратрофия 1 степени, ППЦНС в форме пирамидной недостаточности, аллергический диатез и дисбактериоз кишечника .

В течение первого года жизни манифестируют железодефицитная анемия, нейтропения, наблюдались частые ОРВИ, острый тонзиллит, в показателях крови СОЭ стабильно держалось на высоких цифрах. В клиническом анализе крови от 30.07.2015 года (3 года жизни) обнаружено: гемоглобин 88 г/л, эритроциты $3,39 \times 10^{12}$ в 1 л, лейкоциты 7×10^9 в 1 л, тромбоциты 303×10^9 в 1 л; лимфоциты 65 %; моноциты 2.9%, СОЭ 50 мм/час.

05.08.2015 года госпитализирован в плановом порядке в отделение онкогематологии, где был поставлен диагноз: Ds: Острый лимфобластный лейкоз, L1, CNS-negativ.

Результаты и обсуждения: Многие признаки и симптомы детской онкогематологии не являются специфическими. Важно отметить характер, длительность, локализацию, тяжесть основной жалобы, а также провоцирующие события. Увеличенные лимфоузлы, которые не уменьшаются требуют проведения биопсии. Лихорадка, ночная потливость и потеря веса так же должны насторожить доктора. Любые изменения показателей крови должны привлечь внимание врача для исключения онкогематологических заболеваний.

Заболевания, в лечении которых отсутствует положительная динамика, требуют продолжения диагностического поиска с использованием инструментально-лабораторных методов, проведением консилиумов с участием узких специалистов.

Заключение. Часто рецидивирующие острые респираторные инфекции у детей, посещающих детские учреждения, не всегда являются вариантом нормы адаптации иммунной системы к новым условиям, часто болеющие дети требуют особого внимания на участке. При наличии любых изменений в показателях крови важно отслеживать динамику изменений, а также при подозрении на иммунопатологии и лояльности при этом родителей, своевременно направлять пациента на дополнительные анализы в виде иммунограммы и генетических тестирований.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ».
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ: ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ОРГАНИЗМА И
ПРОФИЛАКТИКА**

Гильмуллина А.З., Переточкина П. А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель-

к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии Рахмаева Р. Ф.

Введение. Табакокурение среди детей и подростков является одной из самых серьезных проблем общественного здравоохранения. Согласно статистике ВОЗ, почти 90% взрослых курильщиков начали курить, будучи подростками. Раннее начало курения негативно влияет на подрастающий организм, включая развитие заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем, кроме того, оно может негативно сказаться на физическом развитии, когнитивных способностях ребенка и вызвать зависимость.

Цель. Определить причины интереса и зависимости молодежи от табачных изделий, а также их влияние на здоровье.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели работа проводилась на базе детской городской поликлинике №10 г. Казани. Выполнено клиничко - инструментальное обследование 57 пациентов в возрасте 10-17 лет. Проанализированы данные анамнеза, сведения из амбулаторной карты ребенка.

Результаты исследования. В исследование включены дети и подростки, обратившиеся к участковому педиатру с целью лечения простудных заболеваний. Поводом для прицельного исследования анамнеза стали жалобы на длительный кашель. В ходе сбора анамнеза выяснено, что все дети пользуются электронными курительными устройствами или курят сигареты. Девочек было 16 (28,07%), мальчиков – 41 (71,93%). Средний возраст пациентов - 14 лет, средний стаж курения – 1,5 года, максимальный стаж - 3,5

года, максимально выкуривают за день 1 пачку сигарет. 80% пациентов используют электронные курительные устройства, 20% - сигареты. Отягощенный аллергологический анамнез был отмечен у 6 (10,53%) детей (поллиноз, аллергический ринит).

Пациенты обратились к участковому педиатру с целью лечения простудных заболеваний. При первичном обращении были жалобы на заложенность носа (38,6%), насморк (52,63%), боль в горле (87,72%), частый продуктивный кашель (31,58%), навязчивый сухой, приступообразный кашель (47,37%), фебрильная (15,79%) и субфебрильная (29,82%) лихорадка. При повторном обращении основная жалоба - нечастый продуктивный кашель (42,11%). Кашель продолжался в течение 7 ± 4 дней. Состояние пациентов – удовлетворительное, при физикальном обследовании – одышка (12,28%), преимущественно инспираторного характера, аускультативно у 53 (92,98%) пациентов – везикулярное дыхание над всей поверхностью легких, у 3 (5,26%) пациентов – жесткое дыхание в верхних отделах легких, у 1 (1,75%) пациента – жесткое дыхание и редкие сухие свистящие хрипы в нижних боковых и задних отделах легких. Кроме того, согласно анамнезу, пациентов в течение продолжительного времени беспокоит быстрая утомляемость, раздражительность в течение дня, плохой сон.

Выводы. Курение остается и по сей день серьезной проблемой для всего общества. Выявление курящих подростков и проведение с ними просветительской работы может помочь снизить распространенность этой привычки. Совместными усилиями родителей, образовательных учреждений, государства можно существенно снизить уровень курения и его негативные последствия для здоровья молодежи.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ.***

***ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА***

Гурьянова Г.Р., Гурьянов А.А., Мамедова Э.Э.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н. ассистент кафедры госпитальной педиатрии

Хабибрахманова З.Р.

Актуальность. Питание является одним из ключевых факторов, влияющих на здоровье детей школьного возраста. Правильное питание обеспечивает гармоничное физическое и умственное развитие, способствует укреплению иммунной системы. Неправильное питание может привести к различным проблемам со здоровьем, таким как ожирение, анемия и другие. В современном обществе проблема питания детей становится более актуальной в связи с изменением образа жизни, увеличением доступности фастфуда и снижением физической активности. Это приводит к росту числа детей с избыточным весом и ожирением, а также к увеличению распространённости хронических заболеваний. Оценка степени влияния питания на здоровье детей школьного возраста является важной задачей для разработки эффективных мер профилактики и коррекции нарушений питания. Результаты исследования могут быть использованы для разработки рекомендаций по питанию детей школьного возраста, а также для повышения осведомлённости родителей о важности правильного питания для здоровья детей.

Цель работы: оценить степень влияния режима питания на здоровье детей школьного возраста

Задачи: выявить взаимосвязь между режимом питания и ИМТ детей школьного возраста, характером жалоб со стороны органов ЖКТ.

Материал и методы исследования: анкетирование 100 детей школьного возраста, прикрепленных к детской поликлинике г. Казани, статистическая обработка.

Результаты. Мы оценили характер режима питания детей-школьников в зависимости от возраста: для детей младшего школьного возраста преимущественно характерен строгий режим - трехразовое питание/трехразовое питание с/без перекусов. Дети среднего школьного возраста делятся на две группы: к первой относятся дети с сохраненным трехразовым питанием, ко второй - дети, у которых отсутствует режим питания. У детей старшего школьного возраста отмечается тенденция к отсутствию режима питания, к интервальному голоданию, а также возрастает процент вегетарианства. Среди детей с полноценным трехразовым питанием преобладают дети с ИМТ в пределах от 18,5-25. Среди детей с «хаотичным» режимом питания преобладает число детей с недостаточной и избыточной массой тела. Режим питания влияет на функциональное состояние органов желудочно-кишечного тракта в детском возрасте. Дети, выбирающие трехразовое питание, а также дети питающиеся маленькими порциями отмечают меньшее количество жалоб на органы желудочно-кишечного трактов в сравнении с детьми без установленного режима питания и детьми, практикующими интервальное голодание.

Закключение. Таким образом, результаты исследования позволили предположить наличие взаимосвязи между режимом питания и уровнем физического развития детей школьного возраста. Обнаружена взаимосвязь между режимом питания, пищевыми привычками и состоянием органов ЖКТ. Среди детей, не соблюдающих режим питания, намного чаще отмечаются жалобы на боли в области живота, расстройства стула и отсутствие аппетита. Необходимо проведение образовательных программ для учащихся и родителей об основных принципах здорового питания.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ»**

АЛКОГОЛЬ ИЛИ МАТЕРИНСТВО?

Заббарова Р.Т., Новиков И.Д.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель –

к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии Хабибрахманова З.Р.

Актуальность. Воздействие алкоголя на потомство несет огромные медицинские и социальные последствия. Потребление алкоголя влияет не только на здоровье отдельного человека, но и на общенациональное здоровье, обуславливая моральные, физические и другие проблемы. Ничто не способствует такому быстрому разрушению общества, как алкогольная зависимость. Увеличение количества трагических случаев, рождение детей с пороками развития и низкий уровень выживаемости в периоде новорожденности - все это следствия злоупотребления алкоголем.

Цель исследования: выявление уровня информированности матерей пациентов, прикрепленных к детской поликлинике г. Казани о последствиях употребления алкоголя в период беременности.

Материалы и методы: в нашем исследовании приняли участие 30 женщин в возрасте от 16 до 30 лет, имеющих детей, прикрепленных к детской поликлинике г. Казани. Респондентам было предложено ответить на вопросы анкеты, созданной с помощью «Yandex Forms». Проведен анализ анкет и статистическая обработка результатов.

Результаты: 80% анкетированных употребляли алкоголь до беременности. Более 70% женщин перестали употреблять алкоголь, когда планировали беременность или уже забеременели. Более половины женщин, не прекративших выпивать во время беременности, употребляли алкоголь около 1 раза в месяц. Только половина анкетированных знают, что не существует безопасного алкогольного напитка. Однако, 60% женщин, прошедших опрос, уверены в существовании безопасной дозы алкоголя. Большинство

респондентов считают алкоголь опасным на всем протяжении беременности. Почти все анкетированные женщины осведомлены о том, что алкоголь влияет на умственное развитие ребенка, и только двое из трех опрошенных знают, что он поступает в молоко матери. Большинство респондентов получили информацию о влиянии алкоголя на здоровье ребенка от медицинских работников.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о недостаточной информированности женщин о негативном влиянии употребления алкоголя в период беременности и кормления грудью. В связи с этим необходимо проводить профилактические беседы с будущими матерями, начиная с подросткового периода о значении здорового образа жизни, о медицинских и социальных последствиях употребления алкоголя.

ЕСТЬ ЛИ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВЛИЯТЬ НА ОДИН ИЗ ВАЖНЫХ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СВМС?

Загидуллина А.А., Мухаметдинова Г.И.

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. Младенческая смертность – один из важнейших показателей состояния здоровья и уровня жизни страны. Синдром внезапной младенческой смерти (СВМС) входит в тройку основных причин смерти детей в 1 год жизни. На его долю в разных странах приходится до 30% в структуре младенческой смертности [1,2]. Выделяют модифицируемые и не модифицируемые факторы риска развития СВМС [3]. Среди модифицируемых факторов риска важное значение имеет организация сна ребенка. Обучение правилам организации безопасного пространства сна

ребенка, как одного из ведущих факторов риска, позволяет сократить смертность от СВМС [4].

Цель: провести анализ организации сна детей первых месяцев жизни.

Материал и методы. На базе ГАУЗ «ДГП № 9» г. Казань и ГАУЗ «Джалильская ЦРБ» детская поликлиника, а также в «Google-форме» проведено анонимное анкетирование родителей по разработанной анкете, содержащей вопросы по организации безопасного сна младенцев. Использовались методы интерпретационной статистики и программы Microsoft Excel.

Результаты. Проведен анализ организации сна детей первых месяцев жизни по результатам анкетирования 157 родителей в возрасте от 18 до 55 лет. Респонденты в 24% случаев считают оптимальной температуру в комнате выше рекомендуемой, а 11% из них допускают расположение кроватки у окна и 7% - рядом с источником тепла. Совместный сон ребенка в постели с мамой считают возможным 11% опрошенных. Выяснилось, что большинство мам не знает, как подготовить кроватку ко сну ребенка. По мнению 52% респондентов в кроватке должен быть мягкий матрас, 65% опрошенных допускают мягкие бортики, а 34% - наличие балдахина. Считают допустимым в кроватке мягких игрушек 35% респондентов и силиконовых игрушек - 26%. Кроме того, часть опрошенных не исключают, что для сна ребенка подходит автокресло (30%), детская коляска (51%), переносное устройство (18%), диван (15%), качели (23%), шезлонг (3%). Правильно организованный сон необходим для ребенка по мнению 98% женщин. Две трети мам считают, что предпочтителен сон на спине. Разрешают сон на животе каждому третьему ребенку, а в положении на боку - больше чем в половине случаев.

Обсуждение. Безопасный сон - один из важных модифицируемых факторов риска развития СВМС, которым легко управлять, обучив родителей правильной его организации. Полученные нами данные свидетельствуют, что далеко не все родители осведомлены о правилах организации безопасного сна ребенка. Большая часть респондентов не знают каким должно быть положение

ребенка во время сна и используют различные опасные для сна младенца устройства.

Выводы. Выявленные нарушения в организации сна младенцу свидетельствует об отсутствии знаний у многих родителей о значении безопасного сна для предотвращения СВМС. Возможность повлиять на один из важных модифицируемых факторов риска развития СВМС есть. С этой целью необходимо формировать у родителей ответственное отношение ко сну малютки. Организация безопасного сна ребенку позволит нивелировать важнейший модифицированный фактор риска развития СВМС.

Литература

1. Клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при синдроме внезапной смерти младенцев. 2015
2. Панчина А.М. Анализ младенческой смертности, вызванной синдромом внезапной смерти младенцев, в Российской Федерации //Медицина и организация здравоохранения- 2021- Т. 6- № 2- С. 4-13
3. Кравцова Л.А. Синдром внезапной смерти младенцев (SIDS) – что нового?// Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2021.- Т.66.- №2.- С. 13–20
4. Ponsonby A.L., Dwyer T., Gibbons L.E., Cochrane J.A., Wang Y.G. Factors potentiating the risk of sudden infant death syndrome associated with the prone position. N Engl J Med 1993; 329: 377–382.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ГНЕЗДНАЯ
АЛОПЕЦИЯ»***

Иванова Е.А.

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России

Научный Руководитель - к.м.н., ассистент кафедры поликлинической
педиатрии Ефременкова А. С.

Введение. Гнездная алопеция – хроническое заболевание, обусловленное аутоиммунным механизмом действия с генетической предрасположенностью, клиническим проявлением которого является стойкое или временное нерубцовое выпадение волос, поражение волосяных фолликулов и в некоторых случаях ногтевых пластин.

Цель исследования. Рассмотрение клинического случая гнездной алопеции на амбулаторном приеме.

Клинический случай: Пациентка А., 1 год 9 месяцев, с мамой обратилась на амбулаторный прием по месту жительства. Мама предъявляла жалобы на активное выпадение волос в затылочной, височной, теменной зонах, а также высыпания на задней поверхности колен. Семейный анамнез отягощен: со стороны бабушки по материнской линии - гнездная алопеция ограниченная на фоне беременности и родов.

Анамнез заболевания: в возрасте 3-х месяцев обращение к дерматологу с жалобами, со слов мамы, на высыпания в области волосистой части головы. При осмотре в затылочной области описывалась кольцевидная эритема с лихенификацией и десквамацией в центре, дистрофия ногтевых пластин в виде их помутнения и точечных вдавлений по типу наперстка на пальцах ног. Был назначен местно препарат “Адвантан” на 1 месяц. Положительная динамика: выпадение волос остановилось. В возрасте 1 год 5 месяцев, рецидивирование симптомов заболевания на фоне ОРВИ. Самостоятельное обращение к дерматологу-трихологу. При обращении к участковому педиатру в возрасте 1 год 9 месяцев выявлены очаги, которые занимают более 40% поверхности

волосистой части головы, сливные и трансформируются друг в друга, преимущественно локализуются в области теменной и лобной костей. При осмотре кожных покровов обнаружена кольцевидная эритема с лихенификацией в области правой подколенной ямки. При повторной консультации дерматолога был выставлен диагноз “Гнездная алопеция, субтотальная форма” и назначено дальнейшее диагностическое обследование. По данным серологического исследования выявлено повышение значения антинуклеарного фактора: 1:2560, что подтверждает аутоиммунный генез развития данного заболевания. Дальнейшее лечение данной пациентки проводилось преднизолоном в дозировке 7.2 мг в сутки перорально в течение 6 недель, мазь “Клобетазол” 0,05% наружно.

Через месяц проводимого лечения наблюдалась положительная динамика: остановилось распространение процесса, по данным трихоскопии появились пушковые волосы и симптом “желтых точек”.

Выводы. Гнездная алопеция является редким иммуноопосредованным дерматологическим заболеванием, встречающимся в практике участкового врача-педиатра. Тесное взаимодействие врачей-педиатров, врачей общей практики, дерматологов, аллергологов-иммунологов и других специалистов способствует своевременной диагностике основного заболевания и сопутствующих состояний, адекватному персонифицированному лечению. Прогнозирование лечения гнездной алопеции имеет неопределенный характер, и перед участковым врачом-педиатром стоит важная задача: информирование родителей о переменчивости данного заболевания, продолжительных сроках лечения и изменении характера заболевания, поскольку гнездная алопеция может приобретать рецидивирующий характер, а неотъемлемой частью лечения является высокая комплаентность.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ПОЗДНЯЯ
ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТА С МУКОВИСЦИДОЗОМ»***

Кулькова П.С., Мингалеева Н.Э.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии –
Курмаева Е. А.

Актуальность: Муковисцидоз (МВ) — кистозный фиброз аутосомно-рецессивное моногенное наследственное заболевание, характеризующееся поражением всех экзокринных желез, а также жизненно важных органов и систем [1]. Заболевание имеет прогрессирующий характер и затрагивает дыхательную, костную, половую системы, а также желудочно-кишечный тракт и вызывает электролитные нарушения.

Цель данной работы — продемонстрировать клинический случай поздней диагностики и осложненного течения МВ с развитием синдрома псевдо-Барттера.

Клинический случай. Девочка, 17 лет, предъявляла жалобы на периодически «жирный» стул с неприятным запахом.

Анамнез заболевания: начиная с антенатального периода и в первые месяцы жизни, у девочки наблюдались клинические признаки МВ: плохие прибавки в весе, выраженная стеаторея, пневмония с развитием бронхо-обструктивного синдрома, сопровождающаяся симптомами дыхательной недостаточности. При проведении неонатального скрининга иммунореактивный трипсин (ИРТ) на 4 день жизни - 99,8 нг/мл, на 24 день - 115 нг/мл. Выписана из роддома на VI день. Проведен анализ хлоридов пота на аппарате NanoDuct (102 мэкв/л). Ребенок был направлен к пульмонологу, однако с подозрением на энтеровирусную инфекцию госпитализирован в детскую инфекционную больницу. На фоне имеющейся у нее диареи, появился кашель, развился синдром псевдо-Барттера. МВ, легочно-кишечная форма установлен в возрасте 4 мес в инфекционном отделении стационара,

когда проявились серьезные осложнения в виде развития синдрома псевдо-Барттера. При генетическом обследовании выявлена мутация: F508del. В течение первого года жизни 4 раза госпитализировалась с диагнозом: пневмония с бронхообструктивным синдромом. В течение 2021-2023 годов состояние ребенка стабильное. Показатели физического развития: масса тела 14 кг, рост 101 см, что соответствует первому перцентилю. При объективном осмотре в соматическом статусе патологии не выявлено. НПР соответствует возрасту.

Анамнез жизни: родилась от I беременности, I срочных родов с массой тела 3130 г, ростом 52 см, на 8 баллов по шкале Апгар. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания, гестоза. При проведении неонатального скрининга ИРТ был положительный результат: на 4 день жизни - 99,8 нг/мл. Выписана из роддома на 6 день. Диагноз: муковисцидоз, легочно-кишечной форма был установлен у ребенка в возрасте 4 месяцев, когда уже проявились серьезные осложнения в виде синдрома псевдо-Барттера. Клинические признаки МВ наблюдались с первых месяцев жизни (недостаточные прибавки в массе тела, выраженная стеаторея, пневмония с бронхообструктивным синдромом. Диагноз подтвержден положительными результатами неонатального скрининга. Объективно: состояние средней степени тяжести за счет основного заболевания. Изменений со стороны внутренних органов нет.

Заключение: Приведенный клинический случай иллюстрирует сложности диагностики МВ с развитием синдрома псевдо-Барттера.

Список используемой литературы:

1. Министерство здравоохранения РФ [Электронный ресурс]: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooohranenie> (дата обращения - 07.10.2024)

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ»**

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ ПРИ
ПОСТУПЛЕНИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ УЧАСТОК**

Мингазова С.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель –

к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьева Н.А.,

к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А.

Актуальность. В последние годы отмечается стойкая тенденция к увеличению заболеваемости новорожденных [1] Утрата здоровья новорожденных детей представляют собой невосполнимую потерю репродуктивного потенциала и генофонда нации [2] Неблагоприятно протекающие беременность и роды оказывают часто более пагубное воздействие на нервную систему человека, чем эндо- и экзогенные факторы в постнатальном периоде. Кроме того, ранние повреждения нервной системы имеют более тяжелые последствия для развития ребенка, чем поздние. Частота таких повреждений достигает 80% [1].

Цель. Оценка состояния здоровья новорожденных детей, поступивших под наблюдение в одну из поликлиник г. Казани.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации (учетной формы №112) 100 новорожденных детей, использовались методы интерпретационной статистики.

Результаты. Все новорожденные дети поступили под наблюдение участковых педиатров на 4-5 день жизни. При изучении биологического анамнеза выявлены факторы риска в анте- и интранатальном периодах: токсикоз 1 и/или 2 половины беременности (70%), железодефицитная анемия (30%), артериальная гипертония (15%), хронические заболевания матери (20%), ожирение 1 степени (10%), слабость родовой деятельности (11%), оперативное родоразрешение (30%), крупный плод (11%), тугое обвитие

пуповиной (9%). У 74% новорожденных была диагностирована перинатальная патология центральной нервной системы в форме пирамидной недостаточности, диффузной мышечной гипотонии, малые аномалии сердца (открытое овальное окно, ложные хорды левого желудочка) - 10%, пупочная грыжа – 4%, стеноз носослезного канала – 5%. Масса тела при рождении является важным показателем состояния здоровья новорожденного. Выявлено, что доля детей, родившихся с нормальной массой тела составила 65%, маловесных - 18%, а доля крупных детей – 17%. Факторы риска антенатального периода: анемия, хроническая фетоплацентарная недостаточность выявлены у детей с задержкой внутриутробного развития. Дети с весом более 4 кг рождены от беременности, протекавшей на фоне эндокринной патологии (ожирение, эутиреоз) и токсикоза 1 или 2 половины беременности.

Обсуждение. В проведенном исследовании перинатальная патология центральной нервной системы в структуре заболеваний новорожденных детей стоит на первом месте. При изучении особенностей течения анте- и интранатального периодов выявлены факторы риска, которые способствовали формированию перинатальной патологии центральной нервной системы: оперативное родоразрешение (25%), дистресс плода (9%), крупный плод (8%), тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода (7%), раннее излитие околоплодных вод (8%), отягощенный акушерский анамнез в 10% случаев.

Выводы. Низкий уровень новорожденных детей без отклонений в состоянии здоровья свидетельствует о наличии серьезных проблем в системе здоровья материнства и детства, необходимости своевременного выявления факторов риска заболеваний и превентивной профилактики прогнозируемой патологии.

Литература

1. Романова Т. А., Подсвинова Е. В. Формирование здоровья детей периода новорождённого в современных условиях // Актуальные проблемы медицины,

2011. №16 (111). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-zdorovya-detey-perioda-novorozhdyonnoe-vsovremennyhusloviyah>

2. Н.Л. Рыбкина. Неонатальные проблемы воспроизводства населения в первом десятилетии XXI века (по материалам Республики Татарстан) / Практическая медицина, 2015 г.- С. 1-2

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ».***

***ЮВЕНИЛЬНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ В ПРАКТИКЕ
УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ***

Мингалеева Н.Э., Шамсутдинова Д.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

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

Хабибрахманова З.Р.

Актуальность: Среди системных заболеваний соединительной ткани у детей ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) занимает ведущее место. В России распространенность ЮРА среди детей до 14 лет составляет 49,57 на 100 тыс. детского населения, среди подростков в возрасте 15–17 лет — 121,53 на 100 тыс.

Цели и задачи: представление клинического случая пациента с ювенильным ревматоидным артритом с анализом проводимой терапии, оценкой особенностей ведения данных пациентов на педиатрическом участке.

Клинический случай. Ребенок 16 лет, в течение полутора лет беспокоили боли в проекции остистых отростков шейного и грудного отделов позвоночника. Состояние постепенно ухудшалось. В возрасте 15 лет ребенок был госпитализирован в отделение онкогематологии детской больницы г. Казани с диагнозом: «Новообразование Th1». Рекомендовано дообследование в Федеральном центре, где в ходе диагностики выявили очаг повышенного накопления радиофармацевтического препарата в области Th1 и левого

реберно-позвоночного сочленения Th1. С учетом недостаточного эффекта от ранее проводимой терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и бифосфонатами, а также в связи с низкой эффективностью и низким профилем безопасности цитостатической терапии показано назначение иммунобиологической терапии ингибитором ФНО-альфа этанерцептом в дозе 0,8 мг/кг, а также мовасин. НПВП остаются основными средствами первой линии для купирования острых проявлений болезни.

Анти-ФНО-альфа терапия представляет собой новый подход к лечению, при котором ингибируется ключевой провоспалительный цитокин. Течение ЮРА может быть изменчивым. В настоящее время исследуется эффективность новых терапевтических препаратов, направленных на нормализацию баланса цитокинов.

Заключение. Несмотря на прогресс в понимании и лечении ЮРА, остается актуальной необходимость дальнейших исследований для оптимизации терапевтических стратегий и улучшения прогнозов для пациентов. Внедрение новых методов лечения, таких как анти-ФНО-а терапия, открывает новые горизонты в управлении ЮРА, позволяя более эффективно контролировать воспалительные процессы и достигать стойкой ремиссии.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ». ДЕТСКАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА: ВЗГЛЯД РОДИТЕЛЕЙ

Миннеханова А.И., Сабирова Л.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии
Волгина С.Я.

Актуальность. В настоящее время вакцинация рассматривается как общепризнанный эффективный способ предупреждения ряда инфекций. В свою очередь, количество отказов от проведения профилактических прививок ежегодно увеличивается. Некоторые родители испытывают неуверенность и страх перед вакцинацией своих детей, также убеждены в «существовании рисков для здоровья, прививаемого» и псевдопредставления о способности прививок «ослаблять и губить иммунитет».

Цель: Оценить позицию родителей в вопросах вакцинопрофилактики: отношение и информированность.

Материалы и методы. Проведен опрос 70 родителей в «ГАУЗ городская детская поликлиника 7 г. Казань» с использованием электронной анкеты, состоящей из 20 вопросов, разделенных на 2 основных блока (осведомленность о целях и порядке проведения вакцинации, отношение к вакцинации); проанализирована научная литература в электронных базах данных Scopus, PubMed.

Результаты. Анализ результатов анкетирования респондентов свидетельствует в целом о позитивном отношении родителей к вакцинации, важность которой понимают 73% респондентов. Большинство прививают своих детей согласно Национальному календарю профилактических прививок (59%). Объективным источником информации о вакцинопрофилактике являются медицинские работники. Информации, поступающей из СМИ, доверяют 31% респондентов. Основными барьерами на пути формирования

приверженности вакцинации являются боязнь осложнений и поствакцинальных реакций (51%).

Активный интерес к теме иммунопрофилактики проявляли 88% родителей. Отметим, что ребенок полностью осматривался педиатром перед вакцинацией 80% респондентов, 10% из них указали на то, что они не получили никакой информации о вакцине, которой планировался прививаться их ребенок. После вакцинации 20% респондентов сообщили, что медицинская сестра не наблюдала за реакцией ребенка на вакцину.

Выводы. Большинство родителей осознают важность вакцинации для профилактики инфекционных заболеваний, однако существует значительная доля скептически настроенных родителей, которые не могут правильно трактовать информацию, получаемую из сомнительных интернет - источников, от знакомых, что может приводить к негативному отношению их к вакцинации. Основными причинами отказа от иммунопрофилактики являются опасения по поводу безопасности вакцин, развитию возможных побочных эффектов и недоверие к фармацевтическим компаниям. Информирование родителей о преимуществах вакцинации может значительно улучшить отношение к ней. Проведение семинаров, консультаций с врачами и распространение материалов о вакцинации будут способствовать повышению уровня доверия и уменьшению числа отказов.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ»**

**ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ СЕМЕЙНЫЙ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ
ХОЛЕСТАЗ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Мухамадиева А.И., Шайдуллина Р.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель –

к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Соловьева Н.А.,

к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Кулакова Г.А.

Актуальность. Прогрессирующий семейный внутрипеченочный холестаз (ПСВХ) – гетерогенная группа наследственных аутосомно-рецессивных заболеваний. Частота ПСВХ, по разным данным, варьирует от 1:50 000 до 1:100 000. Патогенные варианты в генах *ATP8B1*, *ABCB11*, *ABCB4*, активных гепатобилиарных транспортных белков в мембране каналикулярного гепатоцита, что приводит к прогрессирующему внутрипеченочному холестазу хромосоме 2q24, приходится около 50% подтвержденных случаев заболевания. ПСВХ II типа характеризуется агрессивным течением с исходом в цирроз печени и высоким риском развития гепатоклеточной карциномы [3], что требует дополнительного наблюдения и обследования.

Цель. Представить клинический случай прогрессирующего семейного внутрипечёночного холестаза 2-го типа

Материалы и методы. Изучение медицинской документации, обзор литературных данных

Результаты. Девочка, 8 лет, родилась от 2 беременности, протекавшей на фоне гиперкоагуляционного синдрома. Роды 1 срочные, оценка по Апгар 8-9 баллов. Вакцинация БЦЖ-М и против гепатита В в роддоме. Диагноз при выписке: период адаптации. Психомоторное и физическое развитие в дальнейшем по возрасту. Привита в соответствии с Национальным календарем

профилактических прививок. Наследственность: дядя (м) – синдром Жильбера, дед (м) – ЖКБ. Впервые жалобы на иктеричность кожи и склер, зуд отмечены в возрасте 3 лет 7 мес. на фоне приема энтерола по поводу диареи. При обследовании гепатиты А, В, С исключены. Ребенок направлен на стационарное обследование, по результатам которого с диагнозом «Синдром холестаза. ЖКБ, 1ст. Дисфункция билиарного тракта по панкреатическому типу. Синдром Дабина-Джонсона? Инфицирование ВЭБ», переведен в многопрофильный стационар. При обследовании выявлено: гипербилирубинемия, повышение уровня щелочной фосфаты, желчных кислот и нормальные уровни церулоплазмина, меди, альфа-1-антитрипсина. Ребенок выписан с диагнозом «Синдром холестаза. Токсический лекарственно - обусловленный гепатит, минимальной степени активности», рекомендовано соблюдение диеты, урсофальк, витамин Д, наблюдение гастроэнтеролога. В 7 лет 3 мес. на фоне приема антибиотиков (амоксиклав, панцеф) по поводу ОРЗ появилась иктеричность кожи, склер и зуд. В условиях стационара выявлено: гипербилирубинемия, повышение трансаминаз, щелочной фосфатазы при нормальном уровне гаммаглутамилтранспептидазы. Проведено генетическое исследование панель «Холестаза»: выявлены патогенные варианты в гене ABCB11 в компаунд гетерозиготном состоянии. В 7 лет 5 мес. консультирована генетиком и выставлен диагноз: Семейный внутрипеченочный холестаз, тип 2, тип наследования аутосомно-рецессивный.

Вывод: Представленный клинический случай демонстрирует возможность диагностики редкой наследственной патологии и подтверждает значимость проведенных исследований, которые позволили установить диагноз, дифференцировать данное заболевание от других, сопровождающихся синдромом холестаза, и своевременно назначить эффективную терапию.

Список литературы:

P
f
i
s
t

2. A Siddiqi I, Tadi P. Progressive Familial Intrahepatic Cholestasis. 2023. Jul 3. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan–.

Ревна М.О., Гайдук И.М., Мишкина Т.В., Баирова С.В., Сахно Л.В., Колтунцева И.В., Иванов Д.О. Синдром холестаза у детей раннего возраста. Вопросы практической педиатрии. 2021; 16(5): 116–124. DOI: 10.20953/1817-

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ДЕТСКОЙ
ПОЛИКЛИНИКИ».***

***ВАКЦИНАЦИЯ ОТ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ: ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ И
РОДИТЕЛЕЙ***

Набиева Р.Р., Морозова Е.И.

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 Ветряная оспа (ВО) – острое инфекционное заболевание.

ВО в течение последних 12 лет в России сохраняет стабильно 2–3 место в структуре инфекционной заболеваемости. С 2021 г. наметилась тенденция к росту заболеваемости [1]. ВО у детей протекает доброкачественно. Возможно развитие осложнений (пневмония, энцефалит, острая мозжечковая атаксия, миелит), врождённой и неонатальной ВО, обуславливающих инвалидность [2]. В настоящее время вакцинация против ВО проводится по эпидемическим показаниям и в рамках отдельных региональных календарей профилактических прививок [3]. Объемы вакцинированных детей от ВО остаются низкими, ежегодно прививают 1–2 % детского населения [1].

Цель исследования. Изучить отношение педиатров и родителей к вакцинации детей от ВО.

Материал и методы. На базе ГАУЗ «ДГП №10» г. Казань, а также в «Google-форме» проведено анонимное анкетирование педиатров (48), родителей детей младше 3 лет (1 группа – 32) и старше 3 лет (2 группа - 36). По разработанной анкете, содержащей вопросы по отношению анкетированных к вакцинации против ВО. Использовались методы интерпретационной статистики и программы Microsoft Excel.

Результаты. По данным опроса все врачи-педиатры положительно оценивают вакцину против ВО и рекомендуют ее включение в Национальный календарь профилактических прививок (НКПП). Вакцина хорошо переносится, высоко эффективна, а поствакцинальные осложнения минимальны, преимущественно местного характера. Среди детей в 1 группе не было вакцинированных и переболевших ВО. Больше половины родителей этой группы не планируют вакцинацию своих детей против ВО. При этом 14% сомневаются в ее эффективности, а 50% считают, что организм ребенка должен справиться с инфекцией самостоятельно. Важно, что 43% респондентов являются сторонниками вакцинации, но 36% родителей детей из 1 группы вынуждены отказаться от вакцинации из-за высокой стоимости вакцины, так как в настоящее время она не входит в НКПП. Во 2 группе - вакцинированных от ВО детей не было и переболели ВО 33% детей, при этом в 20% случаев болезнь протекала как среднетяжелая и тяжелая форма с выраженной интоксикацией, длительной лихорадкой, обильными высыпаниями. Считают обязательной вакцинацию против ВО и включение ее в НКПП 67% родителей этой группы.

Обсуждение. При расширении социальных контактов, в возрасте старше 3 лет, в связи с высокой контагиозностью ВО и возникновением в организованных коллективах очагов инфекции, наблюдается рост случаев ВО. Выявлено, что каждый 5 ребенок из заболевших нелегко перенес заболевание и число родителей – сторонников вакцинации значительно возросло. Угроза здоровью детей способствует приверженности родителей к вакцинации. Специфическая профилактика актуальна и социально значима, поскольку ВО

наносит значительный финансовый урон семьям и государству. Ущерб (тыс. руб.) от ВО в РФ в 2023 году составил 36746270,4[1].

Выводы. Мнение большинства родителей о необходимости вакцинации против ветряной оспы совпадает с рекомендациями педиатров. Внедрение данной вакцины в НКПП будет способствовать значительному снижению заболеваемости ветряной оспы.

Литература

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году

2. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным ветряной оспой 2015г.

3. Приказ МЗ РФ «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок» 06.12.2021 N 1122н

«СЕМЕЙНАЯ ФОРМА аГУС: ИСТОРИЯ ОДНОЙ СЕМЬИ»

Кондратьева А.А., Бикмухаметов Т.А., Шамсевалеева Г.Ф.

- ординаторы кафедры госпитальной педиатрии
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – д.м.н., проф. Макарова Т.П., к.м.н., доцент
Мельникова Ю.С.

Атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС) – хроническое системное заболевание генетической природы с прогрессирующим течением и неблагоприятным прогнозом, в основе которого лежит хроническая неконтролируемая активация комплемента, ведущая к генерализованному тромбообразованию в сосудах микроциркуляторного русла многих органов, но преимущественно почек. В структуре аГУС на долю семейного

(диагностируемого, по крайней мере, у двух членов семьи) приходится 10-20%.

Цель: демонстрация клинического случая семейной формы аГУС.

Материал и методы: ретроспективный анализ историй болезни семьи, в которой три сибса с аГУС.

Результаты: пациентка А. (старшая сестра) дебют заболевания в 4 г. с повышения температуры до 39.1 С, петехиальные высыпания на теле, рвота и стул с прожилками крови, темная моча. В анализах: микроангиопатическая гемолитическая анемия, тромбоцитопения, повышение азотистых шлаков, повышение ЛДГ до 2037 Ед/л, ADAMTS-13: 104%. Выставлен диагноз: Гемолитико - уремический синдром (ГУС) Stec ассоциированный. Лечение: ЭМОЛТ №2, инфузионная терапия с положительной динамикой. Пациентка В. (младшая сестра из двойни) дебют заболевания в 4г. 8 мес. с жалоб на повышение температуры до 39 °С, рвоту с примесью крови, носовое кровотечение, мелкоточечные геморрагические высыпания на коже туловища, нижних конечностей. В лабораторных данных: анемия, тромбоцитопения, повышение азотистых шлаков, повышение ЛДГ до 4083 Ед/л, ADAMTS 13 80%. УЗИ почек: утолщение паренхимы почек. Произведена передняя тампонада носа, трансфузии СЗП №2, АБТ, ЭМОЛТ№1. Выставлен диагноз ГУС. С учетом перенесенного эпизода ГУС у старшей сестры проведено генетическое исследование и выявлена мутация CD46(ENST00000367042.6):c.493C>T(p.Pro165Ser). В возрасте 5 лет диагностирован первый рецидив. Состояние тяжелое за счет гемолитической анемии, острого почечного повреждения, тромбоцитопении. Выставлен диагноз аГУС и назначена терапия экулизумабом. Пациентка Е. (сестра из двойни) дебют заболевания в 6 лет. Жалобы на повышение температуры до 40,2 °С, рвоту, вялость, слабость, мелкоточечные геморрагические высыпания на коже туловища, конечностях, макрогематурия. Лабораторные данные: тромбоциты 85 тыс, НВ 118 г/л, эритроциты 4,0x10¹²/л, креатинин 77 мкмоль/л, мочевины 3,4 ммоль/л, ЛДГ – 3418 Ед/л. Лечение: трансфузии СЗП

№2, АБТ, ЭМОЛТ№1. Выставлен диагноз: аГУС и инициирована комплементблокирующая терапия Экулизумабом.

Заключение: Представленное клиническое наблюдение демонстрирует развитие аГУСа у трех членов семьи, что позволяет предположить наследственный тип. Так как в основе аГУС имеют место генетические мутации факторов, контролирующих активацию комплемента по альтернативному каскаду, и их полиморфизм, для прогноза заболевания необходимо генетическое исследование. Учитывая, что у больных аГУС наблюдается постоянная неконтролируемая активация комплемента, риск развития внезапных осложнений сохраняется на протяжении всей жизни.

ОСОБЕННОСТИ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ МАЛЬАБСОРБЦИИ ГАЛАКТОЗЫ И ГЛЮКОЗЫ

Мингачева Н.Р. – ординатор кафедры госпитальной педиатрии
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители

- д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Камалова А. А.,
- заведующий педиатрическим отделением №3 ДРКБ Сагеева Г. И.

Актуальность. Врожденный синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции (ГГМ) – редкое заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, вызванное дефектом транспорта глюкозы и галактозы через апикальную мембрану энтероцита в кишечнике. Единственный углевод, который способен всасываться в тонкой кишке при данном заболевании — это фруктоза.

Цель. Анализ эффективности диетотерапии ребенка с врожденным синдромом ГГМ на примере клинического наблюдения.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории болезни, осмотр пациента, обзор литературных данных.

Результаты. Пациентка N., 8 мес, от 4 беременности, 2 срочных родов на сроке 39 недель путем кесарева сечения. Масса тела при рождении 4550 г,

длина – 54 см. Приложена к груди в первые сутки. Сразу после рождения отмечались иктеричность кожных покровов, гипертермия, частый жидкий стул, лабораторно: гипогликемия, метаболический ацидоз. На 5 сутки ребенок потерял 15,4% массы тела. В связи с предполагаемой гипогалактией у матери, ребенок был переведен на вскармливание адаптированной молочной смесью.

С массой тела 3710 г ребенок переводится в отделение патологии новорожденных, где проводится инфузионная терапия, на фоне которой наблюдается постоянная диарея. К возрасту 1 мес масса тела ребенка составляла 3814 г, пациент переводится на лечебную смесь на основе гидролизата белка, наблюдается жидкий стул со слизью.

В возрасте 1,5 мес ребенок поступил в стационар третьего уровня - отмечалась вялость, сниженный тургор тканей, вздутие живота, водянистый стул с примесью крови и слизи. Вес - 3750 г. Ребенок был переведен на аминокислотную смесь - отмечалась прибавка в весе до 4140 г и урежение частоты стула, но неполное купирование диареи.

Была проведена проба с лечебным питанием, не содержащим глюкозу и галактозу, которая оказалась положительной - купировался эксикоз, общая прибавка массы тела за срок наблюдения составила 544 г, уменьшился осмотический компонент стула и кратность диареи.

Для верификации диагноза было выполнено генетическое исследование на панель "Наследственные заболевания желудочно-кишечного тракта" – выявлена мутация гена SLC5A1.

В возрасте 8 мес ребенок поступил в клинику для контрольного обследования, через 5 месяцев от постановки диагноза и подбора подходящего питания. Масса тела 8100 г, длина – 66 см. Получает специализированную смесь на основе фруктозы, введены овощные (кабачок, брокколи) и мясные (кролик, индейка) прикормы.

Обсуждение. Единственным методом лечения детей раннего возраста с синдромом ГГМ является диетотерапия с использованием специализированных смесей с фруктозой в качестве углеводного компонента.

По мере роста и развития ребенка, важно помнить о необходимости введения прикормов: детям с ГГМ разрешены все виды овощей, фруктов, мяса, бобовых, мед, а также несладкие зерновые крупы.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует сложность ранней диагностики и лечения врожденного синдрома ГГМ. Правильно подобранная диетотерапия как для верификации диагноза, так и на протяжении жизни ребенка, позволяет устранить причинно-значимый фактор заболевания и улучшить состояние, а также прогноз для жизни ребенка.

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Абдуллина Д. И., ординатор кафедры госпитальной педиатрии
ФГБОУ ВО Казанского ГМУ Минздрава России

Научные руководители

- д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии Камалова А.А.,

-к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии Рахмаева Р. Ф.

Введение. Дети с онкологическими заболеваниями находятся в группе высокого риска по развитию нутритивных нарушений, что обусловлено влиянием на организм пациента как самого объемного образования, так и специфической противоопухолевой терапии. Нарастающий дефицит энергии, белка приводит к быстрому истощению пластических и энергетических ресурсов организма и развитию нутритивной недостаточности.

Цель исследования – диагностика нутритивных нарушений у детей с онкологическими заболеваниями.

Материалы и методы. В исследование вошли 17 детей с онкологической патологией (злокачественное новообразование костей и суставных хрящей, головного мозга, ствола головного мозга, соединительной и мягких тканей нижней конечности, лимфома Ходжкина) - 4 девочки, 13 мальчиков в возрасте от 4 до 18 лет. Проводилась оценка антропометрических показателей (масса,

рост, ИМТ, окружность средней трети плеча (ОП), толщина кожной складки над трицепсом (ТКСТ)), компонентного состава тела методом биоэлектрического импеданса (In Body, Корея) и фактического питания. Оценку фактического питания проводили с помощью анализа дневников питания за 3 дня, сравнивали с возрастными потребностями.

Результаты. По данным антропометрии выявлены: 4/17 чел. с белково-энергетической недостаточностью (БЭН) легкой степени (23,5%), 2/17 чел. с БЭН средней степени (11,7%), 1/17 с БЭН тяжелой степени (5,8%) и 2/17 чел. с избыточной массой тела (11,7%). По результатам исследования компонентного состава тела еще 7 человек с нормальным уровнем физического развития по данным антропометрии имели нарушения - дисбаланс жировой и тощей массы тела, изолированное увеличение содержания жира, снижение активной клеточной и скелетно-мышечной масс. По данным фактического питания у 100% выявлен гипокалорийный рацион разной степени выраженности, дефицит белка у 88,2%, жиров и углеводов – у 100% детей, что позволяет отнести всех пациентов с онкологическими заболеваниями к группе риска по развитию нутритивных нарушений в дальнейшем.

Заключение. Нарушения нутритивного статуса выявлены у большинства детей с онкологическими заболеваниями, при этом у 58,8% детей - на основании оценки антропометрических показателей, у 25,5% детей - по данным биоимпедансометрии, у 100% - по данным фактического питания. Эта группа детей нуждается в нутритивной коррекции. Полученные результаты показывают необходимость комплексной оценки нутритивного статуса у детей с онкологическими заболеваниями и его мониторинга на фоне проводимой терапии.

АНКЕТИРОВАНИЕ «ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ ОТКАЗОВ РОДИТЕЛЕЙ ОТ ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ»

Шарифуллина Г.С., Зиганшина З.М.

Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии
Волгина С.Я.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность исследования. Вакцинопрофилактика - наиболее доступное и экономически эффективное средство контроля за инфекционными заболеваниями во всех социальных группах населения развитых и развивающихся стран. Вакцинации отводится основная роль в профилактике многих инфекций. Согласие на прививку ребёнку даёт только его законный представитель, как правило, родитель. В условиях нарастающего потока различной и иногда противоречивой информации, роста недоверия к медицине, родителям трудно принять решение, что приводит к временному или категорическому отказу от прививок.

Цель исследования: Установить основные причины отказа родителей от профилактических прививок своим детям на базе ГАУЗ "Городская детская поликлиника № 7".

Задачи исследования: Изучить частоту отказов родителей от вакцинации детей. Выявить мнения и знания родителей о вакцинации и возможных последствиях при отказе от прививок. Определить наиболее популярные источники информации о прививках, доступные родителям.

Материалы и методы: В исследование включено 42 родителя из 56. Изучена информация профильных интернет-источников, на их основании разработана анкета. Проведено анкетирование и проанализировано 42 ответа. Изучено распределение ответов, проведен подсчет ответов родителей, не прививающих детей.

Результаты исследования: Выявлено, что 52,5% респондентов старше 35 лет. 26,2% это люди от 25 до 35 лет. 21,4% младше 25 лет. 74% респондентов не считают проведение прививок важным для здоровья ребенка. Основная

причина отказа у родителей, не прививающих детей- страх возможных осложнений на 1-ом месте(64%), негативное отношение к прививкам в целом на 2-м месте(33%), а также хронические заболевания, аллергические реакции у детей на 3-м- (19%).Основной источник информации о прививках- это интернет-ресурсы 55% и потом врач 35%.

Выводы: У родителей, не делающих прививки своим детям, главная причина отказа- страх возможных осложнений и негативное отношение к прививкам в целом, что свидетельствует о необходимости более тщательного подхода к разъяснению родителям сути и необходимости вакцинации. Основным источником информации у родителей являются непроверенные интернет-ресурсы. Врачей нужно информировать о том, чтобы они не рекомендовали родителям знакомиться с разными интернет ресурсами по вопросам вакцинации, так как не все они несут правильную информацию. Вакцинация - одно из самых лучших средств, чтобы защитить детей от инфекционных болезней, которые вызывали серьезные болезни прежде, чем прививки были доступны. Да, побочные действия есть у всех лекарств, но риск получить осложнение от прививки намного ничтожнее, чем риск от последствий инфекционной болезни у не привитых детей.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В САНИТАРНОЙ СЛУЖБЕ

ОЗНАКОМЛЕНИЕ С ЭТАПАМИ ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА ПРИМЕРЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Карзакова Е.К.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – зам. начальника отдела санитарной охраны территории Управления РПН по РТ Л.О. Борисова, к.м.н., доцент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины С.Т. Аглиуллина

После окончания 5 курса обучения для нас была организована производственная практика «Помощник специалиста Управления Роспотребнадзора и помощник врача ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии». Наиболее интересной темой, с которой я работала в рамках прохождения практики в отделе санитарной охраны Управления Роспотребнадзора, для меня стала тема ВИЧ-инфекции. Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в медицинских организациях необходимо для предотвращения передачи ВИЧ-инфекции гемоконтактным путем.

Цель: анализ случая проведения санитарно-эпидемиологического обследования стоматологической клиники Республики Татарстан.

Материалы и методы. Проанализированы следующие документы: распоряжение о проведении санитарно-эпидемиологического обследования (расследования), акт о проведении санитарно-эпидемиологического обследования (расследования), протокол об административном правонарушении, протокол о временном запрете деятельности (на юридическое лицо).

Результаты. В ходе изучения документации было обнаружено, что при обследовании стоматологической клиники специалистами Управления

Роспотребнадзора по Республике Татарстан (Татарстан) было выявлено 30 различных нарушений санитарного законодательства, в том числе следующие:

- незнание сотрудниками организации алгоритма действий при возникновении аварийных ситуаций (прокола перчатки, пореза руки);
- нарушение режимов дезинфекции и стерилизации (отсутствие тест-индикаторов, подтверждающих стерилизацию медицинских инструментов; допуск к использованию просроченных дезинфицирующих растворов, изделий медицинского назначения с истекшим сроком стерилизации; нарушение этапов предстерилизационной очистки медицинских инструментов; отсутствие контроля качества ПСО и стерилизации; перегрузка стерилизационной камеры; и другие);
- нарушения в обращении с медицинскими отходами и другие нарушения.

По результатам санитарно-эпидемиологического обследования был составлен протокол об административном правонарушении по статье 6.3 (ч.1) КоАП РФ – нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Был вынесен протокол о временном запрете деятельности клиники, ее печатывание. По подведомственности материалы дела были переданы в городской суд. На основании имеющихся материалов суд принял решение о назначении наказания в виде административного приостановления деятельности клиники сроком на 90 дней.

Заключение. Благодаря практике я ознакомилась с особенностями проведения обследования медицинской организации, какие существуют основания выхода на объект, на что нужно обращать внимание, как составлять акт, какие документы оформляются при выявлении нарушений санитарного законодательства, и что грозит организации в случае серьезных нарушений.

За время прохождения практики я углубила имеющиеся теоретические знания, узнала много нового, в том числе о специфике работы Управления РПН и ФБУЗ ЦГиЭ, их взаимодействии. Я уверена, эти знания и навыки пригодятся мне в моей будущей профессии.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В СТРУКТУРНЫХ
ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ УПРАВЛЕНИЯ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ПО РТ В
Г.КАЗАНЬ. ВПЕЧАТЛЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ.***

Шакурова А.Т.

Научный руководитель- Ассистент кафедры гигиены, медицины труда

Сибгатуллин И.Я.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: прохождение практики в структурных подразделениях Управления Роспотребнадзора очень важно, ведь студенты получают практический опыт работы в области контроля и надзора за соблюдением законодательства в сфере защиты прав потребителей и обеспечения безопасности продукции и услуг, а также навыки взаимодействия с организациями и гражданами. Также предоставляется уникальная возможность узнать основные аспекты работы государственного надзора, его структуру, функции и процедуры. Можно увидеть реальные проблемы и вызовы, с которыми сталкиваются специалисты структурных подразделений Роспотребнадзора, и научиться решать их. А это очень актуальный навык, ведь это поможет в дальнейшем быстрее адаптироваться, когда студент по окончании университета пойдет на работу. Нельзя не отметить, ещё один важный аспект, предоставляется уникальная возможность установить полезные профессиональные контакты и получить рекомендации для дальнейшей карьеры в сфере государственного управления и общественной безопасности.

Цель исследования: овладеть навыками работы врача-специалиста учреждения, осуществляющего деятельность в области государственного санитарно-эпидемиологического надзора, и специалиста органа, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; получить представление о деятельности управления Роспотребнадзора и ФБУЗ "Центра гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан (РТ)"; изучение методики организации и проведения плановой выездной проверки с отбором проб воды в Р. Казанка.

Задачи исследования:

- изучение нормативно-правовой документации по вопросам внепланового и планового государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- закрепление знаний о работе специалиста в Управлении Роспотребнадзора, процедуры привлечения к административной ответственности лиц и граждан за нарушение санитарных норм;
- закрепление знаний по заполнению документов по результатам санитарно-эпидемиологического надзора.

Материалы и методы исследования: изучение нормативно-правовой документации (санитарные правила и нормы СанПиН 1.2.3685-21 "Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания"; ФЗ №52-ФЗ) проведение плановой выездной проверки с отбором проб воды в р. Казанка.

Результаты и их обсуждения: Практика проводилась в структурных подразделениях Роспотребнадзора, мы присутствовали на внеплановых и плановых проверках детских садов, а также нам была предоставлена возможность самим отобрать воду на исследование холеры.

Заключение: Таким образом, прохождение практики в Роспотребнадзоре является обязательным этапом в профессиональном развитии студента или молодого специалиста, получившего ценный опыт и знания в области государственного контроля и надзора. студенты по-настоящему ощутили на

себе всю тяжесть и ответственность данной работы, но несмотря на это очень интересен и познавателен был каждый день практики. И дни проходили просто незаметно. Нам давали по-настоящему врачебную работу, и потом мы вместе со специалистом проверяли, он указывал и поправлял. И это очень запоминалось, и впредь мы не делали ошибок.

«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»

Мессеева А.И., Фаттахова А.М., Юсупова З.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры эпидемиологии и доказательной медицины Назарова О.А.

С 18 июня по 17 июля 2024 года состоялась наша производственная практика в г. Набережные Челны на базе: Набережночелнинский филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан (Татарстан)», Территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан (Татарстан) в городе Набережные Челны, Актанышском, Тукаевском, Мензелинском районах.

Цель нашей практики: закрепление и практическое применение знаний, полученных нами при изучении гигиенических дисциплин знакомство с организацией работы врачей-экспертов отделов санитарно-эпидемиологического надзора, организации надзора, мониторинга, регистрации и лицензирования Управления Роспотребнадзора, врачей

санитарного-эпидемиологического отделов, отдела экспертиз Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии».

Задачи: 1) закрепление теоретических знаний и практических умений в вопросах планового и внепланового государственного санитарно-эпидемиологического надзора; 2) освоение методов реализации мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия, по обеспечению санитарно-гигиенического мониторинга; 3) закрепление практических навыков по проведению лабораторных и инструментальных исследований, измерений.

С 3 июля по 17 июня наша практика проходила в Роспотребнадзоре.

С 18 июня по 2 июля наша практика проходила в Центре гигиены и эпидемиологии.

Основные освоенные навыки в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»: порядок проведения санитарно-гигиенического обследования обще-образовательной организации; отбор проб пищевых продуктов, оформление протокола отбора проб; профессиональное гигиеническое обучение работников пищевых объектов; измерение параметров микроклимата; отбор проб воздуха рабочей зоны для определения максимальной концентрации вредного вещества на рабочем месте; гигиеническая оценка шума, измерение вибрации, уровня шума; радиационное обследование земельного участка; заполнение карт эпидемиологического обследования очагов, оценка мероприятий, проведенных в эпидемическом очаге.

Выводы нашей практики:

1. Научились работать с нормативной, нормативно-технической, законодательной и правовой документацией в пределах профессиональной деятельности;
2. Освоили современные методы коррекции естественных природных, социальных и других условий жизни, необходимые для

осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

3. Овладели методами установления и предотвращения вредного воздействия факторов среды обитания на человека, причин возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний.

***ОСВОЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ И УМЕНИЙ ПРИ
ПРОХОЖДЕНИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ НА БАЗЕ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ОТДЕЛА РОСПОТРЕБНАДЗОРА РЕСПУБЛИКИ
ТАТАРСТАН И ФБУЗА "ЦЕНТР ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ" В
САБИНСКОМ, МАМАДЫШСКОМ И КУКМОРСКОМ РАЙОНАХ***

Фазылова А. И.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры гигиены, медицины труда
Краснощёкова В.Н.

Производственная практика на базе Роспотребнадзора и ФГУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в РТ" предоставляет уникальную возможность для студентов медико-профилактического факультета углубить теоретические знания, применяя их в реальных условиях, и способствует формированию профессиональных компетенций.

Цель работы: освоение практических навыков и умений, таких как проведение санитарно-эпидемиологических расследований, анализа санитарно-гигиенической ситуации, отбор проб продуктов и смывов с различных поверхностей, проведение лабораторных исследований с последующим анализом и оценкой результатов, ознакомление и работа с новыми цифровыми информационными системами, заполнение документации (актов, предписаний и т.д.) в период прохождения производственной практики.

Задачи:

1. Применение полученных в университете теоретических знаний о санитарных нормах, эпидемиологии и гигиене в реальных ситуациях, что способствует лучшему усвоению материала.

2. Развитие таких практических навыков, как: проведение санитарно-эпидемиологических расследований, сбор и анализ данных о состоянии здоровья населения, участие в лабораторных исследованиях и интерпретация результатов.

3. Формирование профессиональных компетенций: работа в команде, развитие навыков коммуникации и управления временем.

4. Понимание важности работы государственных органов в обеспечении общественного здоровья и безопасности.

5. Критическое мышление: анализ ситуации, выявление проблем и предложение решения, что развивает аналитические способности и готовит к будущей профессиональной деятельности.

Таким образом, в ходе прохождения практики большинство задач было достигнуто, немалую роль сыграли руководители практики. Можно сделать вывод, что производственная практика не только углубляет знания студентов, но и формирует необходимые навыки для успешной трудовой деятельности в области здравоохранения.

«МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Рувинская Э.О.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Белградский университет (Сербия)

Введение:

В последние годы наблюдается рост интереса к здоровью и физической подготовке элитных спортсменов. Актуальность предварительного скрининга связана с высокой вероятностью наличия скрытых сердечно-сосудистых заболеваний, которые могут представлять угрозу для атлетов.

Целью данного исследования является выявление сердечно-сосудистых заболеваний у элитных спортсменов посредством предварительного скрининга.

Материалы и методы:

В исследовании участвовали атлеты различных видов спорта, прошедшие предварительный скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний. Методами исследования стали сбор анамнеза, проведение физического осмотра, антропометрии, ЭКГ (электрокардиографии), спирометрии, эргоспирометрии, двигательного тестирования.

Исследование проводилось на базе кафедры спортивной медицины института медицинской физиологии Белградского университета в рамках научной международной стажировки IFMSA

Результаты и их обсуждение:

Результаты показали наличие предрасположенности к различным сердечно-сосудистым заболеваниям у 19% обследуемых спортсменов. Обсуждение результатов выявило необходимость внедрения систематического предварительного скрининга, что позволит минимизировать риски и повысить безопасность при занятиях спортом.

Заключение:

Предварительный скрининг является важным инструментом для выявления сердечно-сосудистых заболеваний у элитных спортсменов. Рекомендуется провести дальнейшие исследования для определения оптимальных методов скрининга и внедрения их в практику.

Список литературы:

- 1) De Vos L; De Sutter J. A comparison of the European Society of Cardiology; the Seattle and the Refined Criteria for interpreting the athlete's ECG in a pre-participation screening programme. Acta Cardiol. 2016;71(6):631-637
- 2) Chatard JC; Mujika I; Goiriena JJ; Carré F. Screening young athletes for prevention of sudden cardiac death: Practical recommendations for sports physicians. Scand J Med Sci Sports. 2016 Apr;26(4):362-74

**«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА ФАКУЛЬТЕТЕ
МЕДИЦИНСКОЙ БИОФИЗИКИ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ»
«АНОМАЛИИ ИННЕРВАЦИИ МЫШЦ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ».**

Бобылева А.В.

Казанский Федеральный Университет ИФМиБ

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры физиологии человека и животных, консультант «НДЦ КГМУ» Еремеев А.М.

В современной медицине недостаточно внимания уделено аномалиям иннервации нижних конечностей. Вместе с тем, игнорирование данных об аномальных вариантах иннервации мышц стопы может привести к ошибочной интерпретации результатов электронейромиографического (ЭНМГ) обследования и выявлению несуществующей патологии. Так, одним из видов таких аномалий являются случаи регистрации М-ответов в m. Extensor digitorum brevis при стимуляции n.Tibialis и их отсутствие при стимуляции n.Peroneus. Такая аномалия иннервации стопы обозначается как

«большеберцовая стопа». Целью нашей работы было выявление аномальной иннервации мышц стопы.

Было проведено нерандомизированное контролируемое клиническое исследование, в период с 1 декабря 2021 года по 16 сентября 2024 года методом стимуляционной ЭНМГ было обследовано 220 пациентов с предварительным диагнозом нейропатии большеберцового или малоберцового нервов. Обследование пациентов проводили по стандартной методике с помощью электромиографа «Нейро-МВП-4» фирмы «Нейрософт». Определяли максимальную амплитуду М-ответов, возникающих в m. Extensor digitorum brevis и m. Abductor hallucis при стимуляции n.Peroneus и n.Tibialis.

У 28 пациентов была выявлена аномальная иннервация мышц стопы. У 5 пациентов была выявлена аномалия иннервации m. Abductor hallucis. У 23 пациентов при стимуляции n.Peroneus в области предплюсны и головки малоберцовой кости М-ответы в m. Extensor digitorum brevis полностью отсутствовали или имели очень низкую амплитуду. Однако, при стимуляции n.Peroneus в области головки малоберцовой кости М-ответы нормальной или слегка уменьшенной амплитуды регистрировались в m.Tibialis anterior.

Можно сделать вывод о значительном повреждении малоберцового нерва в области нижней трети голени и голеностопного сустава. Но m. Extensor digitorum brevis внешне выглядела нормально и признаков ее атрофии не наблюдалось. Мы предположили наличие аномальной иннервации m. Extensor digitorum brevis. И, действительно, при стимуляции n.Tibialis в области медиальной лодыжки и подколенной ямки в m. Extensor digitorum brevis регистрировались М-ответы нормальной амплитуды.

Таким образом наличие аномальной иннервации подтвердилось. Считается, что встречаются только единичные случаи аномалий иннервации мышц стопы такого вида, мы же обнаружили их у 10% обследованных пациентов, что, по нашему мнению, больше чем единичные случаи. Информированность врачей о межневральных анастомозах нижних конечностей снизит частоту ошибок в выявлении патологии нервов, что

позволит улучшить тактику лечения пациентов с повреждением нервов нижних конечностей.

«РОЛЬ НАСТАВНИКА В ПЕРИОД ПРАКТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ».

Бобылева А.В.

Казанский Федеральный Университет ИФМиБ

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры физиологии человека и животных, консультант «НДЦ КГМУ» Еремеев А.М.

В настоящее время, в мире современных технологий обучение всё больше переходит в формат дистанционного обучения, самообразования. Тем самым, опыт который приобретается путем виртуального обучения, не всегда соответствует практическим задачам, необходимым для дальнейшего овладения навыками. Наставник, важное звено обучения, он ведет в нужном направлении, показывает и объясняет нюансы, которые не описывают в учебных материалах. Наставник особенно важен при работе с диагностической аппаратурой и диагностикой в целом.

Было проведено нерандомизированное контролируемое исследование среди студентов различных медицинских университетов и институтов. В исследовании принимали учащиеся таких учебных заведений, как: Казанский Федеральный Университет (Институт Фундаментальной Медицины и Биологии); Севастопольский Государственный Университет (Институт Фундаментальной Медицины и Здоровьесбережения); Крымский Федеральный Университет (Медицинская Академия имени С.И. Георгиевского); Пензенский Государственный Университет (Медицинский Институт). В ходе исследования было проведено анонимное анкетирование обучающихся, всего анкетирование прошло 302 студента.

«Анкетирование о роли наставника в период практики».

1. Имелся ли у вас наставник во время обучения?

Да (90%)

Нет (10%)

2. Если да, то в какой форме было ваше наставничество?

Индивидуальные встречи (78%)

Групповые занятия (15,5%)

Онлайн-платформа (6,5%)

3. Как часто вы встречались со своим наставником?

Еженедельно (83%)

Раз в две недели (11%)

Раз в месяц (4,7%)

Реже (1,3%)

4. Считаете ли вы, что наставничество повлияло на ваше обучение?

Да, значительно (93%)

Да, незначительно (6%)

Нет (1%)

5. В каких аспектах наставничество было наиболее полезным?

Мотивация и поддержка (7,5 %)

Развитие навыков и знаний (85,3%)

Профессиональное ориентирование (7,2%)

6. Как бы вы оценили качество предоставленной вам наставнической помощи?

Отлично (97%)

Хорошо (2%)

Удовлетворительно (1%)

Плохо (0%)

7. Хотели бы вы иметь наставника в будущем?

Да (98%)

Нет (2%)

8. Рекомендуете ли вы наставничество другим обучающимся?

Да (98%)

Нет (2%)

По полученным результатам анкетирования можно сделать выводы, что большинству студентов наставник в период практики был необходим (98%

обучающихся). Наставник внес значительное влияние на обучение (93% обучающихся), и многие хотели бы и дальше обучаться с наставником (98% обучающихся).

Таким образом, наличие наставника значительно повышает уровень обучения в период практики. Конечно, можно обойтись и без наставника, однако тогда выявить нюансы в практической работе, с большей вероятностью, окажется невозможно в период практики. Наставник указывает на ошибки, показывает то, чему не научат учебники, а также помогает усовершенствовать уже имеющиеся навыки.

***ВЫПОЛНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ НА
АВТОМАТИЧЕСКОМ АНАЛИЗАТОРЕ SAPPHIRE400 ВО ВРЕМЯ ПР
ОХОЖДЕНИЯ ПЕРВОЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ***

Булдакова Е.А.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – старший преподаватель кафедры химии, Серкина
Е.А.

Актуальность исследования. Производственная практика проходила на базе КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр». В перинатальных центрах биохимический анализ крови является одним из ключевых анализов. Это важный элемент скрининга при беременности. Результаты исследования позволяют оценить состояние женского организма, спрогнозировать течение беременности и родов.

Цель исследования: освоить методику выполнения биохимического анализа крови на автоматическом анализаторе SAPPHIRE400.

Задачи исследования:

1. Выяснить преимущество использования автоматических анализаторов.
2. Изучить методику выполнения биохимического анализа крови на

анализаторе SAPPHIRE400, отметить преимущества анализатора.

3. Сделать вывод о полученных знаниях в ходе прохождения производственной практики.

Материалы исследования: биологический материал (кровь), центрифуга Hettich zentrifugen EVA, дозатор на 400 мкл, кюветы, штатив для кювет, компьютер, автоматический анализатор SAPPHIRE400, набор реагентов «Вектор БЕСТ», руководство оператора к SAPPHIRE-400 версия 1.80.

Методы исследования: изучение и анализ специальной методической и справочной литературы, практическая работа.

Результаты и выводы исследования:

Использование анализаторов отличается от стандартных ручных методов высокой надёжностью, большей точностью, экономичностью и эффективностью, что обеспечивает возможность быстрой постановки правильного диагноза. Автоматические выполняют большой спектр операций: отбор материалов и реагентов, их смешивание и нагрев, анализ, обработку и печать полученной информации, автоматическое промывание прибора.

Автоматический биохимический анализатор SAPPHIRE400 (версия 1.80) способен работать с полной нагрузкой 24 часа в сутки, делать 240 анализов в час независимо от типа методик. Анализатор имеет встроенную программу контроля качества, оснащен многоразовыми реакционными кюветами, работает с любыми реактивами, имеет автоматический контроль остатков реагентов, что значительно снижает эксплуатационные расходы. Полная автоматизация процесса гарантирует высокую точность результатов. При исследовании крови на биохимию возможно 25 тестов. К каждому тесту имеется паспорт устройства, определённый набор реагентов и инструкция по применению.

Для биохимического анализа крови используются пробирки с красной или жёлтой крышкой. Каждая пробирка перед тестом должна быть зарегистрирована в базе данных под соответствующим штрих-кодом и

загружена в программу. Перед выполнением анализа необходимо центрифугировать каждую пробирку. После выполнения теста все результаты будут автоматически направлены на рабочий компьютер для оценки результатов.

Заключение

В ходе прохождения производственной практики в качестве лаборанта удалось освоить методику выполнения биохимического анализа крови на анализаторе SAPHIRE400, являющегося одним из основных диагностических анализов.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ХИРУРГИЯ. ТРАНСКАТЕТЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ.

Галяутдинова А.Э.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.ф.- м.н., доцент кафедры медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой

Гиматдинов Р.С.

Актуальность. Открытый артериальный проток (ОАП) – одно из наиболее распространенных врожденных пороков развития. Первая успешная хирургическая перевязка ОАП была выполнена Р. Гроссом в 1938 году. В наши же дни наблюдается рост популярности метода транскатетерного лечения ОАП с использованием спиралей и окклюдеров.

Цель работы - изучить основные принципы транскатетерного закрытия ОАП и провести анализ практического применения данной методики на примере клинических случаев.

Материалы. Клинические случаи были получены во время летней производственной биофизической практики в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения на базе ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ».

Первый клинический случай: пациент М., 4 года. Диагноз: ОАП. Цель операции – ТЛЭ (транслюминальная эмболизация) ОАП с помощью спирали Flipper.

Второй клинический случай: пациентка Н., 5 лет. Диагноз ОАП. Цель операции – ТЛЭ ОАП с помощью спирали Flipper.

Третий клинический случай: пациент С., 9 лет. Диагноз: ОАП. Цель операции – ТЛЭ ОАП с помощью спирали Flipper.

Четвертый клинический случай: пациентка А., 3 года. Диагноз: ОАП. Цель операции – ТЛЭ ОАП с помощью спирали окклюдера «Amplatzer Duct Occluder».

Результаты. Решение о стратегии закрытия ОАП определяется: 1) диаметром легочного отверстия протока; 2) диаметром аортальной ампулы; 3) длиной протока; 4) типом протока; 5) возрастом и массой пациента.

Наиболее подходящими для закрытия ОАП диаметром до 2,5 мм являются спирали Gianturco и Flipper.

Транскатетерную окклюзию ОАП с помощью отделяющихся спиралей Flipper производят в рентгеноперационной. Наркоз вводят внутривенно. Выполняют катетеризацию бедренной артерии по методике Сельдингера. Устанавливают интродьюсер, который проводят в нисходящую часть аорты. Выполняют ангиографию. На основе полученных данных проводят расчет параметров протока. В легочную артерию (ЛА) через ОАП проводят катетер, по которому проводят спираль Flipper. После того как большая часть спирали выйдет из катетера, последний продвигают к аортальной ампуле и формируют витки, после чего спираль полностью освобождают из катетера. Выполняют контрольную ангиографию спустя 5 минут. В отсутствие сброса контрастного вещества операцию завершают. Интродьюсер удаляют, накладывают давящую антисептическую повязку.

Для окклюзии протоков диаметром, приближающимся к 3,0-4,0 мм и более, предпочтительно применение окклюдеров: Amplatzer Duct Occluder I, Amplatzer Duct Occluder II и Amplatzer Duct Occluder II additional sizes.

Под общим наркозом пунктируют правую общую бедренную артерию и общую бедренную вену по методике Сельдингера. Диагностический катетер проводят в грудной отдел аорты. Выполняют ангиографию. Далее через правую бедренную вену катетер проводят в ЛА и далее через ОАП в нисходящую часть аорты. Выполняют имплантацию окклюдера и производят контрольную ангиографию.

Заключение. На сегодняшний день методика транскатетерного лечения ОАП является действительно эффективным методом лечения со стойким клиническим результатом и минимальным количеством осложнений.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОМ
ФАКУЛЬТЕТЕ. «АДАПТАЦИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ К
УСЛОВИЯМ МОДЕЛИРОВАНИЯ ГИПОГРАВИТАЦИИ»***

Максимов Денис Максимович

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – доц. кафедры медицинской биологии и генетики

Тяпкина О.В.

В настоящей работе с помощью плетизмографического метода оценивали дыхательную функцию у самок мышей после 30 суточного антиортостатического вывешивания (АОВ), чтобы выяснить механизмы адаптации респираторной системы к воздействию моделирования факторов космического полета (перераспределение крови в теле, невесомость, нарушение функционирования поперечнополосатых мышц).

Эксперименты проводили на половозрелых самках мышей линии c57bl/6 (23,6±0,6г), разделенных на две группы: Контроль (n=5) и АОВ 30 суток (n=5). Все процедуры с животными одобрены Комиссией по Биоэтике ФИЦ КазНЦ

РАН (протокол № 12-3 от 28.02.2023 г.). С помощью плетизмографического метода регистрировали и анализировали такие дыхательные параметры как: время вдоха (с); время выдоха (с); пиковая скорость вдоха (мл/с); пиковая скорость выдоха (мл/с); дыхательный коэффициент; частота дыхательных движений (раз/мин); дыхательный объем (мл); минутный объем дыхания (мл); скорость выдоха в середине выдоха (мл/с), соответствующий 50% выдыхаемого объема; конец паузы вдоха (с); конец паузы выдоха (с); время расслабления, показатель, использующийся для количественной оценки степени сужения бронхов. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Origin 2019b, с использованием U-критерия Манна-Уитни и непараметрического дисперсионного анализа Краскела-Уоллиса (при $p \leq 0,05$).

В ходе экспериментов были получены средние значения параметров, характеризующих дыхательную функцию для мышей контрольной группы и после АОВ. Так, время вдоха в контроле составило $0,098 \pm 0,003$ с, после АОВ - $0,101 \pm 0,001$ с; время выдоха соответственно $0,23 \pm 0,01$ и $0,22 \pm 0,01$ с; пиковая скорость вдоха - $1,83 \pm 0,26$ и $1,13 \pm 0,03$ мл/с; пиковая скорость выдоха - $1,73 \pm 0,07$ и $1,58 \pm 0,02$ (мл/с); дыхательный коэффициент - $0,30 \pm 0,01$ и $0,32 \pm 0,01$; частота дыхательных движений - 166 ± 3 и 192 ± 2 раз/мин; дыхательный объем - $0,09 \pm 0,01$ и $0,07 \pm 0,01$ мл; минутный объем дыхания - $12,7 \pm 0,8$ и $18,6 \pm 0,5$ мл; скорость выдоха в середине выдоха $1,050 \pm 0,05$ и $0,89 \pm 0,01$ мл/с; конец паузы вдоха - $0,016 \pm 0,001$ и $0,014 \pm 0,0004$ с; конец паузы выдоха - $0,0047 \pm 0,0002$ и $0,0040 \pm 0,0003$ с; показатель использующийся для количественной оценки степени сужения бронхов - $2,5 \pm 0,1$ и $2,1 \pm 0,05$; время расслабления - $0,089 \pm 0,004$ и $0,098 \pm 0,002$, соответственно. Статистически достоверными были выявлены снижение таких параметров как время выдоха (до 95%); пиковая скорость вдоха (до 61%); пиковая скорость выдоха (до 91%); дыхательный объем (до 80%); скорость выдоха в середине выдоха, соответствующая 50% выдыхаемого объема (до 84%); показатель, использующийся для количественной оценки степени сужения бронхов (до

83%). При этом наблюдалось достоверное увеличение таких параметров как частота дыхательных движений (до 115%) и минутный объем дыхания (до 146%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют об изменениях дыхательной функции у самок мышей после антиортостатического вывешивания.

УЧЕБНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА. ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА ПО ТЕМЕ: «ЦИРКАДИАННАЯ БИОФИЗИКА И ХРОНОМЕДИЦИНА. МЕДИЦИНСКИЕ ДЕСИНХРОНОЗЫ»

Мамчур С. А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – и.о. зав. кафедрой медицинской биологии и генетики Пахалина И.А.

Внутри каждого живого организма есть собственные биологические часы, которые подчиняются множеству разных, но взаимосвязанных биоритмов. Биологический ритм – это универсальный механизм приспособления и адаптации к постоянно меняющимся условиям внешней среды. Издавна люди интуитивно ощущали вечное влияние небесных светил на собственную жизнь. Тогда древние ученые заметили, что некоторые события происходят при определённом положении Солнца или Луны. Так начала зарождаться наука – хронобиология.

Цель работы: Изучить понятия биоритмы и десинхронозы, узнать, что такое хрономедицина.

Задачи:

- 1) Ознакомиться с историей возникновения науки – хронобиологии;
- 2) Узнать, как устроена временная организация биологической системы;
- 3) Рассмотреть основные характеристики и классификации биоритмов;

4) Понять, как применяются знания о биоритмах в медицине.

Как любая материя имеет пространственно-временную организацию, так и живые организмы наделены ею. В процессе эволюции совершенствовались не только живые системы, но и усложнялась их временная организация. Это развитие подчинялось законам ритма. Биоритмы имеют адаптационное значение, поэтому временная организация живых систем в различных экологических условиях имеет свои особенности. Главным принципом организации всех живых систем является согласованность во времени, которая, в свою очередь, представляет собой важнейший признак онтогенеза. Таким образом, характеристиками временной организации выступают механизмы регуляции, связи с внешней средой, а также взаимодействия между ритмами. Она подразделяется на: 1) регуляцию временной организации; 2) восприятие сигналов регуляции; 3) включение эффекторных функций временной организации; 4) связывание временной организации биосистемы внешней средой и другими биосистемами. Данная структура выполняется для каждой биосистемы.

Биоритмы – это по своей природе колебания, которые характеризуются данными физическими величинами: период, амплитуда, фаза. Но в отличие от обычных колебаний, они обладают самоподдержанием и воспроизведением в любых условиях, при этом для происхождения одного цикла всегда требуется одинаковое время. Также биоритмы можно описать через мезор – величину, соответствующую среднему значению полезного сигнала, поэтому можно сказать, что амплитуда – это наибольшее отклонение сигнала от мезора. Момент наибольшего подъема называют акрофазой, момент наибольшего спада – батифазой. Существуют различные классификации ритмов, согласно систематике, предложенной советскими учеными-медиками Н.И. Моисеевой и В.Н. Сысуевым, в зависимости от периода их разделяют на: высокочастотные, среднечастотные и низкочастотные (мезоритмы, макроритмы и мегаритмы) ритмы.

Знания о биоритмах находят широкое применение в медицине. Так например, основные направления хроногигиены представляют собой разработку нормативов условий труда, быта, учебы, отдыха, питания, медицинской помощи с учетом хроноструктуры организма и окружающей среды; Одним из передовых аспектов отбора кандидатов в космонавты принято считать функциональную хронодиагностику; Хронофармакология нашла обширное применение в оптимизации положительного действия и сокращения нежелательных эффектов лекарственных средств с опорой на биологическую временную структуру организма; Интересным направлением является хронопрофилактика, разрабатывающая методы предупреждения десинхронизации биологических ритмов, обусловленных различными причинами таким, как широтные перемещения, сменный труд и др. К ней также относится составление оптимальных графиков работы, которые позволяют уменьшить губительные воздействия факторов, которые имеют место на некоторых производствах.

Таким образом, хрономедицина является актуальным направлением в области предупреждения заболеваний, а также может рассматриваться как один из ключиков к открытию секретов долголетия.

Список литературы:

1. А.Н. Волобуев, В.Ф. Пятин, Н.П. Романчук ЦИРКАДИАННАЯ БИОФИЗИКА И ХРОНОМЕДИЦИНА // TheJournalofscientificarticles “HealthandEducationMillennium”. - 2016. - №5. - С. 97-100;
2. Биологические ритмы в живой природе // Российский учебник URL: <https://rosuchebnik.ru/material/biologicheskie-ritmy-cheloveka/> (дата обращения: 08.07.2023);
3. Значение биологических ритмов в жизни человека // policlinica43.ru URL: <http://www.policlinica43.ru/about/news/znachenie-biologicheskikh-ritmov-v-zhizni-cheloveka/> (дата обращения: 08.07.2023);

4. **СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДЕСИНХРОНОЗЕ** // Сетевое издание. Современные проблемы науки и образования URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=19744> (дата обращения: 08.07.2023);
5. Тимченко А. Н. Основы биоритмологии: учебно-методическое пособие / А. Н. Тимченко. – Х. : ХНУ имени В. Н. Каразина, 2012. – 148 с

УЧЕБНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА.
АТФ-СИНТАЗА – ВРАЩАЮЩИЙСЯ ЭЛЕКТРОМОТОР ЖИВОЙ
КЛЕТКИ

Новоселов Даниил (медицинская биохимия)
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – и.о. зав. кафедрой медицинской биологии и генетики, к.б.н. Пахалина И. А.

Главное свойство всех живых организмов – обмен веществ, он представляет собой совокупность взаимосвязанных процессов превращения веществ в организме. Основу обменных процессов составляют реакции ассимиляции и диссимиляции. В результате диссимиляции выделяется энергия (в виде E тепла или АТФ).

АТФ-синтаза является ключевой структурой, ответственной за синтез АТФ - основного источника энергии для всех клеток организма. АТФ-синтаза – универсальный фермент, поскольку присутствует как в клетках прокариот, так и эукариот. Существует три группы АТФ-синтаз: P-, F- и V-АТФ-синтазы. Они различаются структурно и функционально. Отмечают (Nelson, 1992), что F-тип АТФ-синтаз перешел к эукариотическим организмам в результате симбиогенеза, поэтому он встречается и у прокариот, и в двумембранных органеллах эукариот.

Митохондриальная АТФ-синтаза млекопитающих состоит из белковых субъединиц и представляет собой “молекулярную машину”, снабженную

уникальным роторным механизмом. Правильная сборка и функционирование АТФ-синтазы являются необходимыми условиями нормальной жизнедеятельности клетки. В нормально функционирующих митохондриях АТФ-синтаза работает в направлении синтеза АТФ. Если же нормальное течение дыхания в митохондриях нарушено – АТФ-синтаза начинает осуществлять процесс гидролиза АТФ.

Понимание работы роторного механизма необходимо для изучения процессов клеточного дыхания, энергетического метаболизма, сборки АТФ-синтазы и др. Также АТФ-синтаза напрямую участвует в процессах нейродегенерации и является главным показателем биоэнергетики мозга, что делает ее исследование в клетках мозга актуальным.

Литература

1. АТФ-синтаза клеток. Узлова Е. В., Зиматкин С. М. // Успехи современной биологии, 2020, Т. 140, № 5, стр. 433-442
2. Роторные ион-транслоцирующие АТФазы/АТФ-синтазы: разнообразие, общие черты и отличия В.М. Зубарева, А.С. Лапашина, Т.Е. Шугаева, А.В. Литвин, Б.А. Фенюк // Биохимия, 2020, том 85, вып. 12, с. 1898–1917

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОМ
ФАКУЛЬТЕТЕ. «ВЛИЯНИЕ 3-СУТОЧНОЙ РЕАДАПТАЦИИ
ПОСЛЕ 28 СУТОК МОДЕЛИРОВАНИЯ ГИПОГРАВИТАЦИИ НА
РЕДОКС-СТАТУС ДИАФРАГМАЛЬНОЙ МЫШЦЕ МЫШЕЙ»***

Павлов Александр Евгеньевич

ФГАОУ ВО Казанский (Приволжский) федеральный университет

Научный руководитель – доц. кафедры медицинской биологии и генетики

Тяпкина О.В.

Во время космического полёта в организме человека нарушается равновесие продукции и элиминации активных форм кислорода, вызывающих нарушения функций и структуры различных тканей организма. Например, развитие гипогравитационного двигательного синдрома (ГДС) сопровождается атрофией в скелетных мышцах, вызванной каспазами, является следствием повышенного уровня окислительного стресса. [1]. У млекопитающих и человека диафрагма — это главная мышца, которая участвует в дыхании. Если она работает неправильно, это может привести к проблемам с дыханием. Ранее было показано изменение редокс-статуса этой мышцы у мышей после космического полета [2]. Малоновый диальдегид (МАД) — это эндогенный альдегид, который образуется в результате метаболизма арахидоновой и других полиненасыщенных жирных кислот, и является продуктом перекисного окисления липидов (ПОЛ). В настоящее время МАД рассматривается в качестве маркера оксидативного стресса и по уровню его продукции возможно проводить диагностику широкого спектра заболеваний. Цель данного исследования — изучить уровень малонового диальдегида (МАД), после 28-дневного моделирования эффектов гипогравитации на Земле и последующей 3-дневной реадaptации. Эти данные помогут оценить степень перекисного окисления липидов и вовлечённость изменений редокс-статуса в патогенез нарушений, вызванных гиподинамией в условиях невесомости.

Все процедуры с животными одобрены Комиссией по Биоэтике Федерального исследовательского центра Казанского научного центра Российской академии наук (протокол № 12-3 от 28.02.2023 г.). Для имитации эффектов космического полёта, приводящих к развитию ГДС, была использована модель антиортостатического вывешивания (АОВ). Самцов мышей разделили на три группы: контрольная группа (n=5), группа с антиортостатическим вывешиванием в течение 28 дней (n=5) и группа с реадaptацией после 28-дневного АОВ в течение 3 дней (n=5). Уровень малонового диальдегида (МАД) определяли спектрофотометрическим методом по методике Ohkawa (реакция с 2-тиобарбитуровой кислотой) и выражали в микрограммах на грамм ткани. Поглощение супернатанта измеряли при длинах волн 532 нм и 560 нм. Статистический анализ проводили с использованием непараметрического теста ANOVA.

В результате экспериментов было обнаружено значительное увеличение уровня МАД в диафрагмальной мышце мышей после 28 дней АОВ на 100% по сравнению с контрольной группой ($p \leq 0.05$). После трёх дней восстановления был зафиксирован повышенный уровень МАД, который составил 65% по сравнению с контрольной группой мышей ($p \leq 0.05$). При этом не было выявлено статистически значимых различий в концентрации МАД у мышей после 28 дней АОВ и у мышей после трёх дней восстановления после 28 дней АОВ.

Таким образом, результаты, демонстрируют рост уровня малонового диальдегида в диафрагмальной мышце мышей после моделирования условий гипогравитации. Это свидетельствует об изменении редокс-статуса в диафрагмальной мышце, что может оказать влияние на реализацию респираторной функции.

1. Takahashi K., Okumura H., Guo R., Naruse K. Effect of Oxidative Stress on Cardiovascular System in Response to Gravity. // Int J Mol Sci. 2017 Jul 4;18(7):1426. doi: 10.3390/ijms18071426. PMID: 28677649; PMCID: PMC5535917.

2. Tyapkina O.V., Nurullin L.F., Dmitrieva S.A. Changing activity of antioxidant system in respiratory muscle of diaphragm in mice after space flight. // AIP Conference Proceedings, V. 2318 Issue 1, 160008 (2021); <https://doi.org/10.1063/5.0035905>

УЧЕБНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ КРИОКОНСЕРВАЦИИ; ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РАЗРЕШЕНИЯ

Юстратова А.Т. (медицинская биохимия)

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – ассистент кафедры медицинской биологии и генетики Колочкова Е.В.

Криобиология — активно развивающаяся наука, изучающая воздействие низких температур на живые организмы, органы и клетки. Благодаря исследованиям в этой области совершенствуются методы сохранения биоматериалов, обеспечивается успешная трансплантация органов.

Во время осмотического стресса при криоконсервации из-за кристаллизации воды нарушается целостность клеток. Для решения этой проблемы применяются разнообразные криопротекторы, а также контролируется скорость заморозки.

По скорости выделяют два метода заморозки: медленную и сверхбыструю. Медленная заморозка предполагает постепенное понижение температуры, поддерживающее осмотическое равновесие. Для предотвращения кристаллизации воды, обязательно используются криопротекторы. Сверхбыстрая заморозка основана на резком охлаждении, что переводит жидкость в аморфное состояние, минуя образование кристаллов. Этот метод снижает необходимость в высоких концентрациях криопротекторов, однако требует дорогостоящего оборудования и может вызвать термический стресс. Оба метода актуальны и используются для

криоконсервации определенного биоматериала. Например, медленная заморозка подходит для стволовых клеток и клеток крови, а сверхбыстрая — для эмбрионов и яйцеклеток.

Используемые криопротекторы (глицерин, ДМСО, этиленгликоль, пропиленгликоль) достаточно эффективны, но бывают токсичными в определенных обстоятельствах. Они могут откладываться в клетках и вызывать побочные эффекты. Поэтому сохраняется потребность поиска новых криопротекторов. Для решения этой задачи можно предложить природные антифризные белки из организмов, устойчивых к низким температурам, таких как тихоходки (трегалоза и белок IDP), полярные рыбы (белок AFPIII), личинки мучных жуков (TmAFP). Однако необходимо учитывать возможные специфические реакции клеток на чужеродный белок и влияние на клеточные функции. Альтернативный подход — синтез лабораторных соединений, таких как полиэтиленгликоль-сахара, комплексы на основе циклодекстринов и полисахаридов, глицерил-сахара (например, на основе трегалозы, часто используемой при криоконсервации). Эти вещества также нуждаются во всестороннем исследовании из-за возможных побочных эффектов, сложности введения и рисков кристаллизации.

Дальнейшие исследования безусловно позволят разрешить имеющиеся на сегодня проблемы криоконсервации, предложив более надежные и не токсичные криопротекторы, отвечающие всем предъявляемым к ним требованиям. Возможно, что поступательное развитие криобиологии сможет привести к возникновению совершенно новых методов криоконсервации.

ФИЗИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ: КТ, МРТ.

Рувинская Э.О.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.ф.-м.н., доцент, заведующий кафедрой
медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской
аппаратурой

Гиматдинов Рустам Саясович

Врач-рентгенолог ГАУЗ «РКОД МЗ РТ»

Зидиханов Дамир Ильшатович

Введение

Современная медицина немыслима без использования лучевых методов диагностики, позволяющих визуализировать внутренние органы и ткани человека без хирургического вмешательства. Среди наиболее распространенных и информативных методов выделяются компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Цель: изучение физических процессов, лежащих в основе КТ и МРТ

Задачи

- 1) Рассмотреть физические принципы генерации изображения в КТ и МРТ
- 2) Изучить основы визуализации снимков КТ и МРТ
- 3) Определить показания и противопоказания к применению каждого метода

Материалы и методы

Были рассмотрены компьютерные томограммы органов грудной полости с внутривенным контрастированием, проведенные на компьютерном томографе Toshiba Aquilion – 2 шт.

Рассмотрены магнитно-резонансные томограммы органов малого таза и головного мозга с внутривенным контрастированием, полученные на магнитно-резонансном томографе PHILIPS Ingenia 3T – 2 шт.

Результаты и обсуждение

По данным литературы были описаны физические основы КТ и МРТ. Основы методов визуализации включают в себя построение послойных изображений и их трехмерную реконструкцию в КТ, а также использование контрастности тканей и чувствительность к мягкотканым структурам в МРТ. Были определены основные показания и противопоказания к применению каждого метода.

Заключение

Подводя итог, рассматривая сравнительные характеристики обоих методов, можем сказать, что методом выбора при исследовании опухолей мягких тканей, головного мозга является МРТ, в то время как для процессов в твердых тканях организма, а также легочных патологий – КТ. Однако ограничениями к МРТ будут являться наличие имплантатов и др. металлических элементов в организме, а противопоказания к КТ будут обусловлены лучевой нагрузкой на пациента. Назначаются оба метода индивидуально по клиническим показаниям.

Список литературы

- 1) Хофер Матиас. Компьютерная томография. Базовое руководство. Медицинская литература. 2011. – 228с.
- 2) Шимановский Н.Л. Актуальные вопросы рационального применения йодсодержащих контрастных средств в лучевой диагностике. Вестник рентгенологии и радиологии / Journal of Radiology and Nuclear Medicine. 2021. – Том 102 – №4 – с. 255–262
- 3) Гомболевский В.А., Лайпан А.Ш., Бадюл М.И., Инджиев А.А., Буренчев Д.В., Шапиев А.Н., Ким С.Ю., Морозов С.П. Особенности применения контрастных препаратов в лучевой диагностике / Серия «Лучшие практики лучевой и инструментальной диагностики». – Вып. 15. – .201

ВЛИЯНИЕ ФТОРУРАЦИЛА НА ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ МЫШЕЙ

Ягафарова А.И., Салихзянова А.Ф.

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»

Научный руководитель – доцент кафедры физиологии человека и животных Яковлева О.В.

Синдром раздражённого кишечника (СРК) представляет собой функциональное желудочно-кишечное расстройство, которое сопровождается болями в животе, нарушением микрофлоры и перистальтики кишечника, а также часто сопутствующими психическими нарушениями [1]. Исследования показывают, что использование противоопухолевого препарата 5-Фторурацила (5-ФУ) может привести к повреждению желудочно-кишечного тракта, гиперплазии эпителия и атрофии ворсинок в тонком кишечнике [2].

Эксперимент проводился на 2 группах мышей: контрольной группе с введением инъекций хлорида натрия (n=20), и опытной группе (n=30) с моделированием СРК путём инъекции 5-ФУ (66 мг/кг). Для оценки уровня тревожности грызунов провели следующие тесты: «Интегральный Показатель Тревожности (ИПТ)», «Открытое поле (ОП)» и «Темно-светлая камера (ТСК)».

Гиперчувствительность толстой кишки оценивали путем измерения пороговой интенсивности брюшного сгибательного рефлекса (БСР), возникающего в ответ на колоректальное растяжение. У контрольной группы животных БСР появлялся на объем баллона 0,5 мл, а у мышей с инъекциями 5-ФУ на объемы баллона 0,2-0,3 мл, что указывает на висцеральную гиперчувствительность.

Большинство животных на входных тестах ИПТ показало отсутствие тревожности 0б - 56%, но встречались животные с 1 б - 37%, и с 2 б - 7%. В группе мышей с инъекциями 5-ФУ достоверно ($p < 0.05$) увеличивалась тревожность относительно контрольной группы, большинство мышей показало 5б % - 1 б, 38% - 0 б, 6% - 2 б и 3б. В тесте ОП мы наблюдали

увеличение количества актов дефекации, груминга. У группы мышей после инъекций 5-ФУ время выхода из центральной части снизилось относительно показателей контрольной группы ($p < 0.05$), что свидетельствует об усилении чувства страха и тревожности у мышей данной группы, и уменьшении двигательной активности, что может быть связано с токсическим действием 5-ФУ. В ТСК время, проведённое в тёмном «безопасном» отсеке камеры, у группы мышей с инъекциями 5-ФУ оказалось достоверно меньше чем у контрольных групп мышей ($p < 0.05$).

В ходе работы нами было обнаружено усиление тревожности у мышей с моделью СРК, сформированной с помощью инъекций 5-фторурацила.

Работа поддержана грантом РФФИ № 24-14-00059.

Источники

- 1) Carco C., Young W., Garry R. B. et al, Increasing Evidence That Irritable Bowel Syndrome and Functional Gastrointestinal Disorders Have a Microbial Pathogenesis. *Front Cell Infect Microbiol.* – 2020. – V. 10. – P. 468.
- 2) Энциклопедия регистра лекарственных средств России (РЛС): URL: <https://www.rlsnet.ru>.

ПРОТЕОМИКА – НАПРАВЛЕНИЕ В БИОХИМИИ И МОЛЕКУЛЯРНОЙ БИОЛОГИИ С БОЛЬШИМИ ПЕРСПЕКТИВАМИ

Симакова А. С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – и.о. зав. кафедрой медицинской биологии и генетики

Пахалина И. А.

"Протеомика открывает перед нами новые горизонты в понимании биологических процессов, позволяя исследовать белковый состав клеток и тканей с беспрецедентной точностью и глубиной". Слова австралийского исследователя Марка Уилкинса подчеркивают важность и перспективы протеомики не только в современной науке, но и клинической лабораторной практике.

Протеомика является одной из самых быстроразвивающихся и многоинформативных областей биохимии и молекулярной биологии. Она изучает весь набор белков (протеом) в клетке, ткани или организме, их структуру, функции и взаимодействия. Протеом, это сложная и динамичная система, она изменяется в процессе развития организма, а также при различных физиологических и патологических состояниях. Надо отметить, что первое применение протеомных исследований состоялось еще до появления самого термина и понятия «протеомика», когда в 1950 г. группа шведских ученых под руководством Р. Edman разработала химический метод секвенирования пептидов.

Протеомика позволяет определить какие взаимодействия происходят как внутри белков, так и между белками (белок-белковые взаимодействия). В свою очередь, белки оказывают разнообразное влияние на структуру и функции клеток, тканей, органов и организмов, включая передачу сигналов, контроль метаболизма, регуляцию роста и старения. В отличие от генетических данных, информация о белках и соответствующие маркеры риска, формируемые на основе белков, динамична и отражает широкий спектр воздействующих на организм стимулов окружающей среды и поведения, например изменение образа жизни, физическую активность, питание.

В настоящее время разработки в области протеомики позволяют применять в лабораторной практике различные методы для постановки и уточнения диагноза, открывают новые возможности для клинического применения протеомного анализа, включая идентификацию новых биомаркеров, мониторинг заболеваний, выявление побочных эффектов лекарств и экологических опасностей.

Применение протеомики:

- Идентификация биомаркеров заболеваний: HER2 – рак молочной железы, CA-125 и HE4 – рак яичников, PSA – рак простаты, β -амилоид и тау-белки – болезнь Альцгеймера. Их выявление позволило находить болезнь на ранних стадиях, что улучшило картину лечения.

- Создание новых лекарств, нацеленных на определённые белки, оценка токсичности и эффективности синтезированных средств (например, цисплатин вызывает нефротоксичность), применение уже разработанных для других болезней (например, талидомид разработан как седативное, но выяснилось, что его можно использовать для лечения множественной миеломы).

- Разработка новых терапевтических подходов.

- В агробιοтехнологиях: не только идентификация белков, но и понимание механизмов их действия, что способствует разработке новых методов улучшения устойчивости сельскохозяйственных культур к стрессовым условиям. Это, в свою очередь, может привести к повышению урожайности и устойчивости растений в условиях изменяющегося климата (например, белок DREB - транскрипционный фактор регулирует экспрессию генов, связанных с ответом на засуху, и помогает растениям адаптироваться к недостатку воды).

Развитие данного направления молекулярной биологии открывает новые горизонты в персонализированной медицине, ранней диагностике заболеваний, в знаниях об их механизмах, в разработке новых лекарств, экологических исследованиях и функциональной аннотации генома, агробιοтехнологиях.

Подводя итог, можно сказать, что протеомика находит применение во многих сферах жизни человека, она является важной и многогранной областью исследований, которая способствует развитию науки и улучшению качества жизни.

Литература:

1. Метельская В.А. Протеомный анализ сыворотки крови: роль в поиске биомаркеров атеросклероза. *Профилактическая медицина*. 2022;25(12):135-143.

Metelskaya VA. Serum proteomic analysis: role in the search for biomarkers

of atherosclerosis. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2022;25(12):135-143. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/profmed202225121135>

2. Сазонова Н.Г., Макаренко Т.А., Оловянникова Р.Я., и др. Методики протеомного анализа и их роль в диагностике акушерской и гинекологической патологии // Журнал акушерства и женских болезней. — 2019. — Т. 68. — № 1. — С. 69-82. <https://doi.org/10.17816/JOWD68169-82>

3. Плашник О. 12 методов в картинках: протеомика / Интернет журнал Biomolecula.ru

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОМ
ФАКУЛЬТЕТЕ. «МАММОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВОЗМОЖНОСТИ, ОГРАНИЧЕНИЯ И
ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ».***

Файзуллина Э.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – зав. кафедрой медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой доц. Гиматдинов Р.С.

Актуальность: Рак молочной железы занимает лидирующее место по заболеваемости и входит в пятерку самых смертельных опухолей в мире. По данным ВОЗ, уровень заболеваемости продолжает расти, подчеркивая необходимость внедрения эффективных методов профилактики и ранней диагностики.

Традиционная аналоговая маммография обладает рядом ограничений: низкая чувствительность, особенно у женщин с плотной молочной железой, что приводит к пропущенным диагнозам; субъективность интерпретации; ограниченные возможности визуализации. В последние годы появились новые технологии, направленные на преодоление этих ограничений, например, цифровая маммография. Она обеспечивает более высокое качество

изображения, улучшает контрастность и детализацию, что облегчает интерпретацию изображения.

Цель исследования: Провести анализ возможностей маммографии в диагностике РМЖ, оценить ее преимущества и ограничения, а также рассмотреть перспективы развития метода в контексте современных технологий.

Задачи:

1. Проанализировать клинические исследования, полученные на базе летней практики, демонстрирующие эффективность маммографии в ранней диагностике РМЖ с акцентом на ее чувствительность, специфичность, преимущества и ограничения.

2. Оценить влияние различных факторов (возраст, плотность ткани молочной железы, семейный анамнез) на результаты маммографических исследований при помощи анкетирования.

3. Исследовать возможности современных технологий (цифровая маммография, 3D-томосинтез) в повышении точности диагностики.

Материалы и методы исследования:

Для проведения исследования был собран обширный массив данных, состоящий из результатов маммографий, проведенных в Республиканском клиническом онкологическом диспансере. Также было организовано анкетирование пациенток с целью сбора информации о факторах риска.

Результаты и их обсуждение: Полученные результаты показали, что использование современных технологий, таких как 3D-томосинтез, ведет к значительному повышению диагностической точности и чувствительности. Большое значение имела и возрастная группа пациенток: у женщин молодого возраста процент ложноположительных результатов оказался значительно выше, что подчеркивает потребность индивидуализированного подхода к скринингу. Исследование также подтвердило связь между плотностью ткани молочной железы и частотой выявления рака, что подтверждает необходимость разработки адаптированных протоколов обследования.

Закключение: Маммография продолжает оставаться важнейшим инструментом в диагностике рака молочной железы. Обновленные методы и технологии, такие как 3D-томосинтез, способствуют улучшению точности диагностики и могут значительно повысить видимость опухолей на ранних стадиях. Актуальность и необходимость дальнейших исследований в данной области обосновывается продолжающимся высоким уровнем заболеваемости РМЖ и потенциальными улучшениями в скрининговых программах.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «МЕДИЦИНСКАЯ БИОФИЗИКА».
«ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВРАЧА-БИОФИЗИКА».***

Юсупова Э.Ф.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.ф.-м.н., доцент кафедры медицинской и биологической физики с информатикой и медицинской аппаратурой

Гиматдинов Р.С.

Введение: в соответствии с профессиональным стандартом основное направление трудовой деятельности выпускника специальности «Медицинская биофизика» – это проведение функциональной диагностики. Для оценки сердечно-сосудистой системы – электрокардиография (ЭКГ), нервной системы – электроэнцефалография (ЭЭГ), дыхательной системы – спирография. После прохождения ординатуры по специальности «Функциональная диагностика» появляются более расширенные возможности: проведение ультразвукового исследования сосудов, сердца (ЭхоКГ), оценка функционального состояния нервной системы с помощью электромиографии (ЭМГ). Также есть возможность пойти по другому пути – пройти ординатуру по специальности «Рентгенология» или «Радиология» для дальнейшей работы в лучевой диагностике. В рамках летней практики 4 курса на базе ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» мне удалось подробно познакомиться как с методами функциональной, так и лучевой диагностики, а также с теми процедурами, которые проводятся в отделении рентгенохирургических

методов диагностики и лечения. Было много разных клинических случаев, наиболее интересный из них – на стыке функциональной и лучевой диагностики. Цель: сравнить диагностическую точность ультразвукового исследования и аортографии в диагностике открытого артериального протока (ОАП). Описание клинического случая: девочка, 15 лет, вес 57 кг, рост 175 см. По данным ЭхоКГ был обнаружен ОАП диаметром 2.5 мм, в связи с чем было запланировано рентгенохирургическое вмешательство по закрытию протока. По данным аортографии в разных проекциях сброса крови не наблюдалось, диаметр протока составил 1.7 мм, поэтому было решено не устанавливать спираль. Результаты: в рассмотренном клиническом случае данные ультразвукового исследования оказались менее точными, а благодаря аортографии удалось выявить локализацию и истинный размер ОАП. Заключение: практическая деятельность врача-биофизика имеет различные варианты развития как в функциональной, так и в лучевой диагностике. Благодаря проведению производственной практики эти перспективы наглядно демонстрируются.

**«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ
ФАКУЛЬТЕТЕ»**

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА ОРТОПЕДА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ».***

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

***«КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ В
КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ
СЛУЧАЙ)».***

Атаханов А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н, профессор, врач стоматолог – ортопед
высшей категории, заведующая кафедрой ортопедической стоматологии

Казанского ГМУ Салеева Г.Т.

Научный руководитель – ассистент кафедры ортопедической
стоматологии Казанского ГМУ, врач стоматолог – ортопед, главный врач
стоматологической поликлиники «Клиника Мехтievых» Мехтiev Б.М.

1. Актуальность:

Правильно составленный план лечения, проведение последовательной
диагностики на всех этапах лечения современными методами, дает
возможность полноценно реабилитировать пациента, увеличивая срок службы
запланированной конструкции, делая данное исследование актуальным.

2. Цель:

Определить последовательность действий при реабилитации пациента
при помощи ортопедических конструкций с использованием современных
методов диагностики.

3. Задачи:

1. Собрать анамнез.
2. Определить необходимые методы диагностики.
3. Составить комплексный план лечения.

4. Методы:

1. Аналитический метод(литературный обзор)
2. Аксиография
3. Миография
4. КЛКТ

Жалобы: эстетическая неудовлетворенность, тремы и диастемы, стираемость зубов.



Рис.1 Портретные фотографии.

Внешний осмотр челюстно-лицевой области: лицо симметричное, кожные покровы нормального цвета, без видимых патологических образований. Пальпация в области ВНЧС безболезненное.

При осмотре полости рта, слизистые оболочки бледно-розового цвета, без патологических изменений, имеются тремы и дистемы. Генерализованная стимаремость зубов с потерей высоты прикуса. Пломбы на зубах 1.6, 1.7, 2.6, 2.7, 3.6, 4.7. Пациент ранее проходил ортодонтическое лечение.



Рис.2 Интраоральные фотографии.

Дополнительный метод диагностики: конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ).

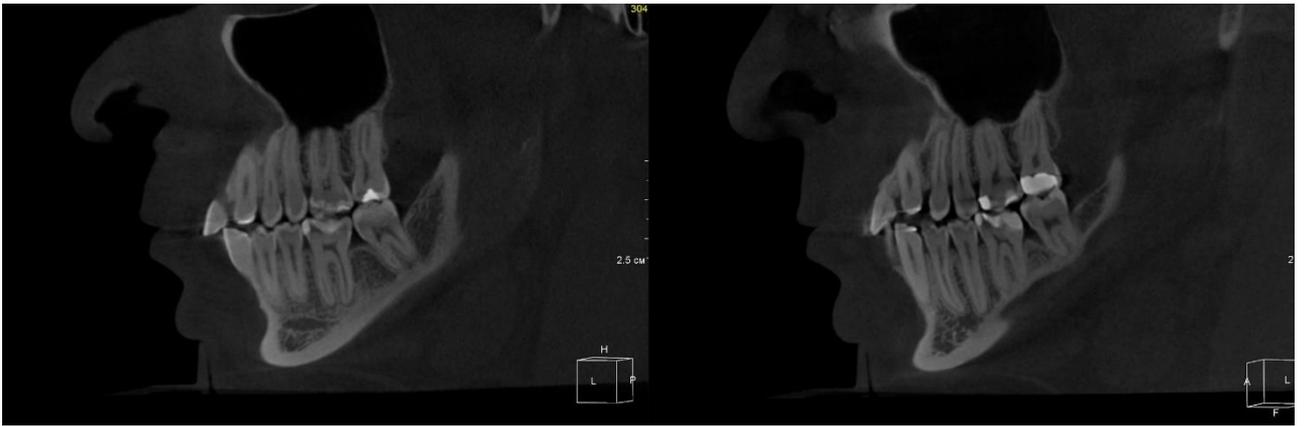


Рис.3 КЛКТ

На данном изображении рис.3 были обнаружены кариозные полости в области зубов 1.6, 2.7, 3.6, 4.6.

Исходя из собранных данных, было принято составление комплексного плана лечения.

1. Профессиональная гигиена рта.
2. Санация рта.
3. Проведение функциональной диагностики.
4. Планирование конструкции.
5. Перенос запланированной работы прямым методом.
6. Препарирование.
7. Фиксация постоянной конструкции.

Клиническое обследование должно проводиться тщательно, уделяя особое внимание височно-нижнечелюстному суставу, жевательной мускулатуре, а также состоянию полости рта и зубов [2].

После проведения профессиональной гигиены рта и полного санирования, пациент был направлен на диагностический этап.

Работа в рамках средних значений без учета индивидуальных параметров может приводить к окклюзионным препятствиям [1], поэтому во время диагностики были использованы методы: аксиография (запись траекторий движения височно-нижнечелюстного сустава), миография (запись электрического потенциала жевательных мышц), определение терапевтической позиции при помощи депрограмматора типа Jig-Lucia. Далее

были произведены индивидуальные расчеты в программе “P-art” и выставлена позиция нижней челюсти.



Рис.4 Запланированная работа.

После изготовления печатных моделей, запланированная конструкция переносится прямым методом, в данном клиническом случае была произведена лазерная коррекция десневых зонитов (рис.5).



Рис.5 Коррекция зенитов

После адаптации, было произведено малоинвазивное препарирование твердых тканей зубов через запланированную конструкцию с использованием методики «перекрестной регистрации прикуса» (рис.6).

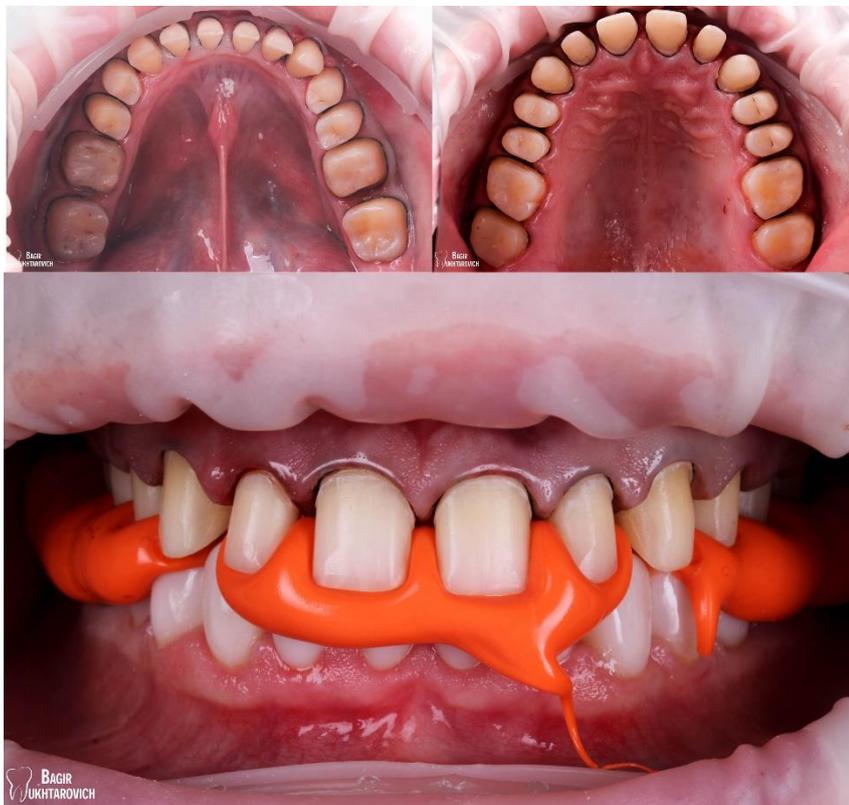


Рис. 6 Препарирование, регистрация прикуса.

Отпрепарированные зубы были отсканированы и отправлены в лабораторию вместе со сканами лица для изготовления постоянной конструкции.

В качестве материала был выбран дисиликат лития, который иммитирует оптические, физические, биомеханические свойства эмали.

После изготовления, конструкция была зафиксированна во рту с использованием изолирующего платка. Через две недели пациент был приглашен на осмотр (рис. 7) и были даны рекомендации.



Рис. 7 Осмотр.

Вывод.

Комплексный подход и использование инновационных методов диагностики являются важными этапами в клиниках ортопедической стоматологии.

Список литературы.

1. Оценка угла суставного наклона у пациентов с различными скелетными классами по данным аксиографии / М. Г. Сойхер, М. И. Сойхер, Г. Т. Салеева [и др.] // Медицинский алфавит. – 2023. – № 20. – С. 60-64. – DOI 10.33667/2078-5631-2023-20-60-64. – EDN ВРУФКВ.
2. Предварительные клиничко-лабораторные этапы комплексного лечения пациентов с бруксизмом / Г. Т. Салеева, И. И. Сагитов, Л. Р. Салеева, Д. Б. Валиева // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т. 7, № 2. – С. 52-56. – EDN RZCPNR.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
СТОМАТОЛОГА». ПРИМЕНЕНИЕ ФОТОБИОМОДУЛЯЦИИ В
ЛЕЧЕНИИ ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ОКОЛОРОТОВОЙ
ОБЛАСТИ.***

Буденная О.В., Махса Ханарвар

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии Крикун Е.В.

Актуальность. Вирус простого герпеса (ВПГ) является одним из наиболее распространенных вирусов у людей. ВПГ-1 часто вызывает герпетические поражения полости рта и околоротовой области, поэтому в лечении данного заболевания принимает участие врач стоматолог. Использование противовирусных препаратов часто оказывается не эффективным, так как они приносят результат только в начальный период

клинических проявлений и не оказывают обезболивающего эффекта. Поэтому необходим поиск новых и эффективных методик лечения и совершенствование существующих. Одним из таких методов является использование фотобиомодуляции - процедуры, которая, воздействуя низкоинтенсивным лазерным излучением, запускает процесс регенерации клеток.

Цель исследования – определить эффективность фотобиомодуляции в качестве дополнительного метода лечения герпетических поражений.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось во время прохождения практики «Помощник врача стоматолога терапевта» на базе стоматологической клиники ООО «АртСтом». В исследовании приняли участие пациенты с герпетическими поражениями. Лечение пациентов проводилось с применением стоматологического диодного лазера Dr.SMILE (Италия), длина волны 980 нм, мощность процедуры 1 Вт в непрерывном режиме, бесконтактно, в течение 1 мин на площадь поражения 1 кв.см. После проведенной процедуры наблюдали за пациентом в течение 4 дней. Проводили оценку боли по вербальной шкале.

Результаты и их обсуждение. За время прохождения практики частота встречаемости пациентов герпетическими поражениями оказалась не большой – 4 пациента, из которых 3 пришли на плановое лечение зубов, и только 1 пациент целенаправленно на лечение герпеса. При этом у 2 пациентов герпес локализовался на красной кайме губ, у 1 пациента – в уголке рта, и еще у 1 – в преддверии полости рта.

Перед лечением в области герпетического поражения пациенты отмечали зуд, жжение, боль по вербальной шкале в 5 баллов, а некоторые – эстетическую неудовлетворенность. При осмотре выявлялись болезненные пузырьки с серозным содержимым, гиперемия пораженной области.

Воздействие диодным лазером проводилось в одно посещение. Во время лечения пациенты могли ощущать небольшое покалывание. После приема

неприятные ощущения уменьшались: в течение 20 минут пациенты отмечали снижение боли с 5 баллов до 1-2 по вербальной шкале боли.

На следующий день во время осмотра не было обнаружено пузырьковых высыпаний, наблюдалась легкая гиперемия.

Через 2 дня на месте пораженного участка оставалось незначительное покраснение, а на 4 сутки происходило полное выздоровление.

Сокращение сроков лечения герпеса при использовании фотобиомодуляции происходит за счет стабилизации факторов местной иммунной защиты, снижения вирусной нагрузки и уменьшения воспалительной реакции. Кроме того, лазер оказывает биостимулирующее действие, поэтому процессы заживления протекают быстрее, чем при использовании традиционных методов лечения.

Заключение. Применение фотобиомодуляции в стоматологии открывает новые возможности в качестве и сроках проводимого лечения герпетических поражений благодаря своей простоте и безболезненности.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ОРДИНАТОРА КАФЕДРЫ
ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ». РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО
СЛУЧАЯ «КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО».***

Галиев Б.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой
ортопедической стоматологии КГМУ Салеева Г.Т.

ассистент кафедры ортопедической стоматологии КГМУ Голубева Е.Б.

Введение:

В настоящее время к нам достаточно часто обращаются пациенты, которым необходима полная реабилитация рта. Другими словами, у пациента отсутствует большое количество зубов, сохранившиеся сильно разрушены и требуют комплексного лечения, которое включает в себя

эндодонтическое, пародонтологическое, хирургическое, ортодонтическое вмешательство и протезирование. Нередко в таких случаях необходимо увеличивать межжюкклюзионную высоту, проводить предварительную хирургическую подготовку. Полная реабилитация рта требует четкой и скоординированной работы команды специалистов стоматологов, поэтому всем стоматологам, принимающим участие в лечении, следует ясно представлять себе конечный результат и то, каким способом он будет достигнут.

Представляю вам клинический случай из моей практики.

Цель исследования – показать на клиническом примере важность и эффективность комплексного подхода на стоматологическом приеме.

Задачи исследования:

1. Восстановить жевательную функцию пациента
2. С координировать работу нескольких узких специалистов (стоматолог ортопед, стоматолог хирург, стоматолог ортодонт)

Клиническая картина:

Пациент обратился с жалобами на нарушение жевания в связи с отсутствием зубов 24, 26, 27. На первичной консультации проведен инструментальный осмотр, а также сделан фотопротокол.

Объективно: Зубоальвеолярное сужение верхнего и нижнего зубного ряда, зубоальвеолярное смещение зуба 25 и недостаток пространство для зуба 24. Во время осмотра найдена не состоятельная композитная реставрация в области зуба 1.7; 2.1на вестибулярной поверхности композитная реставрация, измененная в цвете, краевое прилегание которой нарушено,

Отсутствуют зубы: 2.4, 2.6.,2.7,4.5

Проведена компьютерная томография для оценки костной ткани в области 24,26,27(объёма кости недостаточно).

Диагноз:

K04.02 Кариес дентина 1.7 (Терапевтический)

К07.2 Аномалии соотношений зубных дуг Глубокий прикус (ортодонтический)

К.07.3 Аномалии положения зубов Скученность зубов (ортодонтический)

Зубоальвеолярный класс первый с тенденцией ко второму.

Зубоальвеолярное сужение верхнего и нижнего зубного ряда

К08.1 Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни (ортопедический)

1. План лечения:

2. Профессиональная гигиена рта.

3. После чего пациент направлен к терапевту для замены несостоятельной композитной реставрации на состоятельную 2.1, 1.7.

4. Далее отправлен к хирургу на операцию открытый синус лифтинг с пересадкой соединительно-тканного трансплантата в области 26,27.

5. Через 6 месяцев установка имплантатов в области 26,27.

6. Через 4 месяца установка временных коронок на имплантаты в области 26,27, которые будут использоваться для прикрепления на них частичной брекет системы для дистализации зуба 2.5.

7. Для этого направляется к ортодонт. В течении 4 месяцев происходит дистализация зуба 2.5. И освобождение места для установки имплантата в области 2.4

8. Установки имплантата в области 2.4

9. Установку временной коронки в области 2.4

10. С последующей заменой временных коронок на постоянные из диоксида циркония.

11. От ортодонтического лечения отказался.

Проведено лечение согласно плану

Список литературы:

1. Гусарина Е.И. Подготовка тканей пародонта перед ортодонтическим лечением у взрослых пациентов // Институт Стоматологии. – 2015. – № 4. – С. 86-88.

2. Кулаков А.А. Хирургические аспекты реабилитации больных с дефектами зубных рядов при использовании различных систем зубных имплантатов: дис. ... докт. мед. наук. – М., 1997. – 351 с.
- Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики. - Минск, 2002. – 338 с.
- Пашинян Г.А., Беляева Е. В., Зайцев В.В. и др. К вопросу об ответственности медицинских работников по гражданским искам в случае ненадлежащего оказания стоматологической услуги // Сборник материалов научно-практической конференции “Судебно-стоматологическая экспертиза: состояние, перспективы развития и совершенствования”. – М., 2001. – С. 116-118.
- Козицына С.И., Кравцов В.Б., Грицай И.Г., Михайлов И.В., Галкин Д.В., Обухов Э.В., Баркушин И.З., Гельштейн К.Б. Особенности протезирования на имплантатах в эстетически важной зоне // Сборник тезисов XVI Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов “Новые технологии в стоматологии”. – СПб., 2011. – С. 99-100.
3. Яременко А.И., Котенко М.В., Мейснер С.Н., Раздорский В.В. Анализ осложнений дентальной имплантации // Институт Стоматологии. - 2015.
4. Голубева Е.Б., Багманова В.К., Салеев Н.Р., Шамсутдинов М.И. «Эстетические аспекты в ортопедической стоматологии» // АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ. / Сборник научных трудов, посвященный основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку Михайловичу Оксману. –Казань. -2021. –с.515-521
5. Салеева Г.Т., Гильмиева А.Ш., Голубева Е.Б., Денисов Н.Д. «Частота применения трансфер-чеков в клинической практике» АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ. Сборник научных трудов, посвященный основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку Михайловичу Оксману. – Казань. – 2021. – с.557-561
6. Голубева Е.Б., Хабибуллина Г.Р., Салеева Г.Т. «Дисколорит зубов» АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ. Сборник научных трудов,

посвященный основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку Михайловичу Оксману. –Казань. – 2021. – с.463-469.

7. Rinat A. Saleev, Larisa N. Mubarakova, Gulshat T. Saleeva, Rezeda F. Mustakimova, Liaisan R. Saleeva, Evgeniia B. Golubeva. The Effect of Endogenous Intoxication on the Dynamics of Recovery from Traumatic Injuries of the Lower Jaw //BioNanoScience (2021) 11:463-468.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА (ДЕТСКОГО)». «РОЛЬ ПРОБИОТИКОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА».

Галяутдинова Г.М., Пидкорчевная Е.О.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н., доцент кафедры стоматологии детского возраста Ширяк Т.Ю.

Актуальность: Среди одной из актуальных проблем в стоматологии является кариес зубов. На фоне несбалансированного питания, частых применений антибиотиков развивается дисбактериоз. Микроорганизмы полости рта, выделяя органические кислоты, приводят к деминерализации эмали, итогом которого является кариес.

Цель: изучить пробиотики в профилактике кариеса.

Метод: анализ литературы.

Пробиотики - это живые микроорганизмы, которые приносят пользу здоровью организма при введении в адекватных количествах. В рационе должны содержаться продукты, полученные путём ферментации (молочные продукты, квашеная капуста и дрожжевой хлеб). Также зубные пасты с пробиотиками.

Взаимодействие компонентов пробиотических бактерий с иммунокомпетентными клетками приводит к активации местного и системного противовоспалительного иммунного ответа за счет стимуляции

синтеза интерлейкина-4 и интерлейкина-10. Данные процессы приводят к тому, что воспалительные процессы в полости рта минимизируются.

Пребиотики также изменяют состав и функцию микробиоты полости рта за счет избирательной стимуляции роста и размножения определенных видов бактерий. (антагонистов кариесогенной флоры: *Str. salivarius* – 100% случаев, *Enterococcus spp.* – 50%, *Veillonella spp.* – 35,7%, *Corinebacterium spp.* – 14).

Выделенный пробиотический штамм M18 *Str. salivarius*, производит саливарцины – антибактериальные вещества местного действия, способные подавлять рост возбудителей инфекций полости рта, а именно *Streptococcus spp.*, *Actinomyces spp.*, *Aggregatibacter spp.* Штамм M18 участвует в выработке ферментов декстраназы и уреазы, которые уменьшают накопление зубного налета и нейтрализуют кислотность полости рта.

Также были проведены исследования, которые доказали: аминокислота аргинин тормозит рост и развитие патогенных микроорганизмов в полости рта. При использовании данной аминокислоты, образование биологической пленки в полости рта замедляется, и причины для возникновения кариесогенной флоры отсутствуют.

Все известные бифидобактерии, которые содержатся в молочных продуктах, имеют антагонистическую активность против *Str. Mutans*, который вызывает кариес.

Результаты:

В профилактике кариеса все активнее играет роль пробиотикотерапия, ведь она положительно влияет, как на микрофлору полости рта, так и ликвидирует кариесогенную флору.

Список литературы:

1. Zhan L. Rebalancing the caries microbiome dysbiosis: targeted treatment and sugar alcohols // *Adv. Dent. Res.* 2018. Vol. 29. No 1. P. 110–116.

2. Ардатская М.Д. Пробиотики, пребиотики и метабиотики в коррекции микрoэкологических нарушений кишечника // Медицинский совет. 2015. № 13. С. 94–99.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА
СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА». «ВЯЗКОСТЬ И ТИКСОТРОПНОСТЬ
ПЛОМБИРОВОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ — АНАЛИЗ И ПРИМЕНЕНИЕ В
КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ».***

Герасимова Д. Д.

Научный руководитель - к.м.н., доцент кафедры терапевтической
стоматологии Крикун Елена Валерьевна
ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Актуальность работы связана с тем, что в настоящее время требования пациентов к эстетике реставраций значительно возросли. Современные методы лечения зубов включают не прямые и прямые реставрации, для которых используются все виды композитных материалов. Вязкость и сохранение формы стоматологических материалов до полимеризации являются важными факторами, влияющими на успешность различных стоматологических процедур. Стоматологи должны тщательно учитывать вязкость и манипуляционные характеристики при выборе наиболее подходящего материала для конкретной клинической ситуации. Понимание того, как ведут себя различные материалы с точки зрения вязкости и тиксотропности, может помочь стоматологам достичь оптимальных результатов и обеспечить долговечность реставраций для своих пациентов.

Цель. Сравнить физические и манипуляционные качества композитных материалов, используемых при прямых реставрациях зубов.

Материалы и методы исследования. Обзор литературы по изучаемой теме и практическое сравнение физических и манипуляционных качеств изучаемых материалов. Сравнивались такие композитные материалы, как

Omnichroma, Estelite Quick, Asteria (Tokuyama Dental), Herculite, OptiShade (Kerr), Harmonize (Kerr), ДентЛайт (Владмива). На первом этапе исследования для определения вязкости указанных материалов на планшет помещали равные порции материалов диаметром 5 мм, высотой 7 мм в виде конусов и определяли время, за которое композит терял свою первоначальную форму. Оценивалась степень изменения от изначально заданной формы через 1, 3, 5 минут. На втором этапе, реализуемом на клиническом приёме во время производственной практики в терапевтическом отделении ООО «Стоматологическая поликлиника № 9 «Дербышки», выполнялись реставрации по Блэку I и II класса в полости рта пациентов, оценивались манипуляционные характеристики материала – адгезия к инструментам, к тканям зуба, способность сохранять форму и подстраиваться под цвет зуба материалов-хамелеонов.

Результаты. На первом этапе образцы материалов Herculite, Harmonize, OptiShade и Asteria не изменяли свою первоначальную форму по диаметру или высоте по истечении исследуемого времени. Образец Estelite Quick менял свою форму на протяжении всего исследования и через 5 минут увеличился в диаметре на 3 мм и уменьшился на половину своей первоначальной высоты; образец Omnichroma увеличился в диаметре на 2 мм и уменьшился в высоту на половину своей первоначальной высоты через 5 минут; образец ДентЛайт увеличился в диаметре на 2 мм и уменьшился в высоту на 1 мм. На втором этапе исследования были выполнены реставрации по Блэку I и II класса в полости рта пациентов, а также оценены манипуляционные характеристики используемых материалов. Результаты второго этапа исследования были идентичны результатам первого этапа, но следует отметить, что реставрации с использованием материалов Omnichroma и OptiShade были немного более удобными в использовании, чем другие препараты, благодаря их уникальной технологии «хамелеон», которая обеспечивала четкое сочетание реставрации с окружающими тканями.

Закключение. Композитные материалы с более высокой вязкостью и хорошими свойствами сохранения формы предпочтительны в ситуациях, когда точное формирование и контурирование имеют решающее значение, как и эстетические цели. Эти материалы могут помочь гарантировать, что реставрация сохранит свою форму и хорошо адаптируется к структуре зуба до полимеризации. Материалы с высокой степенью тиксотропности лучше использовать, когда требуется высокоэстетичный результат, как например, при реставрациях фронтальной группы зубов.

Список использованной литературы:

1. Применение светоотверждаемых нанонаполненных композитных материалов в стоматологии / Н.И.Крихели, М.Н.Бычкова, О.В.Крамар [и д.р.] // Медицинский алфавит. – 2023. –№ 30. – С. 70-73.
2. Скрипкина, Г.И. Сравнение объективных показателей различных свойств фотокомпозитных материалов с субъективной оценкой врачей-стоматологов / Г. И. Скрипкина, А. Ж. Гарифуллина, Е. А. Бреславская // Стоматология детского возраста и профилактика. - 2020. - №2.- С.95-100.
3. The influence of filler characteristics on the performance characteristics of dental composites: a comprehensive review / Elfakhri F. [et al] // Ceramics International. – 2022. – No. 19. — P. 27280-27294

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «СТОМАТОЛОГИЯ».
ТРАНСДЕНТАЛЬНАЯ ЭКСТРУЗИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА.

Гильмутдинов А. А.

Научные руководители:

к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии Шакирова Л. Р.;

к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии Мустакимова Р. Ф.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение:

Экструзия зуба — это процесс, который применяется для исправления стоматологических аномалий, таких как неправильный прикус, недостаточная высота зубов и т.п. Также этот метод позволяет «вытянуть» остаточный корень зуба, позволяя получить феррул-эффект и установить ортопедическую конструкцию, не прибегая к удалению и последующей имплантации.

Актуальность:

С учетом растущей осведомленности населения о здоровье полости рта и эстетике улыбки, возникает необходимость в эффективных методах лечения. Экструзия зуба в ортопедической практике становится все более популярной, так как в последующем она позволяет восстановить целостность зубного ряда не прибегая к имплантации и протезированию мостовидными протезами (в случаях, когда дефект включённый).

Цель: рассмотреть преимущества, недостатки и значимость данного метода в реабилитации стоматологического пациента на примере клинического случая.

Задачи:

- 1 – рассмотреть преимущества и показания для использования экструзии зуба;
- 2 – разобрать клинический случай применения ортодонтической экструзии.

Материал и методы исследования: был проведён анализ фотографий клинических случаев и сайтов с публикациями патентов на предмет наличия информации по данной методике.

Основная часть:

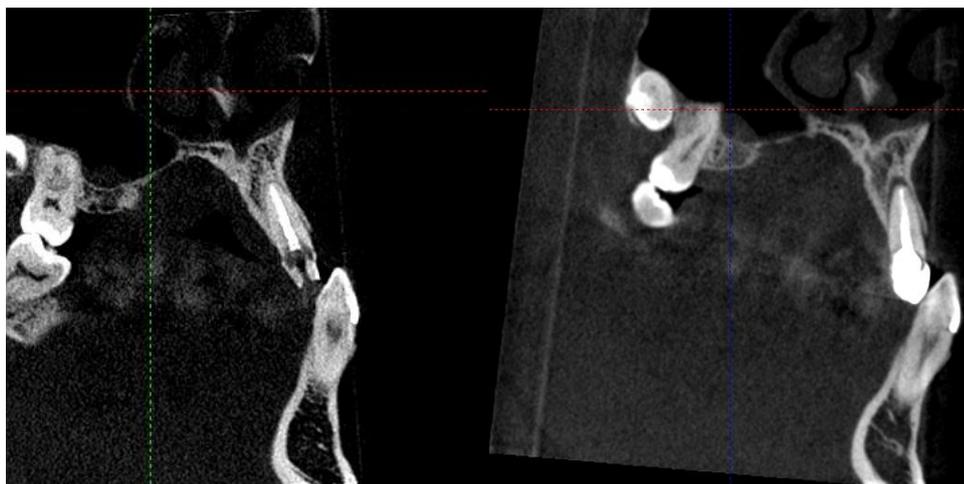
В привычном понимании экструзия зуба осуществляется с помощью специальных ортодонтических конструкций, таких как мини-имплантаты или ортодонтические дуги. В случае с трансдентальной экструзией [1] для выдвижения зуба используется 2 индивидуализированных стекловолоконных штифта, один из которых закреплен между соседними от остаточного корня зубами на жидкотекучий композит, а второй – непосредственно на остаточном корне зуба за счёт механической ретенции вкупе с химической адгезией. Обе конструкции соединены между собой ортодонтическими резинками – «эластиками».

Ключевым показанием для применения такого типа экструзии является недостаточный феррул-эффект на остаточном корне зуба.



Вид 2.2, 2.3 на момент начала экструзии (слева) и после снятия «эластиков» (справа)

Преимущества экструзии заключаются в том, что данный метод позволяет сохранять и использовать существующие зубы не прибегая к дентальной имплантации с быстрым (относительно последней) переходом к протезированию. Также способствует более предсказуемым результатам в сравнении с другими ортодонтическими процедурами.



(слева – до экструзии, справа – сразу после снятия «эластиков»)

Итог:

Экструзия зуба является эффективным и безальтернативным (в случае наличия абсолютных противопоказаний к дентальной имплантации) методом. Она предлагает значительные преимущества для пациентов, включая улучшение эстетики и функциональности зубочелюстной системы.

Заключение:

Экструзия зубов таким методом продолжает распространяться в стоматологическом сообществе, обеспечивая доступ к современному лечению за счет индивидуального подхода к каждому пациенту. Перспективы этого метода выглядят многообещающе, особенно с учетом новых технологий и материалов, что позволяет ожидать дальнейших успехов в применении и совершенствовании данной техники.

Список литературы:

1 – <https://patenton.ru/patent/RU2816069C1>

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА». ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТА С НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА.

Гуляев К.О.

Научные руководители:

Денисов Николай Дмитриевич – ассистент кафедры ортопедической стоматологии Казанского государственного медицинского университета.

Шамсутдинов Марсель Ильдусович – к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии Казанского государственного медицинского университета.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. Роль врача стоматолога ортопеда занимает одну из передовых позиций в области функциональной и эстетической реабилитации пациентов, как в своей значимости, так и в исключительной точности своей работы, которая проявляется в грамотном клиническом мышлении, и что не менее важно, высоких мануальных навыках. Из этого следует, что обучение студентов должно выполняться столь же ответственно и полноразмерно, сколько осуществляется лечение на приеме врача стоматолога ортопеда.

Цели и задачи. Продемонстрировать какими средствами и в какой форме кафедра ортопедической стоматологии Казанского государственного медицинского университета подготавливает будущих специалистов на примере клинического случая, в котором будет рассмотрена ортопедическая диагностика мышечного, суставного и зубного компонентов пациента.

Цель исследования в рамках клинического случая. Изучение и использование методов комплексной диагностики и регистрации центрального соотношения челюстей различными методами у стоматологических пациентов ортопедического профиля.

Место проведения исследования. Стоматологическая поликлиника Казанского государственного медицинского университета номер 9 города Казани.

Материалы и методы. Были произведены поиск, отбор, систематизация и изучение научной литературы последних лет на данную тематику. После чего было отобрано и обследовано 10 пациентов в разной возрастной категории, с различными патологиями прикуса. Использовались основные методы функциональной диагностики: цифровой анализ окклюзии (**Tecscan, USA**), электромиография (**De Gotzen, Italy**), артровибрография (**JVA, BioResearch, USA**), кинезиография (**BioResearch, Associates Inc., USA**). Применены популярные методы регистрации центрального соотношения, произведена работа с лицевой дугой и моделями челюстей пациентов в артикуляторе. Все исследования были произведены на базе кафедры ортопедической стоматологии Казанского ГМУ в стоматологической поликлинике.

Результаты в рамках диагностики. Нами установлено, что патологические изменения в системе ВНЧС могут диагностироваться уже на этапе первичного обследования. Отсутствие жалоб пациента на данный компонент заключается в компенсаторных изменениях системы. Также, в процессе исследования, на завершающем этапе, нами выяснено, что различные методы определения ЦС, после соответствующей депрограммации дают различные результаты, что объясняется множеством комфортных для системы положений ЦС.

Таким образом следует:

- 1) Правильное позиционирование нижней челюсти играет доминирующую роль в реабилитации пациентов с патологией окклюзии.
- 2) Комплексная диагностика перед ортопедическим лечением является ключом к прогнозируемому результату реабилитации.
- 3) Разные методы определения центрального соотношения дали разные результаты, поэтому перед принятием решения (выбора положения челюсти),

необходимо провести проверку с помощью каппы или временного протезирования.

Заключение. Из рассмотрения практической составляющей следует, что подготовка будущих врачей стоматологов ортопедов заключается в комплексном подходе. Практический компонент освоения практических умений несет в себе изучение и работу с аналоговыми и цифровыми методиками диагностики, проектированием материалов, профилактики и лечения пациентов с различными стоматологическими аномалиями. Подход кафедры ортопедической стоматологии Казанского ГМУ к получению практических навыков направлен на получение умений работы с различными диагностическими аппаратами на основе цифровых и аналоговых баз, что позволяет специалистам в будущем грамотно и своевременно применять тот или иной метод.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«СТОМАТОЛОГИЯ» СТОМАТОЛОГА-ОРДИНАТОРА. РАЗБОР
КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВОГО
ПРОТОКОЛА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ».***

Зайнутдинова А.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой ортопедической стоматологии КГМУ Салеева Г.Т., ассистент кафедры ортопедической стоматологии Валеев М.Б.

Введение:

Цифровые технологии, на сегодняшний день, набирают свою популярность, их использование в имплантации становится цифровым протоколом. Перед окончательным протезированием после имплантации при устранении частичного дефекта зубного ряда в эстетической зоне важным

этапом реабилитации является изготовление несъёмной конструкции на имплантатах.

Современные технологии помогают быстро восстановить утраченные зубы при этом наименее травматичным способом, а также с учетом анатомических особенностей каждого пациента. Применения цифровых протоколов протезирования с опорой на имплантат помогает спрогнозировать результат операции еще до ее начала, а срок службы зубного имплантата увеличивается, из-за того, что применено лучшее место для его установки. Все это возможно только благодаря применению цифровой имплантации, таким образом, изучение данной темы является актуальным вопросом на сегодняшний день, когда медицина переходит на новый уровень и ищет все новые пути решения проблем пациентов менее травматичным для него способом.

Цель исследования – определение особенностей выполнения цифровых протоколов протезирования с опорой на имплантат, а также диагностика и планирование лечения по цифровому протоколу.

Задачи исследования:

1. Определить принципы проведения цифровых протоколов протезирования с опорой на имплантат;
2. Изучить диагностический этап цифрового протокола;
3. Особенности планирования лечения по цифровому протоколу.

1. Цифровые протоколы протезирования с опорой на имплантат

Основное назначение цифровой имплантации – точно определить идеальное положение будущего протеза и установить его именно так, как это предписано протоколом, чтобы искусственный зуб мог служить максимально долго.

Важность проведения цифрового протокола для окончательного результата лечения доказана как для стандартного несъемного протезирования, так и для протезирования на имплантатах. Временная конструкция при протезировании на имплантатах создает профиль

прорезывания, формирует структуру мягких тканей вокруг имплантата во время их заживления и сохраняет архитектуру слизистой при проведении окончательного протезирования.

Внедрение цифрового сканирования в имплантацию позволяет создать новые технологии получения оттиска, так цифровые оттиски, которые получают при помощи внутриротовых сканеров становятся все более популярными в современной медицине, а доклинические и клинические исследования подтверждают их использование в клинической практике при частичной адентии и небольшой протяженности дефекта.

2. Этапы цифровой имплантации

На первом этапе проводится обследование, где выясняется анамнез, выполняется 3D-сканирование ротовой полости, и пациент направляется на конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ) челюсти.

На втором этапе выполняется трехмерное компьютерное моделирование – совмещаются данные 3D-сканирования и КЛКТ, и в результате создается единая компьютерная объемная модель челюсти пациента, где отмечены все особенности тканей, прикус, расположение всех зубов.

На 3 этапе проводят позиционирование будущих имплантатов, где подбираются оптимальные варианты установки имплантатов, подбирается подходящая имплантационная система, а также сам имплантат.

На 4 этапе создается хирургический шаблон, являющийся трафаретом с направляющими для сверел, которыми будут выполняться все необходимые действия для установки имплантата. Трафарет создается в компьютерной программе на основе модели челюсти больного, затем он печатается на 3D-принтере из полимерных материалов.

На 5 этапе проводится установка имплантатов – устанавливается в ротовую полость сначала сверел для размещения имплантата в оптимальной позиции. Благодаря данной технологии операция занимает меньше времени и является менее травматичной для больного, так как имплантат чаще всего

устанавливается через точечный прокол и не требуется для этого разрезать десну, а также отделять лоскут и оголять кость.

На шестом этапе проводится установка зубной коронки. Еще до начала операции решается, какой вид имплантации будет выполняться: стандартная двухэтапная или с одномоментной нагрузкой (когда протезирование и установка временной коронки выполняются одновременно с удалением зуба пациента).

При двухэтапной имплантации коронка ставится после того, как имплантат полностью приживется в кости (спустя 3-6 месяцев после операции).

Для одномоментной нагрузки в короткий срок изготавливается временная коронка, которая будет выполнять функцию утраченного зуба вплоть до установки постоянной конструкции (от нескольких месяцев до нескольких лет).

Имплантация может занять как один день, так и растянуться на несколько недель и месяцев.

Время протезирования с применением навигационной системы и цифровых технологий зависит не только от технической оснащенности клиники, но и от самого больного, его возможностей и состояния здоровья и материальное составляющее.

3. Клинический случай

Следует детально рассмотреть применение цифровых протоколов на практике. Далее представлена информация о пациенте с частичным дефектом верхнего зубного ряда во фронтальном отделе. У него уже были установлены два имплантата (3.3 мм x 12 мм) во фронтальном участке верхней челюсти в области зубов 1.2 и 2.2.

Центральные резцы у пациента подлежали удалению, но они также использовались в качестве временной опоры для провизорного несъемного зубного протеза. Была выполнена предоперационная рентгенограмма.

В следующее посещение были удалены центральные резцы и в лунки был помещён трансплантат. После удаления был зафиксирован провизорный протез на имплантатах с винтовой фиксацией на четыре единицы с овоидной промежуточной частью для формирования мягких тканей в период заживления. Через 3 месяца формирования мягких тканей была изготовлена окончательная конструкции.

И именно на этапе изготовления оттиска использовалась техника цифрового сканирования. Было проведено сканирование временной конструкции с винтовой фиксацией в полости рта (первое сканирование) и вне полости рта (второе сканирование) внутриротовым сканером в белом свете. Далее на имплантатах были установлены и зафиксированы скан-трансферы. Далее был сделан цифровой оттиск на уровне имплантатов (третье сканирование). После чего они были объединены в один файл.

Во время следующего посещения была проведена припасовка мостовидной конструкции на имплантатах с винтовой фиксацией в полную анатомию. Точность припасовки была подтверждена клинически и посредством периапикальных рентгенограмм.

Пациенту были даны рекомендации по гигиене полости рта и очистке области вокруг конструкции. На контрольном визите через 6 месяцев результат был стабильным.

Применение техники тройного сканирования является простой, эффективной и понятной, ее можно использовать для изготовления небольших конструкций на двух имплантатах. На сегодняшний день врачи-стоматологи успешно применяют данную методику.

Заключение

Таким образом, можно сделать следующие выводы, которые имеют преимущества для пациента:

- меньше травматизация тканей от действий врача, тем самым ведет к скорой реабилитации и послеоперационный болевой синдром будет снижен;

- эстетический результат, особенно при имплантации передних зубов, лучше: имплантат стоит верно относительно остальных зубов, нет следов от разреза десен, даже временные коронки смотрятся, как натуральный зуб;

- так как искусственный корень устанавливается точно в соответствии с компьютерным расчетом, это означает то, что все осложнения сводятся к минимальному риску отторжений или других патологий, которые могут способствовать утрате протеза.

Цифровая имплантация – это сложный технологический процесс, который требует высокий профессионализм хирурга-ортопеда и зубного техника. Специалисты должны постоянно повышать квалификацию, разбираться в челюстно-лицевой хирургии и одновременно – в современных технологиях.

Один из минусов метода — это его стоимость, цифровая имплантация недоступна пациентам, ограниченным в средствах. В таком случае стоит оценивать все риски. Безусловно, возможность неправильной установки и последующих осложнений вплоть до утраты имплантата без использования цифровых технологий определено выше. В таком случае экономия на компьютерном моделировании и хирургическом шаблоне может вести к необходимости повторной имплантации.

Список литературы

1. Апресяна, С.В. Комплексное цифровое планирование стоматологического лечения - Издательство "Мозартика", Москва 2020 – 398 с.
2. Степанов, А.Г. Цифровые технологии в хирургической стоматологии / Степанов А.Г., Апресян С.В. - издательство "Мозартика", Москва 2021 – 398 с.
3. Хегая И.Г. "Цифровой подход при протезировании на имплантатах Dentis - залог успешного решения сложной клинической ситуации".
4. Альярди, Э. Имплантаты под наклоном. Протезирование с опорой на имплантаты при выраженной атрофии челюстей – 2021 – 33 с.

5. Мартин, У, Имплантологическое лечение в эстетически значимой зоне. Современные протоколы замещения одного зуба. ITI том 10. – 2021 г. – 140 с.

6. Сагитов И.И., Салеева Л.Р., Салеева Г.Т. «Использование различных типов хирургических шаблонов для установки дентальных имплантатов».

РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ «ПОЛНЫЙ ВЫВИХ ПОСТОЯННОГО НЕСФОРМИРОВАННОГО ЗУБА У РЕБЕНКА»

Казумова А.Б.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)

Научный руководитель - к.м.н., доцент Кодукова Н.Ю.

Актуальность. Травма – внезапное воздействие на ткани и органы челюстно-лицевой области фактора внешней среды, приводящего к нарушению анатомической целостности, функции и физиологических процессов травмированного отдела. Успешная реплантация полностью вывихнутого зуба зависит от различных факторов, включая немедленное удаление вывихнутого зуба, условия хранения вывихнутого зуба и последующие клинические вмешательства.

Материалы и методы. Проанализирован клинический случай одной из наиболее частых и опасных травм у детей: полного вывиха центрального резца верхней челюсти.

Результаты. Пациент обратился в клинику с полностью вывихнутым постоянным правым центральным резцом верхней челюсти после травматического инцидента во время игры. Пациент упал во время игры, что привело к вывиху правого центрального резца. Зуб был полностью вырван из альвеолярной впадины. Ребенка сопровождал отец, который сообщил, что зуб был найден и хранился в холодном молоке перед предъявлением, что является рекомендуемой мерой первой помощи при выбитых зубах. Внеротовое

обследование не выявило серьезных травм. Внутриротовое обследование подтвердило полное удаление правого центрального резца верхней челюсти. Лунка выглядела чистой, без видимых переломов или инородных тел. Была сделана периапикальная рентгенограмма, чтобы оценить состояние альвеолярной кости и убедиться в отсутствии переломов окружающих структур. Рентгенограмма показала отсутствие фрагментов кости, и лунка была пригодна для реплантации.

Перед процедурой было получено информированное согласие от отца. Были предприняты следующие шаги: 1. Вырванный зуб был проверен на жизнеспособность и целостность, переломов обнаружено не было. 2. Лунка была тщательно промыта физиологическим раствором для удаления остатков. 3. Зуб был пересажен в альвеолярную впадину, обеспечивая правильное выравнивание. 4. Зуб стабилизировали с помощью гибкой шины на две недели для обеспечения заживления. 5. Были предоставлены послеоперационные инструкции относительно гигиены полости рта, изменений в рационе питания и признаков потенциальных осложнений. Пациенту было рекомендовано избегать твердой пищи и чрезмерных манипуляций с пересаженным зубом. На одну неделю после реплантации был запланирован повторный прием для оценки заживления и стабильности зуба.

Выводы. Реплантация полностью вывихнутого зуба прошла успешно, и пациент находится под наблюдением на предмет возможных осложнений. Дальнейшее наблюдение будет иметь важное значение для обеспечения успешной интеграции и жизнеспособности пересаженного зуба. Рекомендации: регулярные стоматологические осмотры после реплантации, мониторинг на предмет любых признаков инфекции или неудачи реплантации, обучение важности защитных мер во время физических нагрузок для предотвращения травм зубов в будущем.

ОРОДЕНТАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ С СИНДРОМОМ НУНАН

Лямина В.С., Артемьева К.И.

Научный руководитель - профессор кафедры детской стоматологии ФГБОУ

ВО «Казанский ГМУ» МЗ России д.м.н. Мамаева Е.В.

Актуальность.

Актуальность данного исследования поддерживается не только интересами отечественных и зарубежных авторов, представленных в источниках научной литературы, но и востребована специалистами-практиками в системе медикосоциальной реализации множественных пороков развития у пациентов, обладающих жизненными возможностями восстановления здоровья при сложных синдромальных поражениях типа синдрома Нунан [1]. Исследование имеет значение для отечественной и зарубежной практики. Спорадический синдром Нунан характеризуется мутацией гена RTPN11, приводящей к нарушению структуры соединительной ткани, провоцируя разнообразные проявления, в том числе и ородентальные [2].

Цель. Определение особенностей курации на этапах оказания стоматологической помощи пациенту с синдромом Нунан на основании ородентальной симптоматики.

Задачи:

1. Диспансеризация с момента рождения пациента, диагностирующего сложные пороки эмбриогенеза, имеющие тенденцию к утяжелению по мере роста ребенка.
2. Разработать персонифицированную программу для пациента с синдромом Нунан

Обсуждение.

На основании диагностических данных пациенту Я., 14 лет, была диагностирована множественная ородентальная патология, в том числе и хронический генерализованный пародонтит (K05.3), возможно, с агрессивным или быстро прогрессирующим течением, тип С. Такой пародонтит у нашего

пациента можно рассматривать как мультифакториальную патологию, наследуемую и проявляющуюся при наличии средовых факторов (неудовлетворительная гигиена рта, наличие мукогингивальных и ортодонтических аномалий, несовершенный дентиногенез, остеопороз) или как микропризнак генетической патологии – синдрома Нунан. Настораживает, что у пациента ранее были диагностированы лейкомаляция и ларингомаляция, при этом известно, что маляция (malacia) – это аномальное размягчение какой-либо части органа или ткани. В нашем случае маляция костной ткани возможно будет являться одним из основных средовых факторов для развития и прогрессирования хронического пародонтита наряду с другой стоматологической патологией, что, безусловно, потребует особого внимания от нас как от стоматологов, а установленный уровень диагностических показателей будет использован в качестве исходных материалов [1].

Вывод. Пациенты с наследственной патологией, в том числе с синдромом Нунан имеют выраженные ородентальные проявления. С учетом особенностей для подобных пациентов необходима разработка индивидуальных программ, из которых вытекает продолжительность и результативность выбранных тактик лечения в условиях анестезиологического пособия или седации [4].

Список литературы.

1. ФаАссен М.В. RAS-патии: синдром Нунан и другие родственные заболевания. Обзор литературы. Проблемы эндокринологии. 2014;60(6):45-52. doi: 10.14341/probl201460645-52
2. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома Нунан. 2017. Режим доступа: <https://med-gen.ru/docs/nunan.pdf>
3. Муханова АВ, Пшемьская ИА. Синдром Нунан: клинический случай. Детская реабилитация. 2022;4(2):27-31. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=49871453>
4. Mendez HM, Opitz JM. Noonan syndrome: a review. Am J Med Genet. 1985;21:493–506. - PubMed

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ НУНАН: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Лямина В.С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н., профессор кафедры стоматологии детского
возраста Мамаева Е.В.

Актуальность. Спорадический синдром Нунан характеризуется мутацией гена RTPN11, приводящей к нарушению структуры соединительной ткани, провоцируя разнообразные проявления, в том числе и ородентальные.

Описание клинического случая. Родители пациента Я., 14 лет обратились в клинику (АО «Детская стоматологическая поликлиника №9», г. Казань) с жалобами на сильные боли в полости рта, гнилостный запах изо рта и подвижность зубов. На момент первичного обращения в нашу клинику ребенок был эмоционально лабилен, отмечалось настороженное поведение к действиям врача, стоматофобия. В ходе консультации и первичного осмотра были выявлены хронический генерализованный пародонтит (K05.3) в стадии обострения (боль в полости рта, температура тела 38⁰С, подвижность зубов II-III степени; резкая отечность десневого края и альвеолярного отростка, кровоточивость III степени (спонтанная), десневые сосочки гиперемированы, бочкообразной конфигурации, в области 3.1 и 4.1 с участками некроза; пародонтальные карманы с гнойным экссудатом; поддесневые зубные отложения).

Для пациента была разработана персонифицированная программа: первый этап - временное шинирование зубов 5 сегмента ортодонтическим ретейнером, антипротозойная терапия и аппликаций антисептика, выдано направление ОПТГ и денситометрию костной ткани; второй этап - в условиях седации профессиональная гигиена рта; шинирование зубов, закрытый кюретаж и пластику уздечки нижней губы.

После выполнения всего комплекса заявленных мероприятий пациент был поставлен на диспансерный учет, ему и его родителям были даны

рекомендации по послеоперационному уходу за полостью рта и индивидуальной гигиене, а в качестве модели диспансерного наблюдения выбран диспансерный осмотр один раз в квартал.

Заключение. На основании диагностических данных пациенту Я., 14 лет был диагностирован хронический генерализованный пародонтит (K05.3), возможно с агрессивным или быстро прогрессирующим течением, тип С. Такой пародонтит можно рассматривать как мультифакториальную патологию, наследуемую и проявляющуюся при наличии средовых факторов (неудовлетворительная гигиена рта, наличие мукогингивальных и ортодонтических аномалий, несовершенный дентиногенез, остеопароз) или как микропризнак генетической патологии – синдрома Нунан. Настораживает что у пациента ранее были диагностированы лейкомаляция и ларингомаляция, при этом известно, что маляции (malacia) это аномальное размягчение какой-либо части органа или ткани. В нашем случае маляция костной ткани возможно будет являться одним из основных средовых факторов для развития и прогрессирования хронического пародонтита наряду с другой стоматологической патологией, что безусловно потребует особого внимания от нас как от стоматологов, а установленный уровень диагностических показателей будет использован в качестве исходных материалов.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭДТА НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЗАКРЫТИЕ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ

Медведева Е. А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель к.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Нестерова Е.Е.

Введение

С каждым годом методики хирургического закрытия рецессии десны эволюционируют и претерпевают модификации, но на данный момент не остается сомнений, что золотым стандартом являются биламинарные методы

с использованием свободного соединительнотканного трансплантата (ССТ). Для достижения функционального и эстетичного результата многие клиницисты рекомендуют проводить механическую и химическую обработку поверхности корня перед пересадкой ССТ. После инструментальной очистки биомодификацию поверхности корня проводят при помощи эрбиевого лазера, ЭДТА, Эмалевых Матриксных Протеинов (ЭМП), лимонной кислоты, богатой тромбоцитами плазмы и др. Основными целями химической обработки являются удаление смазанного слоя, открытие дентинных канальцев, активация коллагеновых волокон, создание необходимых условий для образования соединительнотканного прикрепления [1].

В виду доступности и простоты наибольшую распространённость получил метод с использованием ЭДТА, но в научном сообществе до сих пор существуют разногласия о целесообразности его применения [2].

Целью данного исследования является оценка эффективности ЭДТА в качестве химического агента при подготовке поверхности корня к процедуре устранения рецессии десны по биламинарной методике.

Материалы и методы

Были проанализированы данные амбулаторных карт 24 пациентов, из которых 14 - женщины, 10 - мужчины, обратившихся в частную стоматологическую клинику г. Казани с жалобами на оголение поверхности корня, повышенную чувствительность, эстетический дискомфорт. Общесоматически здоровые, некурящие, с подтвержденным диагнозом - рецессия десны (К 06.0) (I, II класса по Миллеру). Клинические случаи были разделены на 2 группы:

1. Группа «А» – 12 пациентов (7 - женщин, 5 - мужчин) (31 зуб). Хирургическое закрытие рецессии десны проводилось по модифицированной тоннельной методике (ТМ), с использованием дезпителизированного свободного десневого трансплантата (дСДТ). В ходе операции использовалась механическая очистка (при помощи ручных кюрет) и химическая биомодификация поверхности корня 24% гелем ЭДТА в течение 2 минут.

2. Группа «Б» – 12 пациентов (8 - женщин, 4 -мужчины) (32 зуба). Хирургическое закрытие рецессий десны проводилось по модифицированной тоннельной методике (ТМ), с использованием дезэпителизованного свободного десневого трансплантата (дСДТ). В ходе операции использовалась только механическая очистка поверхности корня (при помощи ручных кюрет).

Оценивались усредненные параметры по группе до проведения операции и через 3 месяца после операции: Высота рецессии десны (ВР), Глубина зондирования (ГЗ) и Уровень клинического прикрепления (УКП)

Результаты

Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1. Суммарный результат до и послеоперационных параметров

Параметры		Группа «А» ТМ+дСДТ+Э ДТА	Группа «Б» ТМ+дСДТ
ВР	ВР (до операции)	4.1	3.9
	ВР (через 3 месяца после операции)	0.2	0.3
ГЗ	ГЗ (до операции)	1.6	1.5
	ГЗ (через 3 месяца после операции)	1.45	1.5
УКП	УКП (до операции)	5.7	5.4
	УКП (через 3 месяца после операции)	1.65	1.8

В результате хирургических вмешательств были улучшены параметры высоты рецессии и уровня клинического прикрепления в обеих группах, но

статистически значимых различий между данными группы «А» и группы «Б» - не выявлено.

Заключение

Исходя из всего вышеперечисленного, можно сделать вывод, что применение геля ЭДТА не влияет на результат хирургического закрытия рецессии десны на рассматриваемом временном промежутке (3 месяца). Неоспоримыми этапами являются механическая обработка корня и использование соединительнотканых трансплантатов. Однако данная тема нуждается в долгосрочных и рандомизированных клинических исследованиях, для изучения стабильности результата и влияния ЭДТА на рост соединительнотканного прикрепления.

Список литературы:

1. Zhan X, Yan W, Yan J, Tong W, Chen W, Lin Y. LPCGF and EDTA conditioning of the root surface promotes the adhesion, growth, migration and differentiation of periodontal ligament cells. *J Periodontol.* 2021 May;92(5):738-747. doi: 10.1002/JPER.20-0103. Epub 2020 Sep 8. PMID: 32835432.
2. Barootchi S, Tavelli L, Ravidà A, Wang CW, Wang HL. Effect of EDTA root conditioning on the outcome of coronally advanced flap with connective tissue graft: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2018 Nov;22(8):2727-2741. doi: 10.1007/s00784-018-2635-3. Epub 2018 Oct 6. PMID: 30293186.

**«ПОМОЩНИК АССИСТЕНТА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА» –
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА**

Тфетова А.Г., Гарифуллин К.И.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет
имени И. Н. Ульянова»

Научный руководитель — к.м.н., доцент, заведующий кафедрой
Пропедевтики стоматологических заболеваний и новых технологий

Никитина Л.И.

Актуальность. Стоматология — это обширная область медицины, включающая различные специальности и направления. В условиях современных требований развития системы многопрофильной стоматологической помощи трудно переоценить значимость квалифицированной работы ассистента врача-стоматолога. Учебная клиническая практика является обязательной и непосредственно ориентирована на профессионально-практическую подготовку обучающегося. Производственная практика на медицинском факультете специальности «Стоматология» ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова» является одним из важных этапов становления будущих специалистов стоматологов. На кафедре Пропедевтики стоматологических заболеваний и новых технологий разработана программа проведения практики, основанная на требованиях Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.03 Стоматология. Данная производственная практика «Помощник ассистента врача–стоматолога» проводится в объёме 108 часов. Ассистент выполняет множество функций, обеспечивая эффективное ведение и обслуживание пациентов на стоматологическом приёме.

Цель – организация клинической практики «Помощник ассистента врача-стоматолога» студентов-стоматологов второго курса.

Задачи: студент приобретает первоначальный практический опыт и профессиональные навыки для будущей работы в стоматологии.

Материалы и методы исследования. Практика проводится после экзамена по дисциплине «Пропедевтическая стоматология», т.е. когда студенты имеют достаточно хороший уровень теоретических знаний и определённый набор практических навыков. База практики – отделения, кабинеты городских стоматологических поликлиник и частные стоматологические клиники г. Чебоксары, Чувашской Республики и других регионов России. На кафедре разработан единый «Дневник прохождения производственной практики», который является обязательной формой отчётности, заполняется ежедневно студентом и предназначен для проверки качества прохождения практики, а также полученных знаний, умений и навыков [1, 2].

Нами проведен мониторинг мнения студентов-практикантов о выбранной профессии врача-стоматолога. За время прохождения практики мнение о выбранной профессии врача-стоматолога улучшилось у 78% опрошенных, осталось прежним у 12% и появилось разочарование у 10%. Производственная практика, как первый шаг в будущую профессию, оценили 85% студентов, 10% оценили как возможность дальнейшего трудоустройства, 5% оценили как неизбежную необходимость учебного процесса.

Выводы. Производственная практика «Помощник ассистента врача-стоматолога» актуальна для будущей профессии стоматолога, способствует раннему началу профессиональной деятельности, развивает мануальные и коммуникационные навыки у студентов. Отрадно отметить, что большинство студентов после прохождения производственной практики начали работать ассистентами стоматологов в стоматологических клиниках г. Чебоксары, т.е. непосредственно в той сфере, где им предстоит работать в будущем.

Список литературы:

1. Дневник прохождения производственной практики (клиническая практика по стоматологии общей практики) «Помощник ассистента врача-стоматолога» / сост. Л.И. Никитина, В.В. Гилязева; Чуваш. гос. ун-т им. И.Н. Ульянова. Чебоксары, 2024. 40 с.
2. Врач-стоматолог и ассистент врача: особенности работы в четыре руки: методические рекомендации для практикующих врачей-стоматологов И ассистентов врача-стоматолога / Коллектив авторов. Казань: ОАО «Эксклюзив-Дент», 2014. 53 с.

**«ПОМОЩНИК АССИСТЕНТА ВРАЧА – СТОМАТОЛОГА-
ТЕРАПЕВТА ЭНДОДОНТИСТА» – ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ
ПРАКТИКА СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА**

Шарова У.Е.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет
имени И. Н. Ульянова»

Научный руководитель — к.м.н., доцент, заведующий кафедрой
Пропедевтики стоматологических заболеваний и новых технологий

Никитина Л.И.

Актуальность. Проблема эндодонтического лечения зубов делается с каждым годом все актуальнее. К счастью, сегодня мы имеем достаточный арсенал средств для того, чтобы помочь пациентам даже в сложных клинических ситуациях, да и пациенты уже не торопятся удалять зубы, если существует возможность их сохранения. Стандарты и технологии постоянно совершенствуются. Ассистирование врачу — стоматологу-терапевту-эндодонтисту необходимо при выполнении любых эндодонтических стоматологических вмешательств, особенно при работе с новыми методиками и технологиями. За последние десятилетия в эндодонтии внедрились лечения

под увеличением и усиленным освещением, что позволило улучшить визуализацию. Ассистент участвует в непосредственной работе с пациентом во время приёма. Он готовит к работе стоматологический микроскоп, ультразвуковые и эндодонтические аппараты — все то, что необходимо для проведения лечебно-диагностических манипуляций зубов. Ассистент является универсальным помощником и непосредственно правой рукой врача — стоматолога-терапевта-эндодонтиста.

Производственная практика на медицинском факультете специальности «Стоматология» ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет имени И. Н. Ульянова» является одним из важных этапов становления будущих специалистов стоматологов. На кафедре Пропедевтики стоматологических заболеваний и новых технологий разработана программа проведения практики, основанная на требованиях Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.03 Стоматология, утверждённого приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 февраля 2016 г. № 96., Приказа Минобрнауки России от 27.11.2015 N 1383 «Об утверждении Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования».

Производственная практика «Помощник ассистента врача–стоматолога» проводится в объёме 108 часов для студентов второго курса специальности Стоматология проводится по окончании экзаменов летней сессии в четвёртом семестре. Базы практики – отделения, кабинеты городских стоматологических поликлиник и частные стоматологические клиники г. Чебоксары, г. Новочебоксарска, Чувашской Республики, Республики Татарстан, Республики Марий Эл, Республики Башкортостан, Нижегородской области, Ульяновской области и других регионов России.

Цель – организовать клиническую практику «Помощник ассистента врача-стоматолога» с врачом — стоматологом-терапевтом на эндодонтическом приёме.

Задачи: студент приобретает первоначальный практический опыт и профессиональные навыки для быстрой, точной и качественной обработки и obturации корневых каналов, работы со стоматологическим микроскопом и биноклями.

Материалы и методы исследования. Практика проводилась после экзамена по дисциплине «Пропедевтическая стоматология», т.е. когда студенты имеют достаточно хороший уровень теоретических знаний и определённый набор практических навыков. База практики – частная стоматологическая клиника г. Чебоксары. Дневник прохождения производственной практики являлся обязательной формой отчётности и заполнялся ежедневно [1].

На кафедре изданы учебно-методические пособия: «Операционный микроскоп в стоматологии» (2017 г.) и «Азбука современной эндодонтии» (2006, 2022 гг), которые позволяют изучить стоматологический микроскоп, эндодонтические аппараты и материалы [2, 3].

Мною проведен мониторинг мнения студентов-практикантов о работе врачей — стоматологов-терапевтов на эндодонтическом приёме со стоматологическим микроскопом и с использованием биноклиров. По результатам опроса выявили, что в частных стоматологических клиниках 48 % врачей — стоматологов-терапевтов работают с использованием биноклиров, 32 % проводят эндодонтическое лечение с помощью стоматологического микроскопа. В государственных клиниках стоматологические микроскопы используют только в 24 % и биноклиры 20% врачей — стоматологов-терапевтов.

Выводы. Производственная практика «Помощник ассистента врача-стоматолога» необходима для будущей профессии врача — стоматолога-

терапевта на эндодонтическом приёме. Способствует раннему началу профессиональной деятельности, развивает мануальные и коммуникационные навыки у студентов, навыки работы на стоматологическом микроскопе, с ультразвуковыми и эндодонтическими аппаратами.

Студенты имеют возможность применить на практике знания, полученные на лабораторных занятиях и лекционных курсах. Это помогает лучше понять и усвоить материал. Обучающиеся имеют возможность познакомиться с опытными врачами, наставниками и коллегами, что может быть полезным в будущем для трудоустройства и карьерного роста.

Список литературы:

1. Дневник прохождения производственной практики (клиническая практика по стоматологии общей практики) «Помощник ассистента врача-стоматолога» / сост. Л.И. Никитина, В.В. Гилязева; Чуваш. гос. ун-т им. И.Н. Ульянова. Чебоксары, 2024. 40 с.
2. Азбука современной эндодонтии: учебно-методическое пособие / Л.И. Никитина, А.М. Константинова, Т.Е. Яворская, М.А. Егоров, А.Ю. Ратюков. 2-е изд., испр. и доп. Чуваш. гос. ун-т им. И.Н. Ульянова. Чебоксары, 2023. 60 с.
3. Операционный микроскоп в стоматологии: учебно-методическое пособие / Л.Р. Мухамеджанова, И.А. Ханова, Е.М. Сперанская, Л.И. Никитина. Чуваш. гос. ун-т им. И.Н. Ульянова. Чебоксары, 2017. 48 с.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА НА ЛЕЧЕБНОМ, ПЕДИАТРИЧЕСКОМ, МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ, МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОМ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТАХ». «ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕПТИДОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА».

Рыскина А.В., Миннулина К.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д.м.н., доцент кафедры стоматологии детского
возраста

Ширяк Т.Ю.

Актуальность: Самым распространенным из стоматологических заболеваний является кариес зубов. Кариозные поражения твердых тканей – это основная причина потери зубов и как следствие снижения качества жизни человека. В целом по данным эпидемиологических обследований распространенность кариеса в различных возрастных группах существенно колеблется от 70% до 90% и не имеет тенденции к снижению. В процессе прохождения практики в детском отделении стоматологической поликлиники мы выяснили, что кариозные поражения зубов у разных пациентов встречаются практически сразу после прорезывания временных зубов.

Одним из инновационных методов профилактики кариеса является использование пептидов. Организм человека состоит из 100 триллионов клеток, а каждая клетка – из сотен миллионов молекул белка. Крупные молекулы белка собираются из более мелких частиц – пептидов. Пептиды защищают клетки организма от воздействия токсинов, ускоряют процессы метаболизма в клетках и выведения из них продуктов распада, способствуют насыщению их питательными веществами. Уникальная особенность пептидов – их абсолютная тканеспецифичность; они регулируют функции только тех органов и систем, из которых выделены. В настоящее время получены пептиды, регулирующие функции практически всех органов и систем

человека. Лекарственные средства на основе пептидов воздействуют на клеточном уровне, т.е. активные синтезированные пептидные комплексы с предельной атомарной точностью «программируют» восстановление поврежденной клетки, оказывая на нее биоинформационное воздействие.

Экзогенное введение регуляторных пептидов ведет к высвобождению веществ, для которых исходный пептид служит индуктором, позволяющим запустить пептидный каскад, лежащий в основе биологической регуляции. Таким образом, эффект от применения пептидов может наступить спустя некоторое время и сохраняться достаточно долго.

Современная стратегия лечения начальных некариозных поражений является самособирающиеся пептиды (SAPs – Self-assembling peptides)-полипептидные молекулы, которые могут взаимодействовать посредством нековалентных взаимодействий в иерархической манере для получения структурно четко определенных агрегатов или «сборок».

В образовании фибриллярных сетей участвуют антипараллельные β -листообразующие пептиды, которые могут подвергаться иерархической самосборке. Силами, способствующими самосборке пептидов, являются водородные связи между пептидной основой и нековалентные взаимодействия боковых цепей. Процесс иерархической самосборки начинается, когда концентрация пептидного мономера достигает критической, при которой пептиды могут образовывать стабильные агрегаты.

Пептиды для реминерализации эмали в фазе доклинических исследований:

1) CaP(S), CaP(V) и CaP(H)- Все направляют минерализацию в сторону гидроксиапатита в зависимости от концентрации пептида. наиболее эффективен при использовании низких концентраций кальция был CaP(S), при более высоких концентрациях реагентов CaP(H) и CaP(V) показало больший контроль над минерализацией.

2) Амелогенин - один из наиболее важных матричных белков эмали в биоминерализации, способствующий минерализации и модулированию

нанокристаллической структуру фосфата кальция. Не обладает специфическим кристалло модулирующим свойствам, характерными для некоторых кислых белков минерализованных тканей. Способствует дифференцировке мезенхимальных клеток вокруг места введения в клетки, образующие твердую ткань, благодаря чему его экстракт применяют для регенерации альвеолярной кости.

3) Пептид QP5 показал способность к реминерализации кариеса эмали в системе циклического изменения pH *in vitro*. Комбинированное воздействия пептида QP5 и фторида - оказывает потенциальный синергетический эффект на реминерализацию кариеса эмали.

4) Пептид QP3- его фрагменты имитируют амелогенин и облегчают связывание с гидроксиапатитом поглощаться на поверхности эмали, а затем запускают реминерализацию, тем самым предотвращая кариес.

5) ADP5- источник наиболее быстрого образования минерального слоя на деминерализованном дентине.

6) Эмдогаин и его компоненты применимы в пародонтологии для регенерации цемента, пародонтальной связки и альвеолярной кости в качестве активаторов остеокластов.

7) Статерин-природный фосфопротеин, который сохраняет высокую концентрацию кальция и препятствует осаждению гидроксиапатита в слюнной жидкости, тем самым способствуя укреплению эмали, также он замедляет деминерализацию эмали во время воздействия кислот.

8) DE-11-пептид, благодаря своей последовательности способен адсорбировать ионы кальция и фосфата.

9) Тафтелин и его производные - белок, синтезирующийся амелобластами на очень ранних стадиях развития эмали и концентрирующийся в дентино-эмалевом слое. Тафтелин содержит домен EF-hand, который может участвовать в начальной кристаллизации эмали, поэтому белок интересен как потенциальное средство для реминерализации эмали.

10) TDP -может регулировать кристаллизацию гидроксиапатита и способствовать реминерализации эмали с кариозными поражениями *in vitro*.

11) P11-4-пептид формирующий β -листы - трехмерный каркас внутри поражений, где затем образуются и растут кристаллы гидроксиапатита, восстанавливая структуру эмали. P₁₁-4 был признан безопасным для применения и связан со значительной регенерацией эмали при лечении раннего кариеса.

В фазе клинических исследований на человеке находится самособирающийся пептид P₁₁-4.

– В клиническом лечении и профилактики кариеса показал эффективность при наблюдении в течение шести месяцев: у пациентов с ортодонтическими брекетами пептид оказывал профилактическое действие против кариеса и реминерализировал эмалью

– В клиническом лечении проксимального кариеса с буккальным кариесом и белыми пятнами наблюдалось значительное уменьшение размера ранних кариозных поражений, обработанных P₁₁-4

– В клиническом лечении проксимального кариеса оказал общее регрессивное действие

Еще одной разновидностью пептидных биорегуляторов является серия «Vivax Dent» – препараты для местного применения, выпускающиеся в виде геля, бальзама и зубной пасты, главными действующими компонентами которых являются АК-1, АК-7, АК-12 в процессах регенерации тканей пародонта, лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта, кариесе, некариозном поражении разного происхождения, патологической стираемости зубов, в целях восстановления минерального состава эмали после процедуры отбеливания, завершающего этапа снятия зубных камней и налета, при ортодонтическом лечении.

Аминокислотные комплексы в своей специфике обладают различной направленностью действия : АК-1 – пептиды тимуса- стимулируют процессы

регенерации, оказывают противовоспалительное, антиоксидантное, иммуностимулирующее действие ; АК-7 – пептиды сосудов - антиоксидантная активность, ускорение восстановления функции после обострения воспалительного процесса СОПР ; АК-12 – пептиды хрящевой и костной ткани, усиливают синтез белка в клетках тканей пародонта, хрящей и связок, обладают высокой антиоксидантной активностью, стимулируют регенерацию тканей пародонта.

Благодаря своим действиям пептидные биорегуляторы в своих различных формах выпуска: в виде геля, бальзама и зубной паст, применяют в лечении стоматита, гингивита и пародонтита, а также в качестве дезодорирующего средства при уходе за полостью рта (пасты, бальзам, гель). В виде зубного геля «Vivax Dent» снижает болевую чувствительность при острых и хронических воспалительных заболеваниях пародонта.

Таким образом, «Vivax Dent», характеризуясь как безопасный пептидный биорегулятор является высокоэффективным в лечении стоматита, гингивита и пародонтита, повышенной чувствительности зубов и множественном кариесе, некариозном поражении различного происхождения, патологической стираемости зубов, в целях восстановления минерального состава эмали после процедуры отбеливания, завершающего этапа снятия зубных камней и налета, при ортодонтическом лечении.

Список литературы:

1. Потупчик Т.В., Веселова О.Ф., Эверт Л.С., Паничева Е.С., Циммерман К.А. ПРИМЕНЕНИЕ ПЕПТИДНЫХ БИОРЕГУЛЯТОРОВ СЕРИИ "VIVAX DENT" В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ // Медицинская сестра. 2015. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-peptidnyh-bioregulyatorov-serii-vivax-dent-v-stomatologicheskoy-praktike> (дата обращения: 14.10.2024).
2. Антосик Рима Мураджановна Применение пептидотерапии для профилактики возникновения резорбции костной ткани при

ортодонтическом лечении // Достижения науки и образования. 2018. №1 (23). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-peptidoterapii-dlya-profilaktiki-vozniknoveniya-rezorbtsii-kostnoy-tkani-pri-ortodonticheskom-lechenii> (дата обращения: 14.10.2024).

3. Хавинсон В. Х., Кузник Б. И., Рыжак Г. А. Пептидные биорегуляторы — новый класс геропротекторов. Результаты экспериментальных исследований // Успехи геронтологии. – 2012; 4: 696–798.

***ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ФГБОУ ВО «КАЗАНСКИЙ
ГМУ» МИНЗДРАВА РОССИИ КАЧЕСТВОМ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕТНЕЙ
УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ «УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА ПО ПОЛУЧЕНИЮ
ПЕРВИЧНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ НА
ДОЛЖНОСТЯХ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА»***

Сафиуллина З.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители - к.м.н., доцент кафедры челюстно- лицевой хирургии
и хирургической стоматологии Нестерова Е.Е.,

к. м. н., доцент кафедры челюстно- лицевой хирургии и хирургической
стоматологии Торгашова О.Е.

Актуальность

Производственная практика «Учебная практика по получению первичных профессиональных умений и навыков на должностях среднего медицинского персонала» на стоматологическом факультете проходит на 2 курсе в 4 семестре. Важно провести практику качественно, потому что эффективность приобретения профессиональных компетенций является важным аспектом подготовки высокоспециализированных будущих врачей-стоматологов. Полученные первичные профессиональные умения на

должностях среднего медицинского персонала могут пригодиться студентам в дальнейшем: при открытии собственной стоматологической клиники, при трудоустройстве на должности медицинской сестры/ брата на время обучения в ВУЗе. По данным ВОЗ, более 1491,3 тыс. специалистов работают на должностях среднего медицинского работника.

Цель исследования

Оценка удовлетворенности обучающихся качеством проведения производственной практики.

Задачи

1. Создать анкету в Google- форме. 2. Провести анкетный опрос среди студентов. 3. Сделать вывод, насколько студенты удовлетворены практикой.

Материалы и методы

Материалы: заполненные 95- тью студентами анкеты в Google- форме.

Методы: анкетный опрос, сравнение, анализ.

Результаты и их обсуждение

Проведенное анкетирование показало необходимость практики в процессе обучения по окончании 2 курса. Практические умения являются важным для дальнейшей профессии, это отметило 98,9% опрошенных. Практика стала первым шагом в будущую профессию для 91,6% учащихся.

Удовлетворительным материально-техническое обеспечение базы практики отметило 91,6% респондентов. 87,4% отметили эффективность организации практики. Условия труда для прохождения практики для 98,9% опрошенных были безопасными. Для решения всех учебных задач, предусмотренных программой практики, на базах лечебных учреждений была полная возможность реализовать их. Все студенты отметили, что на практике давали провести дезинфекцию наконечников, боров, каналонаполнителей, эндодонтических инструментов, слепочных ложек, зубопротезных шпателей, а также подготовку рабочего места для врачей. Большинству студентов

(86,3%) во время практики уделяли достаточно внимания базовые руководители учреждения.

Положительное влияние практики в получении практических умений составило для 88,4% студентов, из недостатков практики 40% опрошенных отметили непродолжительный отрезок времени, отведенный для практики и 30,5% в содержании программы практики. С трудностями в ходе прохождения практики столкнулось 24,2% студента. Из трудностей прохождения 48,4% явился недостаток практических умений. 83,2% обучающихся ответили, что теоретический уровень знаний был достаточным для прохождения практики. Для 89,5% респондентов была удовлетворенность качеством методических указаний.

Представление о будущей профессии после прохождения практики не изменилось у 64,2% опрошенных.

Собственную активность на практике на отлично оценили 61,1% студентов 2 курса.

Заключение

По результатам проведенного анкетирования можно сделать вывод о том, что студенты на 92% удовлетворены учебной практикой. Студенты эффективно получают первичные профессиональные умения на должностях среднего медицинского персонала.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«СТОМАТОЛОГИЯ» СТОМАТОЛОГА-ОРДИНАТОРА.
«ФОТОПРОТОКОЛ, КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА».**

Чиков А.В.

Научный руководитель - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой
ортопедической стоматологии КГМУ Салеева Г.Т.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение:

Современная стоматология существенно отличается от данной области медицины пару десятилетий назад благодаря современному оборудованию, инновационным материалам и инструментам, новым методам лечения и диагностики, одной из которых является фотопротокол. Фотопротокол на сегодняшний день — это международный стандарт при подготовке к комплексному лечению, проведению эстетических реставраций, планировании хирургических и ортопедических манипуляций, помогающий оценить гармоничность лица и улыбки пациента, отследить качество лечения на всех его этапах, позволяет организовать работу стоматолога и зубных техников в команде для достижения наилучшего результата.

Актуальность исследования: долгое время вся актуальная информация о состоянии полости рта пациента, наличии у него различных заболеваний и жалоб хранилась в основном на бумажных носителях (в медицинских картах стоматологического больного), в виде краткого анамнеза и зубной формулы. Дентальный фотопротокол позволяет обеспечить пациенту наиболее полную диагностику и увидеть на снимках различные патологии зубов, что в свою очередь помогает более тщательно спланировать лечение, контролируя его на каждом этапе для достижения наилучшего результата и улучшения качества жизни пациента.

В современном мире стоматологическое лечение означает не только лечение зубных заболеваний и сохранение функции жевания, но и отвечает за эстетическую составляющую улыбки. Необходимость консультации с другими специалистами при сложных клинических случаях, обсуждения состояния полости рта с пациентом и совместного планирования дальнейшего лечения привело к возникновению нового диагностического метода – дентального фотопротокола.

Фотопротокол или фотофиксация в стоматологии - это серия портретных и внутриротовых цифровых снимков пациента, его улыбки, зубного ряда и различных структур, находящихся в полости рта. Фотопротокол используется в мировой стоматологии начиная с середины 20 века, в отечественной стоматологии данный вид диагностики начал набирать популярность лишь в течении последних двух десятков лет, становясь неотъемлемой частью работы современных стоматологических клиник.

Цель исследования: определение направлений использования фотопротокола в клинической стоматологической практике

Материалы и методы: в стоматологической клинике была внедрена технология фотопротокола. По направлению хирургической, ортопедической, терапевтической, ортодонтической стоматологии была проведена оценка фотопротокола.

Результаты исследования:

Основные достоинства данного метода:

1. Непосредственное участие пациента в планировании лечения. Фотопротокол позволяет наглядно продемонстрировать пациенту имеющиеся у него проблемы, принять совместное решение по вопросам эстетической стоматологии (цвет, форма виниров, коронок и пр.), замотивировать пациента с большей ответственностью следовать рекомендациям врача, так как на цифровых фотоснимках пациент видит процесс лечения более детально, чем в повседневной жизни.

2. Обсуждение сложных клинических случаев со коллегами, специализирующихся в других областях (ортодонты, ортопеды, хирурги). При планировании многоэтапного и сложного лечения, может возникнуть необходимость в консультации более узких специалистов. Проведенный фотопротокол позволяет в краткие сроки получить необходимые рекомендации других врачей, не прибегая к повторному приему пациента.

3. Коммуникация врача стоматолога с зуботехнической лабораторией. При ортопедическом лечении без использования фотографий невозможна работа врача и зубного техника.

4. Отслеживание результатов лечения в динамике. Демонстрация цифрового фотопротокола позволяет пациенту увидеть процесс лечения, достигнутые промежуточные результаты, что дает положительный эффект и мотивацию на продолжение работы. Благодаря фотопротоколу пациент может быть уверен в качестве проводимого лечения и отсутствии погрешностей в работе стоматолога.

5. Цифровые снимки могут использоваться в защиту врача-стоматолога при «потребительском экстремизме». В некоторых случаях, предварительно проведенный фотопротокол «до» и «после» может использоваться как доказательство правильно подобранного и проведенного лечения.

6. Эффективность диагностики. Цифровой снимок ротовой полости и зубного ряда позволяет увидеть дефекты зубов, которые могут быть незаметны при осмотре. При осмотре полости рта могут быть незаметны различные дефекты и микротрещины в эмали.

Несмотря на преимущества внедрение данной технологии имеет свои сложности:

1. Проведение фотопротокола занимает большую часть времени, отведенную на первичную консультацию. В ходе лечения, для фиксации различных этапов, врачу-стоматологу также необходимо закладывать время для установки необходимого оборудования, подготовки и процесса съемки.

2. Для проведения качественного фотопротокола врачу стоматологу необходимо иметь навыки фотосъемки, умение правильно выставить необходимое оборудование, свет, подобрать нужные настройки камеры.

3. Для получения качественных снимков необходим профессиональный фотоаппарат и специальное оборудование и аксессуары для внутриротовых снимков. Некоторые клиники оборудуют специальное помещение для проведения фотопротокола, что требует больших финансовых затрат.

4. Перед проведением фотопротокола доктору нужно подписать с пациентом информированное добровольное согласие на осуществление фото-видеосъемки.

Проведение фотопротокола является необходимым диагностическим методом при проведении стоматологического лечения. Данный метод помогает эффективно провести первичную консультацию пациента, а также отслеживать процесс лечения на всех его этапах. При помощи демонстрации цифровых снимков можно спланировать дальнейшую работу с пациентом с его непосредственным участием, объяснить необходимость тех или иных манипуляций и соблюдения всех рекомендаций. Несмотря на большие временные затраты при проведении фотопротокола, данный метод позволяет существенно сократить время и количество посещений пациента при лечении сложных и нестандартных случаев, так как отпадает необходимость очного присутствия пациента у узконаправленных специалистов.

Заключение

Дентальный фотопротокол как один из методов диагностики является обоснованным при планировании лечения и проведения эстетических работ в современной стоматологии. Использование цифровых снимков позволяет детально увидеть все дефекты в полости рта, провести совместную консультацию с пациентом и другими врачами для достижения наилучшего результата.

Список литературы

1. Леонтьева Е.Ю., Дмитриева А.В., Кравченко П.С., Леонтьев Г.С. Фото- и видеофиксация в стоматологии. 2021; №3 (78) 23-26
2. Махлай В.С., Дяченко О.В., Запорожец А.А., Лиэпа А.С., Хамзатханов М.Х.А., Цороев М.С., Райзих О.М., Полянская. Фотопротокол в стоматологии. Диагностика и лечение болезней в медицинской практике. Саратов, 11-12 декабря 2019 г.: 149-152.
3. Успенская О.А., Плишкина А.А., Жданова М.Л., Горячева И.П., Богомолова Ю.Б. Роль цифровой дентальной фотографии в практике врача-стоматолога терапевта. Медико-фармацевтический журнал «Пульс». 2019; 9: 5-11.
4. Билял Н.М. Значение фото-протокола при диагностике зубочелюстных аномалий в ортодонтии 2020. 769-770

«ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА ФАРМАЦИИ»

АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ОФОРМЛЕНИИ РЕЦЕПТУРНЫХ БЛАНКОВ

Гарифуллина А.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.фарм.н., доцент Института фармации

Гарифуллина Г.Х.

Введение. Основной функцией аптеки является обеспечение населения лекарственными препаратами (ЛП). В зависимости от условий отпуска из аптеки все ЛП можно поделить на две большие группы: отпуск, которых осуществляется без рецепта и строго по рецепту. На сегодняшний день функционирует 4 вида рецептурных бланка (РБ) для выписывания ЛП. У каждого РБ есть свои требования к оформлению. При предъявлении рецепта аптечный работник проводит фармацевтическую экспертизу. Неправильное оформление рецептурных бланков (РБ) может нанести вред здоровью пациента, привести к финансовым, а иногда и юридическим проблемам.

Цель исследования: анализ ошибок, допущенных при оформлении РБ.

Задачи: выявить и провести анализ ошибок, допущенных при оформлении РБ, поступивших в аптечную сеть ГУП «Таттехмедфарм».

Материалы и методы. В качестве материалов исследования были использованы РБ и журналы учета неправильно выписанных рецептов аптечной сети ГУП «Таттехмедфарм». Статистическая обработка данных проводилась в программе Excel.

Результаты и выводы. На основе анализа ошибок, допущенных медицинскими работниками при оформлении РБ, установлено, что наиболее распространенными являются: выписывание ЛП по торговым наименованиям вместо МНН без отметки врачебной комиссии – 17,9 %; наличие лишних реквизитов, не требующихся для данной формы РБ - 11,3 %; отсутствие

дополнительной печати медицинской организации (МО) «Для рецептов» на соответствующих формах бланков - 9,5%; отсутствие подробное описание способа применения, указание способа применения «по схеме» - 8,5%; использование недопустимых сокращений – 7,3 %; выписывание нескольких ЛП на одном РБ в тех случаях, когда это недопустимо – 7,1 %; отсутствует печать или личная печать врача – 7,1 %; рецепт оформлен не соответствующей форме РБ - 6,7 %; отсутствует или неправильно указан срок действия рецепта – 5,6 %; нет серии и номера рецепта (если требуется) – 4,4 %; нет даты выписки рецепта – 4,4 %; не указана длительность приёма ЛП – 4,2 %; в рецептах на наркотическое средство или психотропное вещество отсутствует номер медицинской карты амбулаторного пациента и (или) его места жительства – 3,6 %; превышена норма единовременной реализации наркотического средства или психотропного вещества – 2,4 %.

Рецепт, который были выписан с нарушением, отмечается штампом «Рецепт недействителен», возвращается посетителю аптеки и оформляется запись в «Журнале учета неправильно выписанных рецептов». Факт выявления ошибок доводится до руководителя МО.

Заключение. Отпуск ЛП по неправильно выписанному рецепту, являться грубым нарушению лицензионных требований. Новый механизм контроля порядка отпуска ЛП из аптек со стороны Росздравнадзора под названием «контрольная закупка» призван отрегулировать, в том числе, и проблему отпуска ЛП по рецептам, оформленным с нарушением установленных требований. Для сокращения количества неправильно выписанных рецептов необходимо усилить информационную работу аптеки с МО.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА
ФАРМАЦИИ»**

**ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.**

Гибаева Д.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.ф.н., доцент Института фармации

Гарифуллина Г.Х.

Введение. Болезни мочевыделительной системы являются одной из причин общей заболеваемости, смертности, снижения трудоспособности, нарушения репродуктивной функции и качества жизни. По данным сайта федеральной службы государственной статистики, болезни мочеполовой системы занимают третье место (5529.2 тыс. чел.) среди заболеваемости населения по основным классам болезней за 2023 год. Увеличение числа обращений посетителей аптек с заболеваниями мочевыделительной системы обостряет вопрос актуализации и расширения знаний фармацевтических работников. Грамотное фармацевтическое консультирование и информирование ведёт к повышению приверженности пациентов к лечению.

Цели: определить уровень знаний аптечных работников для проведения фармацевтического консультирования пациентов с заболеваниями мочевыводящей системы.

Задачи:

1. Провести опрос среди аптечных работников для выявления уровня знания в области патологии и лечения заболеваний мочевыделительной системы.
2. Изучить разнообразие аптечного ассортимента для лечения мочевыделительной системы.

Материалы и методы. С целью выявления уровня знаний аптечных работников в вопросах фармацевтического консультирования пациентов с

патологией почек и мочевого пузыря был проведен социологический опрос в форме заочного анкетирования. Была разработана анкета, состоявшая из 20 вопросов. В опросе приняли участие 102 специалиста. При анализе клинических рекомендаций и результатов опроса были установлены фармако-терапевтические группы (ФТГ) ЛП для лечения пациентов с патологией почек и мочевого пузыря. В качестве материалов исследования также были использованы публикации в научных журналах. Поиск, преимущественно, осуществлялся в научной электронной библиотеке Elibrary.ru.

Результаты и их обсуждение. Социологический опрос показал, что знания аптечных работников в области заболеваний мочевыводящих путей ниже среднего. В ходе консультирования и отпуска ЛП без рецепта, в основном рекомендуют почечный чай. Только 60% специалистов рекомендуют обратиться к врачу, если боль не купируется в течение 3х дней. 36% отметили, что не владеют информацией в области использования диетического питания у изучаемой группы больных. Свой уровень знаний, необходимых при фармацевтическом консультировании пациентов с патологией почек и/или мочевого пузыря, респонденты оценили в среднем на 7 баллов из 10. Основными ФТГ для лечения данной патологии являются антибиотики, метаболические, мочегонные, спазмолитические, противомикробные и противовоспалительные средства. Кроме того в аптечном ассортименте присутствуют БАДы и диетическое питание (в том числе минеральные воды), применяемые при лечении заболеваний почек и/или мочевого пузыря.

Заключение. Исходя из вышеперечисленного, требуется повышение уровня знаний у аптечных работников в области лечения заболевания мочевыводящих путей. Для этого необходимо совместно с врачами разработать обучающие материалы (брошюры, видеоматериалы и т.д.) по данной тематике, для проведения семинаров.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА
ФАРМАЦИИ»**

**ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ
ТАТАРСТАН.**

Гирфатова Р.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.ф.н., доцент Института фармации

Гарифуллина Г.Х.

Введение. Лекарственное обеспечение (ЛО) женщин в период беременности имеет первостепенное значение для здоровья матери и ребенка. Правовые основы, регулирующие этот вопрос, обеспечивают доступ к необходимым лекарственными препаратами (ЛП), таким образом, гарантируя социальную поддержку женщинам в период ожидания ребенка. В 2024 году в Республике Татарстан (РТ) родовыми сертификатами воспользовались 7,5 тыс. женщин. Объем перечисленных в медицинские организации (МО) средств составил более 84,5 млн. рублей. Деньги направлены на оплату услуг, предоставленных в связи с беременностью и рождением детей.

Цель исследования: изучение правового регулирования и механизмов ЛО женщин в период беременности.

Задачи:

1. Выявить и проанализировать нормативно-правовые акты, регламентирующие ЛО беременных женщин в РТ.
2. Изучить порядок предоставления бесплатных ЛП беременным женщинам.

Материалы и методы. Поиск нормативно-правовых актов осуществлялся на официальном сайте Минздрава РТ, а также ГУП «Таттехмедфарма».

Результаты и их обсуждение. В республике функционирует широкая нормативно-правовая база, регулирующая различные аспекты предоставления медицинской и фармацевтической помощи женщинам в период беременности. Основным документом является Постановление Кабинета Министров РТ от 30 декабря 2023 г. № 1757 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (МП) на территории РТ на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».

Расход на оплату услуг МО, участвующих в рамках реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам услуг по МП, в том числе женщинам в период беременности, осуществляются территориальным органом Фонда социального страхования (ФСС) РТ, которые перечисляют МО средства на оплату счетов за оказанные услуги ежемесячно. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РТ от 19 апреля 2007 г. № 212 «Об организации работы по родовым сертификатам» оплата услуг осуществляется на основании «родового сертификата», который выдается беременной женщине при очередном визите к врачу женской консультации после 30 недели беременности. Территориальные органы ФСС перечисляют в МО средства в размере 3000 рублей (6000 рублей-за роды и послеродовой период) за каждую беременную. Из общей суммы средств, выделенных на родовые сертификаты, 20-33% направляются на обеспечение ЛП женщин в период беременности. Этим же документом утвержден перечень ЛП.

В соответствие с приказом Министерства здравоохранения РТ от 9 апреля 2021 г. № 640 «О прикреплении медицинских и аптечных организаций РТ на получение гражданами лекарственных препаратов, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания по льготным рецептам» на территории РТ обеспечение бесплатными лекарствами беременных женщин производится через аптечные организации ГУП «Таттехмедфарм» на основании рецепта с указанием источника финансирования «Родовой сертификат».

Заключение. Изучение правовых основ ЛО женщин в период беременности имеет решающее значение для защиты здоровья матери и ребенка, обеспечения доступа к качественным ЛП, финансовой доступности для малообеспеченных женщин, также защиты прав пациентов.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА
ФАРМАЦИИ»***

***ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА СРЕДСТВ, СОДЕРЖАЩИХ
ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ***

Королевская О.С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.ф.н., доцент Института фармации ФГБОУ ВО
Казанский ГМУ Минздрава России

Гарифуллина Г.Х.

Научный руководитель - к.х.н., доцент кафедры органической и
фармацевтической химии ФГБОУ ВО Чувашский государственный
университет им. И.Н. Ульянова

Андреева В.В.

Введение. В рамках прохождения производственной практики было обращено внимание на увеличивающийся интерес посетителей аптек к биологически активным добавкам (БАД), содержащим омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты (омега-3 ПНЖК). Омега-3 ПНЖК имеют ряд положительных эффектов на организм. Одним из показателей качества ПНЖК является кислотное и йодное число. По ним можно судить о свежести продукта. Во время хранения и нагревания жира количество свободных жирных кислот в них растет. Дальнейшее их окисление приводит к появлению дефектов вкуса и запаха, а при более глубоком процессе к непригодности использования жира в пищевых целях.

Целью данного исследования явились определение кислотного и йодного числа в ТОП-7 лидеров аптечных продаж БАД, содержащих омега-3 ПНЖК.

Задачи:

1. Определения кислотного числа в исследуемых образцах методом кислотно-основного титрования.
2. Определения йодного числа в исследуемых образцах с использованием метода Кауфмана.

Материалы и методы исследования. Для определения кислотного числа была использована методика кислотно-основного титрования. В качестве индикатора применяли фенолфталеин 1%, титрант – 0,1М раствор гидроксида натрия. Образцы растворяли в 50 мл в смеси равных объемов спирта этилового 96% и эфира (1:1). Для определения йодного числа использован метод Кауфмана. Индикатором служил раствор крахмала 1%, титрантом – 0,1н раствор натрия тиосульфата, хлороформ использовался в качестве растворителя. Для обработки результатов использовались математические методы статистики.

Результаты и их обсуждение. Кислотное и йодное число определяли у 7 образцов. Кислотное число показывает степень расщепления жира, то есть характеризует содержание в нем свободных жирных кислот и других титруемых щелочью веществ (в пересчете на олеиновую кислоту). Йодное число позволяет судить о степени ненасыщенности жирных кислот, входящих в состав жира. Чем выше содержание ненасыщенных жирных кислот, тем выше значение йодного числа. Йодное число – условная величина, представляющая собой число граммов йода, эквивалентное галогену, присоединившемуся к 1 г исследуемого жира, выраженное в процентах йода.

**Результаты определения йодного и кислотного числа в препаратах
омега-3 ПНЖК**

Наименование	Кислотное число	Йодное число
Тройная омега-3 Эвалар	2,8	120,11
Омега 3-6-9 Реалкапс	1,6	116,24
Рыбий жир 35% омега-3 (Реневал)	0,8	116,11
Биофишинол омега-3 ПНЖК -45%	1,2	116,24
Доппельгерц омега-3	1,2	117,45
Океаника омега 3-6-9	2,4	116,36
Лиси омега-3 Форте	1,2	118,78

Наибольшее кислотное число имеет Тройная омега-3 Эвалар, что может свидетельствовать как о высоком содержании ПНЖК, так и о высоком содержании свободных жирных кислот. Рекомендовано, чтобы кислотное число не превышало 4. Все образцы не превысили этот показатель. Йодное число во всех образцах было больше 100, что означает, что в их составе больше таких ПНЖК как линоленовая кислота, эйкозапентаеновая кислота (ЭПК) и докозагексаеновая кислоты (ДГК) и т.д.

Заключение. При выборе средств, содержащих омега-3 ПНЖК необходимо обращать на качественный и количественный состав (в составе должны быть ЭПК и ДГК), а также срок годности, так как ПНЖК имеют способность окисляться к окончанию срока годности.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА
ФАРМАЦИИ»**

**Льготное лекарственное обеспечение больных с
сахарным диабетом в Республике Татарстан.**

Сагитова А.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.ф.н., доцент Института фармации Гарифуллина

Г.Х.

Введение. Согласно последним данным число людей с сахарным диабетом (СД) в Республике Татарстан (РТ) стабильно растет, и по состоянию на 2023 год зарегистрировано более 100 тысяч случаев, что на 15% больше по сравнению с предыдущим годом. Льготное лекарственное обеспечение (ЛЛО) для таких граждан является важной частью социальной политики региона. Значительную роль в этом играет ГУП «Таттехмедфарм», который реализует льготные лекарства для различных категорий населения. Эта мера направлена на снижение финансовой нагрузки на семьи и обеспечение своевременного лечения, что способствует предотвращению осложнений, вызванных заболеванием.

Целью исследования является изучение ЛЛО больных с сахарным диабетом в РТ.

Задачи:

1. Провести анализ заболеваемости сахарным диабетом в РТ.
2. Определить номенклатуру и количество лекарств, отпускаемых в рамках ЛЛО, для больных сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования использовались первичные учетные документы аптечного склада ГУП «Таттехмедфарма», а также данные официального сайта Минздрава РТ. Собранные данные обрабатывались современными статистическими методами, кроме того, применялись математические и графические методы.

Результаты и их обсуждение. В регионе более 133 тысяч человек страдают СД. Ежегодное увеличение больных составляет около 7 тысяч. В связи с растущей заболеваемостью, введение региональных программ льготного обеспечения становится приоритетным. Исследование, проведенное на базе аптечного склада ГУП «Таттехмедфарм» в отделе региональной льготы, показало, что программа повышения доступности ЛС для пациентов с СД включает в себя широкий ассортимент препаратов отечественного производства (64%) и зарубежных компаний (36%). Доступно более 31 наименования инсулинов, включая: инсулин аспарт, инсулин глулизин, инсулин лизпро, инсулин растворимый [человеческий генно-инженерный], инсулин-изофан [человеческий генно-инженерный], инсулин двухфазный [человеческий генно-инженерный], инсулин гларгин, инсулин деглудек, инсулин детемир. Также имеются пероральные гипогликемические ЛП в состав которых входят: метформин, глибенкламид, гликлазид, дапаглифлозин, эмпаглифлозин. Для мониторинга глюкозы в крови доступны системы контроля марки Diacont и Айчек, а также тест-полоски Сеталлит, Контур и Diacont.

Заключение. Развитие и внедрение систем льготного лекарственного обеспечения в РТ является важным шагом для борьбы с диабетической эпидемией. Для дальнейшего прогресса необходимо применять комплексный подход, учитывающий потребности пациентов и возможности медицины. Оптимизация текущих программ должна включать расширение списка льготных лекарств с учетом современных тенденций в лечении СД. Важным аспектом является усиление информационной поддержки пациентов, что позволит им эффективно использовать доступные ресурсы и лекарственные препараты.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА
ФАРМАЦИИ»**

**ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ НА ПРИМЕРЕ ГАУЗ
«РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН»**

Селезнева Н.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.ф.н., доцент Института фармации

Гарифуллина Г.Х.

Введение. Эффективное снабжение лекарственными средствами (ЛС) медицинских организаций (МО), в частности, ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», позволяет обеспечить высокое качество медицинской помощи (МП) стационарным больным. ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» является ведущей МО Республики Татарстан (РТ), оказывающей многопрофильную высокотехнологичную и высокоспециализированную помощь взрослому и детскому населению по 48 специальностям. Из них 40 в неотложном и экстренном режиме. В структуре РКБ 3 стационара на 1244 коек, 53 отделений круглосуточного и дневного стационара по 35 профилям МП, консультативная поликлиника на 950 посещений в смену. В год в больницу обращаются порядка 80 тысяч человек, 56 тысяч – госпитализируются. Поэтому очень важно правильно организовать и выстроить работу аптеки на уровне МО.

Целью исследования является изучение принципов организации лекарственного обеспечения стационарных больных на примере ГАУЗ «РКБ МЗ РТ». Достижение указанной цели обеспечивает решение следующих *задач*:

1. Изучение ассортимента ЛС используемых в лечебном процессе ГАУЗ «РКБ МЗ РТ».
2. Определение объема заказа необходимых ЛС в рамках имеющихся финансовых ресурсов или выделенных ассигнований в ГАУЗ «РКБ МЗ РТ».

Материалы и методы. В ходе исследования был проведен статистический анализ данных первичных учетных документов (требования отделений МО), а также аналитический анализ количественных показателей МО (количество коек и их оборачиваемость, количество обращений, количество госпитализаций и т.д.) и правовых документов, регламентирующих нормативы для расчета потребности в некоторых ЛС.

Результаты и их обсуждение. Закупки осуществляются на основании ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» от 05.04.2013 № 44-ФЗ.

Закупка начинается с формирования номенклатуры товарных групп путем составления перечня необходимых товаров по профилю структурных подразделений МО. Номенклатура товарной группы ЛС формируется путем составления перечня международных непатентованных наименований (МНН) или торговых наименований по химико-терапевтическим группам в соответствии с профилем структурных отделений МО. Для этого заведующие профильными отделениями составляют заявку и отправляют на подтверждение заведующему отделением клинической фармакологии в АИС ЛПУ, который анализирует представленный материал, обсуждает с заведующим профильного отделения возможные корректировки с учетом данных доказательной медицины и подтверждает. Подтвержденные заявки подписываются заведующими отделений и передаются в аптеку.

Совместно с экспертной комиссией при суммировании заявок всех отделений, объединяются ЛС по МНН, форме выпуска и, с учетом цены, качества, производителя, выбираются ЛС по торговым наименованиям. Для закупок имеются различные источники финансирования: ФОМС РТ, ФОМС другие регионы РФ, бюджет РФ, бюджет РТ, платные услуги, ВМП.

Заключение. В больнице представлен широкий ассортимент ЛС. Это обусловлено тем, что МО оказывает многопрофильную высокотехнологичную и высокоспециализированную МП. Значимую часть номенклатуры ЛС

занимают антибиотики, НПВС, инфузионные растворы. Для закупок ЛС используются различные источники финансирования.

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА "УПРАВЛЕНИЕ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОРГАНИЗАЦИЙ И ИХ СТРУКТУРНЫМИ
ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМИ ЗАНЯТЫХ В СФЕРЕ ОБРАЩЕНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ДРУГИХ ТОВАРОВ АПТЕЧНОГО
АССОРТИМЕНТА". ТЕНДЕНЦИИ И ВЫЗОВЫ ДИСТАНЦИОННОЙ
ТОРГОВЛИ ЛЕКАРСТВАМИ: АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НА
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ.***

Дихтяренко Е.С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.фарм.н., ст. преподаватель Института
фармации Григорьева И.А.

Актуальность. Дистанционная торговля лекарственными средствами (ЛС) является ключевым элементом современной медицинской практики, обладая значительными возможностями для повышения доступности медикаментов и оптимизации процесса их обеспечения для пациентов.

Одной из основных трудностей, с которыми сталкивается дистанционная торговля, является гарантия качества и безопасности препаратов, а также строгое соблюдение всех необходимых норм и правил в процессе их продаж и доставки.

Цель данного исследования заключается в анализе воздействия дистанционной торговли на доступность лекарств для пациентов, а также в выявлении основных проблем и потенциальных решений. Для достижения этой цели были определены следующие *задачи*:

1. Исследовать основные принципы и требования к дистанционной торговле лекарствами.
2. Проанализировать преимущества и ограничения этого метода продажи ЛС.

3. Оценить влияние дистанционной торговли на доступность и качество средств для пациентов.

Результаты и обсуждение.

Анализ нормативных документов показывает, что дистанционная продажа допускается исключительно для безрецептурных препаратов. Продажа же рецептурных, наркотических, психотропных и спиртосодержащих медикаментов с содержанием этилового спирта более 25% не разрешается. Чтобы осуществить заказ на дистанционную доставку, покупатель должен обратиться в аптеку через интернет-сайт или позвонить по телефону.

В процессе анкетирования фармацевтических работников и покупателей были получены различные мнения по данному вопросу. Были проанкетированы фармацевтические работники и посетители аптек. По результатам анкетирования 65,9% опрошенных положительно относятся к e-commerce, также 58,8% участников отметили важность использования e-commerce в современном мире и выделили главным преимуществом «Возможность сравнить цены и выбрать наиболее выгодное предложение» (55,2%).

На основании проведенного исследования стало очевидным, что дистанционная торговля лекарственными средствами действительно увеличивает доступность медикаментов для пациентов, но также выявляются проблемы, связанные с контролем качества, безопасностью и соблюдением законодательства, требующие пристального внимания и решения.

Заключение. Дистанционная торговля лекарствами играет важнейшую роль в современной медицинской практике, существенно улучшая доступ пациентов к необходимым медикаментам. Для успешной реализации этого подхода критически важно сосредоточиться на вопросах безопасности, качества и соблюдения законодательных норм, чтобы гарантировать

эффективное и безопасное предоставление лекарственных средств через дистанционные каналы.

**ПРАКТИКА ПО УПРАВЛЕНИЮ И ЭКОНОМИКЕ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ «СТАЖЕР ОТДЕЛА
МАРКЕТИНГА ОТС»**

Ещенко А.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.фарм.н., старший преподаватель Института
фармации Григорьева И.А.

Актуальность. В фармацевтической отрасли маркетинг играет важную роль, особенно в сегменте безрецептурных препаратов (ОТС), где успешное продвижение напрямую влияет на доступность и информированность потребителей о продукции. Эффективный маркетинг помогает не только расширять присутствие продукта на рынке, но и формировать доверие потребителей к бренду [1].

Цель – получить опыт работы в области продвижения лекарственных средств в фармацевтической компании.

Задачи: развить навыки коммуникации и работы в команде, изучить маркетинговые стратегии продвижения безрецептурных препаратов, принять участие в разработке рекламных материалов и контента.

Результаты и обсуждение. Производственная практика проходила месяц в офисе ООО «Гротекс» в Санкт-Петербурге, в отделе маркетинга безрецептурных препаратов. Стажировка началась с подписания договора и инструктажей по охране труда, далее было проведено ознакомление с обязанностями и текущими задачами отдела.

Одной из первых задач стал портфельный анализ, который выявил сильные и слабые стороны ассортимента и определил направления развития. Также велась отчетность по рекламной активности, включая анализ

эффективности кампаний и предложения по коррекции стратегий. Особое внимание уделялось позиционированию продуктов и разработке ключевых маркетинговых сообщений, что способствовало пониманию ролей маркетинговых коммуникаций.

Стажеры присутствовали на переговорах и совещаниях, что позволило понять специфику бизнес-коммуникаций. Уникальной возможностью стало наблюдение за съемкой рекламных роликов, что дало представление о создании видеоконтента и интеграции ключевых сообщений.

Также было акцентировано внимание на e-commerce и digital маркетинге, включая оптимизацию семантики продуктов на маркетплейсах (Ozon, Wildberries) для повышения видимости и объема продаж. Участники стажировки работали над контентом, подбирая визуальные и текстовые материалы. Освоили инструменты цифрового маркетинга, такие как UTM-метки и анализ трафика, а также обучались управлению онлайн-репутацией бренда.

Заключение. Стажировка в отделе маркетинга безрецептурных препаратов стала важным этапом профессионального развития, предоставив комплексное понимание маркетинговых процессов в фармацевтической отрасли. Полученные знания и навыки, включая работу с цифровыми инструментами, анализ эффективности кампаний и взаимодействие с экспертами отрасли, создают прочную основу для дальнейшего развития в сфере фармацевтического маркетинга.

Список литературы:

1. Оборович А. А., Третьяк О. А. 2024. Трансформация маркетинговых практик на фармацевтическом рынке России: новые вызовы и возможности. Российский журнал менеджмента 22 (2): 223–252. <https://doi.org/10.21638/spbu18.2024.204>

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА "УПРАВЛЕНИЕ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОРГАНИЗАЦИЙ И ИХ СТРУКТУРНЫМИ
ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМИ ЗАНЯТЫХ В СФЕРЕ ОБРАЩЕНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ДРУГИХ ТОВАРОВ АПТЕЧНОГО
АССОРТИМЕНТА". ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО
ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.**

Маликова О.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.фарм.н., ст. преподаватель Института фармации

Григорьева И.А.

Актуальность. В настоящее время фармацевтическая отрасль претерпевает значительные изменения в результате внедрения искусственного интеллекта (ИИ). Он открывает новые горизонты для решения сложных задач в сфере здравоохранения, улучшения клинических исходов и повышения эффективности фармацевтической помощи.

Цель исследования - анализ потенциала и возможностей внедрения ИИ в фармацевтике.

Задачи:

- Анализ текущего состояния применения ИИ в фармацевтической отрасли;
- Исследование отношения к внедрению ИИ среди фармацевтических работников и пациентов;
- Изучение основных ожиданий и опасений по поводу внедрения ИИ.

Методология. В рамках исследования было проведено анкетирование среди фармацевтических работников аптек (70) и посетителей аптек (105) г.Казань.

Результаты и обсуждение. По результатам анкетирования, 67,1% респондентов не имели опыта применения ИИ, 22,9% использовали ИИ в

личных целях, и лишь 1,4% применяли его в профессиональной деятельности. В целом, отношение к использованию ИИ в фармацевтической помощи остается позитивным. Основными преимуществами технологии респонденты назвали: автоматизацию рутинных задач для повышения эффективности (32,9%), улучшение доступности медицинской и фармацевтической помощи (22,9%), а также повышение безопасности и эффективности лекарственных средств (15,7%).

Среди главных ожиданий от внедрения ИИ выделяются:

- улучшение качества фармацевтической и медицинской помощи (21,4%),
- повышение доступности и качества информации о лекарствах для пациентов и фармацевтов (20%),
- снижение числа ошибок и повышение безопасности для пациентов (18,6%).

Этические вопросы и проблемы конфиденциальности данных представляют собой основное беспокойство среди респондентов – 38,6%. При этом равное число опрошенных (25,7%) указали на ограниченные возможности алгоритмов в адаптации к новым условиям и недостаточное понимание контекста и эмоциональных аспектов. Неправильное использование ИИ вызывает тревогу у 37,1% участников исследования.

Лишь 8,6% респондентов выразили полное доверие к ИИ и готовы получать рекомендации по лекарствам через алгоритмы. 60% респондентов предпочли бы следовать указаниям ИИ только после проверки врачом, а 17,1% заявили о необходимости получать советы исключительно от врача.

Заключение. Искусственный интеллект имеет потенциал для улучшения фармацевтической помощи, но пока не вызывает доверия у пациентов и профессионалов. Для успешного внедрения ИИ необходимо учитывать ключевые аспекты:

- ИИ требует надежной и актуальной информации, доступ к качественным данным крайне важен.

- Решения на основе ИИ должны быть понятными как для специалистов, так и для пациентов.

- Нужно обновить законодательство с учетом особенностей ИИ в фармацевтике, в том числе по авторским правам и защите данных, а также разработать этические стандарты.

- Эффективное применение ИИ требует взаимодействия специалистов в фармацевтике, медицине и информационных технологиях.

**УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА ПО ОБЩЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
ТЕХНОЛОГИИ
ВОПРОСЫ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ЦИТОСТАТИКОВ,
ПРОИЗВОДИМЫХ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ ООО «НАНОФАРМА
ДЕВЕЛОПМЕНТ» И АО «ТАТХИМФАРМПРЕПАРАТЫ»
Абдрашитов Р.Р.**

Научные руководители – д.ф.н., доцент Института фармации
Камаева С.С., к.ф.н., доцент Института фармации Меркурьева Г.Ю.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Одной из основных причин смертности являются онкологические патологии. За прошедшие полвека наша жизнь кардинально поменялась. Ритм жизни ускорился, изменился образ жизни, неблагоприятная экологическая обстановка сказалась на состоянии здоровья нации в целом. Лечение онкологических заболеваний представляет собой очень сложную задачу ввиду наличия большого количества нозологических форм заболевания. В связи с этим наблюдается спрос на препараты-цитостатики, используемые для лечения злокачественных новообразований. Поэтому рассмотрение вопросов промышленного производства препаратов-цитостатиков, является *актуальным*.

Целью работы явилось изучение вопросов производства цитостатических препаратов в условиях фармацевтических предприятий,

являющихся базами для проведения практики по фармацевтической технологии.

Для достижения данной цели необходимо решение ряда *задач*:

- 1) Ознакомление с продуктовым портфелем цитостатиков, выпускаемых на фармацевтических предприятиях АО «Татхимфармпрепараты» и ООО
- 2) Изучение методов получения препаратов данной группы.

Материалы и методы: в основе данной работы лежит метод качественного и количественного контент-анализа научных статей, статистических данных, анализ литературы по промышленной технологии лекарств, а также метод экстраполяции существующих современных технологий производства на данный вид лекарственных препаратов.

Результаты и их обсуждение. В процессе работы изучены статистические данные GCO (Global Cancer Observatory) и Ассоциации Онкологов России по заболеваемости онкологической патологией. Данные Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии свидетельствуют о 674587 новых зарегистрированных случаев онкологических заболеваний у пациентов в России за 2023 год. Общий прирост заболеваний в мире за 2023-й год составил более 20,0 миллионов случаев. В качестве основных показаний к применению цитостатиков являются наиболее часто встречающиеся случаи злокачественных новообразований легких, кожи, предстательной железы, желудка, ободочной и толстой кишки. Для лечения новообразований используются иматиниб, терабинта, дазнибикс, леналидомид, капецитабин.

Заключение. Изучили технологический процесс производства препаратов иматиниб, терабинта, дазнибикс, леналидомид, капецитабин. Ознакомились с оборудованием, используемым в процессе производства данных препаратов, вспомогательными веществами, входящими в состав лекарственных форм и их влиянием на терапевтический эффект препаратов.

Список использованной литературы:

1. Ассоциация онкологов России: сайт. – URL: <https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2024/06/sop-2023-elektronnaya-versiya.pdf>
(дата обращения: 10.10.2024)

УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА ПО ОБЩЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ОБЩЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Журба С.С.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – д.ф.н., доцент Института фармации Камаева С.С.,
к.ф.н., доцент Института фармации Меркурьева Г.Ю.

Введение. В период с 24.06.24 по 06.07.24 прошла учебная практика по общей фармацевтической технологии. Закрепление теоретических знаний, полученных при изучении фармацевтической технологии и приобретение профессиональных компетенций в период практики, является *актуальным*.

Цель нашей работы заключалась в общей характеристики условий прохождения практики, знакомство с базами практики и промышленным производством лекарственных препаратов, а также закрепление теоретических знаний, полученных при изучении фармацевтической технологии и формирование профессиональных компетенций по разработке проекта промышленного регламента.

В связи с этим предстояла решить следующие *задачи*:

- 1) ознакомиться с фармацевтическими предприятиями по изготовлению готовых лекарственных средств АО «Татхимфармпрепараты», ООО «Нанофарма Девелопмент»;
- 2) выполнить творческое задание по разработке проекта регламента на производство лекарственного препарата Бифунгин 100 мл.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования является процесс производства препарата «Бефунгин» на АО «Татхимфармпрепараты». В работе использовались аналитический, структурный, графический, логический и сравнительный методы.

Результаты и их обсуждение. Базами учебной практики являлись Институт фармации Казанского ГМУ, АО «Татхимфармпрепараты», ООО «Нанофарма Девелопмент». В ходе практики ознакомились с организацией работы на фармацевтическом производстве, с работой технологического оборудования. Изучили процессы производства лекарственных препаратов в различных лекарственных формах. Разработали проект промышленного регламента на производство препарата Бефунгин 100 мл на основе полученной информации. Бефунгин является галеновым препаратом, производимым из березового гриба чага, который предварительно измельчается и экстрагируется с помощью воды очищенной в обогреваемых реакторах. В полученный жидкий экстракт после сгущения добавляют этиловый спирт и кобальта сульфат гептагидрат. Важным аспектом творческого задания был выбор современного технологического оборудования, которое может быть задействовано в производстве препарата «Бефунгин».

На базе Института фармации воспроизвели процесс производства и контроля качества некоторых галеновых препаратов, мягких лекарственных форм (мазей), твердых лекарственных форм (таблеток), а также препаратов, изготавливаемых в асептическом блоке.

Заключение. Прохождение практики на базе промышленных предприятий предоставило возможность углубить знания о процессе производства лекарственных средств и позволило приобрести необходимые профессиональные компетенции.

**УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА ПО ОБЩЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
ТЕХНОЛОГИИ
СОВРЕМЕННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ГРАНУЛЯЦИИ,
ИСПОЛЬЗУЮЩЕЕСЯ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ ТАБЛЕТИРОВАННЫХ
ПРЕПАРАТОВ**

Ибрагимова А.Г.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – к.ф.н., доцент Института фармации

Меркурьева Г.Ю., д.ф.н., доцент Института фармации Камаева С.С.

Введение. Таблетки являются лидирующей лекарственной формой среди готовых лекарственных препаратов. При их производстве могут быть использованы различные методы, в частности, метод грануляции, позволяющий придать таблетлируемым массам надлежащие технологические характеристики. Изучение оборудования, применяемого при производстве гранулята, является *актуальным* для студентов, осваивающих программу специальности 33.05.01 «Фармация». Современным оборудованием для получения гранулята при производстве таблеток являются фармацевтические экструдеры.

Цель работы заключалась в изучении устройства и принципов работы фармацевтических экструдеров, и знакомство с их ассортиментом на российском рынке.

Задачи:

- 1) Изучить устройство, принципы работы о области применения фармацевтических экструдеров.
- 2) Провести анализ рынка фармацевтических экструдеров в России.

Материалы и методы исследования. В работе использованы метод визуализации и анализа, а также логический, сравнительный и маркетинговый методы.

Результаты и их обсуждение. Знакомство с технологическим оборудованием, применяемым при производстве таблеток состоялось во время

учебной практики по общей фармацевтической технологии на базе предприятия ООО «НАНОФАРМА ДЕВЕЛОПМЕНТ», выпускающим более 20 наименований таблетированных препаратов. При производстве ряда препаратов грануляцию осуществляют с применением экструдера, осуществляющего термоэкструзию таблеточной массы. Принцип работы экструдера состоит в том, что из загрузочного бункера сырье попадает в нагреваемый материальный цилиндр со вращающимся шнеком, который захватывает сырье, уплотняет расплавленный материал и продавливает его через формующее отверстие головки экструдера, за счет чего образуется гранулят. Анализ рынка экструдеров позволил установить, что большая часть выпускаемых экструдеров относится к промышленным экструдерам, часть из которых с успехом может быть применена в фармацевтическом производстве. Незначительная часть экструдеров относится к лабораторному оборудованию. Производительность экструдеров лабораторных составляет от 0,5 до 15 кг, а промышленных – до 100 кг. Экструдеры производятся в США (ThermoScientific) и КНР (JiangsuXindaTechLimited).

Заключение. Изучено устройство и принципы работы фармацевтического экструдера, применяемого на ООО «НАНОФАРМА ДЕВЕЛОПМЕНТ», установлено, что основным поставщиком данного оборудования, использующегося в таблеточном производстве, является Китай.

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРОПЕДЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЗДАНИЯ МИКСТУРЫ КВАТЕРА

Караева П.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – д.ф.н., доцент Института фармации
Камаева С.С., к.ф.н., доцент Института фармации Меркурьева Г.Ю.

Введение. Микстура Кватера является одним из традиционных комбинированных лекарственных препаратов. Изучение истории создания, особенностей разработки и совершенствования данного средства позволит проследить эволюцию подходов к созданию сложных лекарственных форм на основе нескольких действующих веществ. *Актуальность* работы заключается в том, что анализ истории создания микстуры Кватера позволит использовать накопленный опыт для совершенствования методологии создания новых комбинированных лекарственных средств. *Целью* работы явилось изучение истории создания и совершенствования микстуры Кватера на протяжении XX-XXI в.в. Для достижения данной цели необходимо было решить следующие *задачи*:

- 1) Ознакомиться с источниками литературы по данной теме.
- 2) Проследить изменения в составе микстуры на протяжении его истории.
- 3) Оценить современное состояние и перспективы дальнейшего развития данного комбинированного лекарственного средства.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования послужили литературные источники, посвященные истории создания микстуры Кватера. В работе использованы сравнительный, логический методы, контент-анализ и метод систематизации и анализа информации.

Результаты и их обсуждение. Состав микстуры разработан гинекологом Кватером Е.И., посвятившим свою жизнь рациональному лечению женщин, направленному на регулирование не только одного органа или одной системы, а всего организма в целом, особенно функции

центральной нервной системы. Изначально микстура предназначалась для снижения возбудимости центральной нервной системы при женских кровотечениях. В дальнейшем выяснилось, что микстура обладает выраженным успокаивающим эффектом. Ее стали назначать при различных неврозах, расстройствах сна, повышенной раздражительности. Поэтому изначально существовало два состава микстуры, которые изготавливались в аптеках. Микстуры состоят из настоя корневищ с корнями валерианы и листьев мяты, натрия бромида, магния сульфата, амидопирин и кофеина-натрия бензоата, отличающиеся количественным содержанием ингредиентов [1]. В последнее время стали появляться «двойники» микстуры Кватера, которые частично можно считать аналогами этого препарата, представляющие собой комплексные седативные препараты растительного происхождения - Валемидин, Релаксозан ночь, Валокармид, Новопассит, Персен,

Заключение. Проведённый анализ истории создания микстуры Кватера и выявление её современных аналогов позволяет сделать вывод, что препарат востребован и требует дальнейших исследований для модернизации.

Список использованной литературы:

- 1) Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии / Е. И. Кватер. - М. : Медгиз, 1956. - 302 с. : ил., 2 л. ил. - (Библиотека практического врача). - Библиогр.: с. 291-299. - Б. ц.

**УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА ПО ОБЩЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ
ТЕХНОЛОГИИ**

**ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА
СИРОПА СОЛОДКИ НА БАЗЕ АО «ТАТХИМФАРМПРЕПАРАТЫ»**

Лисенкова Ю.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научные руководители – д.ф.н., доцент Института фармации

Камаева С.С., к.ф.н., доцент Института фармации Меркурьева Г.Ю.

Введение. Несмотря на активное развитие химической и фармацевтической промышленности и ежегодное появление новых синтетических лекарственных препаратов на полках аптек, галеновые препараты на протяжении столетий не теряют своей актуальности и продолжают широко использоваться как в народной, так и в научно-доказательной медицине. Одним из наиболее известных средств из всего безрецептурного ассортимента отхаркивающих лекарственных препаратов остается сироп корня солодки, обладающий богатым химическим составом, обеспечивающим отхаркивающее, противовоспалительное и спазмолитическое действие. В этой связи изучение процессов промышленного производства сиропа солодки является *актуальным*.

Цель работы заключалась в изучении процесса промышленного производства сиропа солодки в рамках учебной практики по общей фармацевтической технологии, проходившей на базе АО «Татхимфармпрепараты».

В этой связи предстояло решить следующие *задачи*:

1. Ознакомиться с теоретическим материалом о лекарственной форме «Сиропа».
2. Рассмотреть этапы, из которых состоит процесс производства сиропа солодки на фармацевтическом предприятии.
3. Изучить оборудование, которое используется при производстве сиропа солодки на АО «Татхимфармпрепараты».

Материалы и методы исследования. В работе использовались аналитический, логический и сравнительный методы.

Результаты и их обсуждение. Сиропы – жидкая лекарственная форма в виде водного раствора вязкой консистенции со сладким вкусом, содержащая сахарозу в концентрации не менее 45 % или её заменители, предназначенная для приёма внутрь [1]. Исходным сырьем для получения сиропа солодки является густой экстракт солодки, сахароза, спирт этиловый 90% и вода очищенная [2]. Густой экстракт солодки получают на галеновом участке предприятия экстракцией корня солодки раствором аммиака. Процесс промышленного производства сиропа солодки состоит из последовательно выполняемых технологических этапов: подготовка сырья, варка сахарного сиропа; очистка сиропа, растворение густого экстракта солодки, добавление этанола, стандартизация, фасовка, упаковка и маркировка. При производстве сиропа солодки используется оборудование: мерники для спирта этилового и воды очищенной, реакторы с мешалками, друк-фильтры, автоматическая линия фасовки и упаковки. На всех этапах производства сиропа проводится контроль для уменьшения рисков производства недоброкачественной продукции.

Заключение. Производство сиропа солодки осуществляется на предприятии на основании регламента с применением технологического оборудования, позволяющего выпускать препарат, соответствующий требованиям нормативных документов.

Список использованной литературы:

1. Государственная фармакопея XV издания. URL: <https://pharmacopoeia.regmed.ru>(дата обращения: 08.10.2024).
2. Государственный реестр лекарственных средств. URL: <https://grls.minzdrav.gov.ru>(дата обращения: 27.09.2024).

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА
«РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА В
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ»

Абдуллина Ю.А., Фардиева И.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.фарм.н.,

доцент Института фармации Воробьева Н.В.

Введение. Актуальность проблемы кадрового дефицита в фармацевтической отрасли приобретает особую значимость в условиях увеличения спроса на качественные фармацевтические услуги. По разным подсчетам, на 1 вакансию в фармацевтической сфере приходится около одного резюме. Не хватает специалистов в сфере исследования и разработки, аналитиков, провизоров, химиков.

В стратегии развития фармацевтической промышленности отмечено, что фармацевтическая отрасль неразрывно связана с достижениями научно-технического прогресса. Понимание факторов, способствующих нехватке кадров, и разработка стратегий по их устранению будет способствовать не только укреплению кадрового потенциала сферы, но и росту абитуриентов в фармацевтические факультеты и институты. Целью исследования является выявление основных причин кадрового дефицита в фармацевтической отрасли, а также разработка мер для преодоления данной проблемы. Задачами является проведение анкетирования и интервьюирования фармацевтических работников, анализ статистических данных.

Материалы и методы. Проведено анкетирование и интервьюирование фармацевтических работников, проанализированы статистические данные аптечных сетей, фармацевтических предприятий, данные отечественной и зарубежной литературы.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования фармацевтических работников было выявлено, что одним из основных факторов кадрового голода является профессиональное выгорание. От эмоционального состояния

фармацевтических кадров зависит качество оказания фармацевтической помощи. На вопрос готовы ли они сменить работу за первым столом на работу в промышленных фарм. предприятиях, респонденты ответили отрицательно, объяснив это отсутствием опыта и прикладных знаний. Данные опроса коррелируются со статистикой: в аптеках и на фармацевтических предприятиях не хватает 25% работников, и эта цифра будет только увеличиваться и через несколько лет. Импортозамещение ставит перед системой образования задачи по мобилизации кадров для трансфера технологий и управления полным циклом разработки лекарств. Для решения данной задачи необходимо:

- в ближайшее время заключить с фарм. предприятиями договора о целевом обучении за счёт государственного бюджета, что поможет привлечь в отрасль квалифицированные кадры и обеспечить студентов работой после окончания обучения;
- разработать гибкие образовательные программы, которые позволят обеспечить возможность практической подготовки студентов на предприятиях и обретения профессиональных навыков;
- создать систему кураторства фармацевтических предприятий над вузами, которая позволит выработать преемственность поколений и обеспечить трудоустройство студентов после окончания ВУЗа;
- открыть центры подготовки, где можно будет сконцентрировать мини-цех, лабораторное оборудование для отработки навыков, такие как «Сириус»;
- усилить профориентацию среди учеников школ для повышения престижа фармацевтических профессий.

Заключение и выводы. Для решения проблем кадрового дефицита в фармацевтической отрасли в 2024 году можно предпринять следующие шаги: заключение с фармпредприятиями договоров о целевом обучении, создание системы кураторства над ВУЗаами, проведение профориентационной работы,

адаптацию образовательных программ подготовки провизоров к потребностям современной фармацевтической отрасли.

«АСКОРБИНОВАЯ КИСЛОТА В ЛЕКАРСТВЕННОМ РАСТИТЕЛЬНОМ СЫРЬЕ»

Батдалова А.Р., Галиакберова К.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - доцент Института фармации Ситникова Н.В.

Спрос на витамины актуален круглый год за счет различных факторов как внешних (потребление пищи, скудной витаминами; экология), так и внутренних (заболевания различного генеза), и актуален среди любой возрастной категории. Большинство людей предпочитают лекарственным средствам с точными дозировками витаминов их натуральные источники – фрукты, ягоды – приобретая в магазинах или употребляя из своих домашних заготовок.

Актуальность данной научной работы заключается в проверке содержания витамина С в растительном сырье (плодах) на различных стадиях: сбор, сушка. С последующим сравнением количества аскорбиновой кислоты и выявлением в сырье большей дозировки витамина на определенных стадиях.

Цель научной работы: анализ содержания витамина С в лекарственном растительном сырье.

Задачи: 1) Работа с научно-исследовательскими материалами, литературой и Интернет-ресурсами; 2) сбор, сушка растительного сырья; 3) анализ содержания витамина С в ЛРС, собранном и заготовленном заранее; 4) оформление научной работы.

География проекта: Ульяновская область, город Димитровград. Республика Татарстан, город Казань.

Методы и объекты исследования: объекты исследования – плоды шиповника морщинистого (*Rosa rugosa*; *Rosaceae*); майского (*R. majalis*);

малины обыкновенной (*Rubus idaeus*; *Rosaceae*); смородины черной (*Ribes nigrum*; *Grossulariaceae*). Метод - Йодометрическое титрование.

Результаты: во время прохождения учебной практики по ботанике была достигнута поставленная цель научно-практической работы. Собранное ЛРС – плоды шиповника морщинистого (*Fructus Rosa rugosa*); майского (*Fructus R. majalis*); малины обыкновенной (*Fructus Rubus idaeus*); смородины черной (*Fructus Ribes nigrum*); – повергнуто йодометрическому титрованию на стадии сбора сырья и сушки для выявления содержания витамина С.

Наименование ЛРС	Содержание аскорбиновой кислоты (мг) в 100 г. в высушенном ЛРС
Плоды шиповника морщинистого	
Плоды шиповника майского	
Плоды малины обыкновенной	
Плоды смородиной черной	

Наименование ЛРС	Стадии	Содержание аскорбиновой кислоты (мг) в 20 г. ЛРС
Плоды шиповника морщинистого	Сбор	
	Сушка	

Выводы: исходя из полученных результатов, наибольшее содержание аскорбиновой кислоты содержится в ЛРС на стадии сбора, а также при сравнении нескольких видов – в плодах смородины черной.

**ДЕНДРОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕРРИТОРИИ
ВОСКРЕСЕНСКОГО НОВО-ИЕРУСАЛИМСКОГО АРХИЕРЕЙСКОГО
ПОДВОРЬЯ ГОРОДА КАЗАНИ**

Валуева В.Н.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – доцент института фармации КГМУ

Ситникова Н.В.

Введение: Воскресенское Ново-Иерусалимское Архиерейское подворье находится на высоком берегу озера Средний Кабан и берет свое начало в 17 веке. На его территории расположен комплекс архитектурных построек, сады и аллеи, которые были заложены в давние времена. Так как место имеет большую историю, древесный покров за века успел измениться.

Цель работы: провести дендрологическое исследование территории подворья.

Задачи работы: 1. Изучение видового состава деревьев; 2. Определение параметров возраста и высоты отдельных видов деревьев; 3. Проведение анализа исторических источников территории подворья в разные периоды времени; 4. Изготовление гербарной коллекции.

Объект работы: лесопарк Воскресенского Ново-Иерусалимского Архиерейского подворья г. Казани.

Методы работы: описательный, сравнительный, инструментальный.

Методика: для определения возраста деревьев - бурав Пресслера, резистограф. Для определения высоты - электронный высотомер.

Результаты исследования: на территории Предволжья Татарской АССР в геологический период – голоцен леса сменялись одни за другими, сначала преобладали еловые, которые позже сменились на сосновые. В позднем голоцене широколиственные леса с преобладанием дубрав, которые далее уступили лесам смешанным. По полученным данным от работников ТатНИИСХ можно судить, что последние организованные посадки были в 1978 году, когда облагораживали участок подворья хвойными деревьями.

На территории подворья были обнаружены деревья следующих семейств:

Семейство *Pinaceae* включает виды: *Picea pungens* - возраст 46 лет. *Picea* гибрид (европейская X финская) - возраст 46 лет. *Larix decidua* - возраст 43 года, высота 19 метров. *Pinus sylvestris* - возраст около 280 лет, высота 34 метра. Семейство *Salicaceae*: *Populus sowjetica pyramidalis* - возраст 54 года. *Populus* гибрид 21 (бальзамический X черный пирамидальный). *Salix caprea*. Семейство *Ulmaceae* представлено: *Ulmus minor*, *Ulmus laevis* Pall. - возраст 94 года, высота 33 метра. Семейство *Sapindaceae* включает виды - *Acer negundo* L., *Acer platanoides*. Семейство *Malvaceae* - вид *Tilia cordata* - возраст 138 лет, высота 27 метров. Семейство *Fagaceae* представлено *Quercus robur* - возраст 186 лет, высота 26 метров. Семейство *Betulaceae* представлено видом *Betula pendula*.

Заключение. В результате исследования *Pinus sylvestris* и *Quercus robur* явились самыми возрастными экземплярами. При сравнении исторических данных и результатов нашего исследования, можно проследить явное соответствие эпохе. Для итога нашей работы было выбрано изготовление гербарной коллекции для передачи в музей подворья и составлены рекомендации по озеленению территории.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ

Гайнуллина Л.Р., Федотова А.В.

Научный руководитель: к.с.-х.н., доцент Ситникова Н.В.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации,

Актуальность. Большинство женщин во время беременности и в период лактации страдают от симптомов различных патологий. Лекарственные препараты растительного происхождения могут эффективно применяться при беременности и лактации, сопровождающейся различными

соматическими болезнями. Грамотно подобранные фитопрепараты могут стать эффективными для длительного лечения, чтобы исключить использование химических средств.

Цель исследования. Изучение возможности применения лекарственного растительного сырья во время беременности.

Материал и методы. Объектом исследования послужили семейства: *Asteraceae*, *Betulaceae*, *Caprifoliaceae*, *Lamiaceae*, *Umbelliferae*, *Urticaceae*, *Rosaceae*, *Ericaceae*, собранные нами во время летней практики по ботанике.

Методы исследования: сбор растений, подробное изучение каждого найденного растения и его гербаризация, анализ полученной информации.

Результаты. Исследования показали, что несмотря на преимущества использования фитопрепаратов беременными женщинами, существуют определенные ограничения, связанные с недостаточной изученностью их влияния на развитие плода и особенности течения беременности. Таким образом, применение лекарственного растительного сырья во время беременности должно осуществляться под наблюдением квалифицированных специалистов, что позволит максимально реализовать лечебный потенциал растительных средств, сохраняя при этом здоровье матери и ребенка.

В

Ы

В

О

Д

Ы

:

В

Н

а

ш

е

й

**ИЗУЧЕНИЕ АНАТОМО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И
ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЗВЕЗДЧАТКИ СРЕДНЕЙ
(*STELLARIA MEDIA*) И ЗВЕЗДЧАТКИ ЛАНЦЕТОВИДНОЙ (*STELLARIA
HOLOSTEA*)**

Караева П.В.

Научный руководитель – к.с.-х.н., доцент Института фармации Ситникова
Н.В.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: актуальность работы кроется в ее своевременности проведения, а также с учетом того, что за последний год в поисковой сети “интернет” появилось несколько достаточно подробных публикаций разной степени направленности относительно таких видов семейства *Caryophyllaceae*, как звездчатка средняя (*Stellaria media*) и звездчатка ланцетовидная (*Stellaria holostea*). Кроме того, указанные виды с высокой частотой встречались в процессе прохождения учебной практики по курсу ботаника, в разных районах Республики Татарстан.

Цель работы: изучить анатомо-диагностические и морфологические свойства видов семейства *Caryophyllaceae*, рассмотреть возможности рационального применения видов в официальной медицине.

Для достижения данной цели предлагается постановка следующего ряда **задач:**

- 1) Ознакомление с научной литературой, включая ботанические определители и атласы, сведения анатомии, гистологии и фармации.
- 2) Сбор и определение *Caryophyllaceae*, гербаризация и монтировка.
- 3) Микроскопия, диагностика и описание по анатомическим признакам.
- 4) Изготовление коллекции срезов постоянных гистологических препаратов вегетативных органов *Stellaria media* и *Stellaria holostea*.

Материалы и методы: объектами данной научно-исследовательской работы являются виды *Stellaria media* и *holostea*, которые были собраны во время прохождения летней полевой практики по ботанике. Было использовано лабораторное оборудование: световые микроскопы и бинокляры, наборы для ботанической микроскопии и диагностики растительного лекарственного сырья.

Результаты: в процессе работы путем серии экспериментов были изготовлены: гербарная коллекция *Caryophyllaceae*, временные препараты поперечных и продольных гистологических срезов вегетативных и генеративных органов растений, таких как корневая система, стебель, листья и цветки. Выявлены признаки, характерные для семейства и отличия в строении осевых органов, как при морфологическом анализе, так и при микроскопии. Выявлена закономерность в строении и протекании основных стадий онтогенеза в зависимости от условий произрастания (освещенности, влажности, фитоценоза и конкурентоспособности с другими видами).

Выводы: несмотря на то, что *Stellaria media* является доминирующим сорным почвопокровным растением, встречающийся во многих популяциях Российской Федерации, выработав определенные приспособления к усиленному росту и размножению в период с ранней весны до первых заморозков, все это придает огромный научный интерес для более глубокого изучения и перспектив использования в фармацевтической практике.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И ПРОИЗРАСТАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ

Коновалов. Д.А.

Научный руководитель – к. с. – х. н, доцент Института фармации Ситникова
Наталья Владимировна

В ходе прохождения учебной практики по ботанике была собрана гербарная коллекция, состоящая из 120 видов растений, которые относятся к

разным семействам. Из них 50 видов являются лекарственными: *Valeriana officinalis*, *Centaurea cyanus*, *Menyanthes trifoliata*, *Inula helenium*, *Origanum vulgare*, *Convallaria majalis*, *Mentha piperita*, *Digitalis purpurea*, *Taraxacum officinalis*, *Plantago major*, *Rheum palmatum*, *Ribes nigrum*, *Chelidonium majus* и др.

Цели: Сбор и изучение лекарственных растений, формирующих лекарственное сырьё *fructus*.

Задачи: изучить литературу по теме исследования; составить описание собранных лекарственных растений; изучить ареал произрастания; оформить гербарий собранных растений нашей местности.

Методы изучения: сбор, микроскопия, определение таксономии, создание коллекций. Для изучения и сбора материала использовались литературные источники и лабораторное оборудование.

Результаты: *Vaccinium myrtillus*, (род: *Vaccinium*, семейство *Ericaceae*), плоды - шаровидные сизовато-чёрные, чёрные, редко белые (особая форма), многосемянные сочные ягоды диаметром около 1 см с тёмно-пурпурной мякотью, обладают противовоспалительной и противоопухолевой активностью, оказывают защитное действие при химической и лучевой терапии, имеют антисептический, противомикробный, мочегонный эффект. Экстракты плодов улучшают остроту зрения и аккомодацию глаз. *Viburnum opulus* (семейство *Adoxaceae*), плоды - сочные, красные костянки округлой или эллиптической формы, диаметром до 1 см, с жёлтой мякотью, красным соком и плоской крупной косточкой, применяют в качестве седативного и гипотензивного средства при гипертонической болезни, климактерических неврозах, при астенических состояниях, как общеукрепляющее средство, стимулирующее работу сердца. *Sorbus aucuparia* (вид *Sorbus*, семейство *Rosaceae*), плод - яблоко, до 15 мм в диаметре, почти шаровидный, ярко-красный, реже оранжево-красный, жёлтый, обычно с 3 (6) семенами, обладает противовоспалительным, кровоостанавливающим, капилляро укрепляющим, витаминным, вяжущим, легким слабительным, потогонным, мочегонным

действием, понижает кровяное давление, повышает свертываемость крови. *Vaccinium oxycoccos*, (семейство: *Ericaceae*, род: *Vaccinium*), плод - темно-красная шаровидная или яйцевидная сочная ягода с кислой мякотью, используют как бактерицидное, жаждоутоляющее, жаропонижающее и тонизирующее средство, повышающее умственную и физическую работоспособность, усиливающее аппетит и усвояемость пищи.

Выводы: во время прохождения практики мы изучили распространенные виды лекарственных растений, произрастающих в условиях Среднего Поволжья. Собрали и определили таксономическую принадлежность 120 видов растений, на основе этого создали гербарную коллекцию. Детально, с указанием диагностических признаков нами были изучены виды формирующие лекарственное сырьё *fructus: sorbus aucuparia, vaccinium myrtillus, vaccinium oxycoccos, viburnum opulus*.

ОСОБЕННОСТИ СИМБИОЗА RHIZOBIUM С РАСТЕНИЯМИ СЕМЕЙСТВА FABACEAE.

Кошкина В.Д.

Научный руководитель - к.с.-х.н., доцент Института фармации Ситникова
Наталья Владимировна

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность: во время прохождения летней практики по курсу ботаника мы встретились с ярким семейством *Fabaceae*, которые отличаются симбиозом с *Rhizobium*. Изучение их отношений позволяет лучше понять механизмы взаимодействия между растениями и бактериями, а также выявить изменения, которые происходят в клетках растений.

Цель: изучить ассоциацию азотфиксирующих бактерий и создать готовые микропрепараты поперечных срезов *Rhizobium*.

Задачи: сбор растений семейства Бобовых; определение вида собранных растений; фиксация корней в спирте для сохранения и последующего изучения морфологических структур; изучение морфологических и диагностических признаков с использованием микроскопа; изучение методики и создание постоянных микропрепаратов; анализ симбиотических взаимоотношений у объектов.

Материал и методы исследования: во время прохождения летней практики по ботанике были собраны и гербаризированы вегетативные органы растений для дальнейшего анализа морфологических изменений. Всего собрано 40 образцов растений семейства *Fabaceae*: люцерна посевная *Medicago sativa* – 20 образцов, донник лекарственный *Melilotus officinalis*- 10 образцов, горошек мышиный *Vicia cracca*-10 образцов. Корни растений зафиксировали в спирте для дальнейшего изучения.

Результаты и их обсуждение: Клубеньки бобовых растений представляют собой специальные структуры, которые образуются на корнях в результате симбиоза с азотфиксирующими бактериями, чаще всего из рода *Rhizobium*. Постоянные препараты были изготовлены экспериментальным путём из стекловидного лака. На препаратах можно подробно изучить морфологические, диагностические признаки клубеньков и выделить основные морфолого-анатомические характеристики клубеньков бобовых: клубеньки могут иметь различную форму - от округлой до вытянутой, и их размеры также варьируют от 0,2-5 мм в длину. Строение клубеньков представлено: наружной и внутренними частями - клубеньки окружены тонкой перидермой, которая состоит из клеток, образующих защитный слой. Внутренняя часть клубенька состоит из клеток паренхимы, содержащих резервные вещества, такие как крахмал и белки. Внутри клубеньков также находятся азотфиксирующие бактерии. В работе был проведен морфологический, микроскопический анализ, подсчитано количество

клубеньков у видов: *Medicago sativa* (среднее количество клубеньков, 47 шт.), *Melilotus officinalis* (68 шт.), *Vicia cracca* (32 шт.).

Заключение: в результате исследования и анализа полученного материала, мы убедились, что взаимодействие *Rhizobium* и представителей семейства *Fabaceae* способствует значительному улучшению роста и развития растений. Мы выяснили, что не все представители данного семейства способны вступать и образовывать симбиоз с *Rhizobium*. В свою очередь известно, что симбиоз с азотофиксирующими бактериями демонстрирует выработанную в процессе эволюции способность растений приспосабливаться к неблагоприятным условиям окружающей среды, особенно к недостатку соединений азота в почве.

ПОЛЫНЬ – РАСТЕНИЕ ЖИЗНИ И ПЛОДОРОДИЯ

Мухамметгалиева Ч.И.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.с.-х.н., доцент Института Фармации КГМУ

Ситникова Н.В.

Актуальность. На сегодняшний день возрос интерес к использованию натуральных растительных ресурсов и экологически чистых органических продуктов в медицине и косметологии. Изучение лекарственных растений стало наиболее значимым. Полынь, как одна из наиболее изученных и широко применяемых, как в народной, так и в официальной медицине, содержит

множество биологически активных веществ, которые могли бы быть полезны для здоровья человека.

Цель исследования – изучение видов растений, относящихся к роду полынь с древности до современных дней в фармакологии и косметологии.

Задачи. Провести морфологический разбор и изучить химический состав видов рода полынь. Изучить литературные источники, посвященные истории применения данных растений в древнем мире и современных сферах промышленности. Провести анализ по подготовке сырья и технологии изготовления галеновых препаратов и мыла на основе полыни.

Объекты: полынь горькая (*Artemisia absinthium*), полынь обыкновенная (*Artemisia vulgaris*), полынь однолетняя (*Artemisia annua*), полынь индийская (*Artemisia princeps*).

Методы: анализ литературных данных, системный анализ, морфологический разбор и экспериментальный метод по изготовлению галеновых препаратов и декоративного мыла.

Результаты. Во время прохождения летней учебной практики были изучены, собранные на территории города Казань, в Атнинском районе, растения, относящиеся к отделу Цветковых (*Angiospermae*), порядку Астроцветных (*Asterales*), семейству Астровых (*Asteraceae*), роду Полыни (*Artemisia*). Род *Artemisia* распространён в умеренной зоне северного полушария и включает в себя свыше 400 видов, из которых более 100 произрастает на территории РФ. Полынь имеет очень приятный, терпкий запах и вяжущий, горький вкус за счёт содержания в нём различных биологически активных веществ. Химический состав видов различен, но в основном представлен терпеноидами (эфирные масла – туйон, цинеол, пинены; сесквитерпеновые лактоны – абсинтин, анабсинтин, артемизин и др.) и фенольными соединениями: лигнаны, алкалоиды, флавоноиды, кумарины; встречаются также различные витамины (А, Е, С, группы В) и органические кислоты. Морфологически каждый вид отличается друг от друга по цвету, форме, размерам и другим показателям. За счёт своей распространенности

она уже с древних времен применялась в сфере врачевания, о её полезных свойствах знали древние греки, арабы и китайцы, и из неё изготавливали лекарственные настойки. Со временем спектр её использования расширился и теперь из неё создают лекарства, уходовую косметику, применяют в изготовлении напитков и в качестве специй.

Выводы. В ходе исследования мы изучили 4 отдельных вида рода полынь, из которых были собраны и гербаризированы 2 вида: *A. absinthium*, *A. vulgaris*. Были изучены области применения данных растений в пищевой, фармакологической и косметологической промышленности. Изготовленные в ходе практического эксперимента галеновые препараты и мыло подтверждают перспективность дальнейшего изучения и использования растения в различных сферах промышленности.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА.
«РАЗРАБОТКА СТАНДАРТНЫХ ОПЕРАЦИОННЫХ ПРОЦЕДУР ДЛЯ
ВНУТРЕННЕГО АУДИТА КАЧЕСТВА ШПРИЦОВ НА БАЗЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ»**

Нуруллина Ю.Ф., Абдуллина Ю.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - д. фармац. наук, профессор Института фармации

Егорова С.Н

Введение. Внутренний аудит качества медицинских изделий в медицинских организациях (МО) является актуальной проблемой,

обусловленной потребностью в обеспечении медицинской безопасности и повышении эффективности терапии.

Целью исследования является разработка стандартной операционной процедуры (СОП) для контроля качества шприцов медицинских однократного применения стерильных.

Задачи:

1) Изучение нормативно-правовой базы для проведения внутреннего аудита качества шприцов.

2) Описание алгоритма определения качества шприцов для создания СОП проведения внутреннего аудита в МО.

Материалы и методы. Материалами для проведения исследования явились ГОСТ ISO 7886-1-2011 и шприцы медицинские. Были исследованы шприцы на 2 мл, 5 мл и 10 мл производителей ООО «Паскаль медикал» (Московская область, г.Дубна) и «Бейджинг Форнёрс Медикал Эквимпент Ко., Лтд» (Район Хуайжоу, г. Янсон)

Исследование проводилось на базе учебно-симуляционной аптеки «Учебная аптека» Казанского ГМУ.

Согласно ГОСТу, одним из показателей качества шприцов является значение «мертвого пространства». Это объем жидкости, содержащейся в цилиндре и наконечнике при утопленном до упора поршне. Данная величина позволяет судить о точности дозирования лекарственного препарата.

В соответствии с ГОСТом, составлен алгоритм СОПа по определению качества шприцов в условиях МО:

1) Взвешивание пустых шприцов на аналитических весах VIBRA HT, включая иглу, с точностью 0,001 г.

2) Заполнение шприцов дистиллированной водой при 22°C, тщательно удаляя пузырьки воздуха, особенно из иглы.

3) Вытеснение воды, полностью вдвинув шток-поршень.

4) Повторное взвешивание шприцов каждого производителя 5 раз.

5) Вычисление среднего значения результатов «мертвого пространства» в шприцах (n=5) и сравнение с требованием ГОСТ.

Результаты и их обсуждение. Результаты аудита качества шприцов согласно разработанному алгоритму представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты определения «мертвого пространства»

Номинальная вместимость шприца V, мл	Производитель	Результаты значения "мертвого пространства", мл	Допустимое "мертвое пространство", мл
2 мл	ООО «Паскаль медикал», Московская область, г.Дубна	0,07 (соответствует)	не более 0,07
	«Бейджинг Форнёрс Медикал Эквимпент Ко., Лтд», Район Хуайжоу, г. Янсон	0,09 (не соответствует)	
5 мл	ООО «Паскаль медикал», Московская область, г.Дубна	0,072 (соответствует)	0,07÷0,075
	«Бейджинг Форнёрс Медикал Эквимпент Ко., Лтд», Район Хуайжоу, г. Янсон	0,076 (не соответствует)	

10 мл	ООО «Паскаль медикал», Московская область, г.Дубна	0,075 (соответствует)	0,075÷0,10
	«Бейджинг Форнёрс Медикал Эквимпент Ко., Лтд», Район Хуайжоу, г. Янсон	0,08 (соответствует)	

Установлено, что шприцы медицинские производителя ООО «Паскаль медикал» соответствуют требованиям ГОСТ по показателю «мертвое пространство» в отличие от шприцов производителя «Бейджинг Форнёрс Медикал Эквимпент Ко., Лтд».

Заключение. На примере аудита качества шприцов медицинских однократного применения показана необходимость разработки СОП приемочного контроля медицинских изделий в МО. Разработанный алгоритм может быть использован в медицинской организации для приемочного контроля шприцов медицинских.

**«СОРНЫЕ РАСТЕНИЯ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ АЛЛЕРГИЮ.
МИКРОСКОПИЯ ПЫЛЬЦЕВЫХ ЗЕРЕН»**

Семенова Д.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.с.-х.н., доцент Института фармации КГМУ

Ситникова Наталья Владимировна

Актуальность. Поллинозы, вызываемые пылью некоторых видов растений, являются распространёнными аллергическими заболеваниями.

Среди основных источников пыльцевых аллергенов ключевую роль играют сорные растения, характеризующиеся повсеместным распространением и способностью к внедрению в различные фитоценозы.

Цель. Создание гербарной коллекции и коллекции микропрепаратов пыльцевых зерен растений-аллергенов.

Задачи:

- Изучить научную литературу по теме исследования.
- Осуществить сбор и гербаризацию образцов сорных растений-аллергенов, распространённых на территории РТ.
- Провести микроскопический анализ морфологии пыльцевых зерен.
- Сформировать коллекцию гербарных образцов и микропрепаратов пыльцы.

Материалы и методы. Объекты исследования – основные сорные растения-аллергены, распространённые на территории РТ (город Казань, пригород). Монтировка, гербаризация и определение собранного материала. Световой микроскоп и набор инструментов для микроскопии, среды для изготовления временных и постоянных микропрепаратов: глицериново-желатиновая среда, стекловидный и даммарный лаки. Определители и справочная литература.

Результаты. Во время прохождения летней практики по курсу «Ботаника» были собраны следующие значимые в аллергологическом отношении сорные растения: *Chenopodium album*, *Amaranthus retroflexus*, *Artemisia vulgaris*, *Taraxacum officinale*, *Urtica dioica*, *Leucanthemum vulgare*. Произведена гербаризация.

Первоначально были изготовлены временные микропрепараты пыльцы данных видов для изучения морфологии пыльцевых зерен. В качестве сред для фиксации постоянных препаратов были использованы желатино-глицериновая среда, стекловидный и даммарный лаки.

Марь белая. Форма пыльцевых зерен округлая, апертура: пора, скульптура гладкая, чуть бугорчатая. Аллергены: Che a1- Ole E1-подобный белок; Che a2-Профилин; Che a3- Полкальцин.

Амарант запрокинутый. Форма пыльцевых зерен округлая. Порово-бороздчатые апертуры. Скульптура мелкобугорчатая. Аллергены: Ama r2 Профилин.

Полынь обыкновенная. Форма зерен округлая, апертура: пора, скульптура сетчато-зернистая. Аллергены: Art v1, дефензин-подобный белок; Art v2, патогенез-связанный белок 1; Art v3, липид-транспортный белок; Art v4, профилин; Art v5, полкальцин и Art v6, пектат лиазы.

Одуванчик лекарственный. Форма пыльцевых зерен округлая, апертура: пора, скульптура бородавчато-шиповатая.

Крапива двудомная. Форма зерен округлая, апертура: пора, скульптура гладкая.

Нивяник обыкновенный. Форма пыльцевых зерен округлая/овальная, апертура: пора, скульптура мелкошиповатая.

Заключение. Гербарная коллекция растений-аллергенов и микропрепаратов пыльцевых зерен могут быть использованы для учебного процесса и дальнейших исследований.

***ПРИКЛАДНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНЦЕПЦИЙ
ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В КУРСЕ «ОРГАНИЗАЦИЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АПТЕК» ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ
КОЛЛЕДЖЕЙ И ВУЗОВ.***

Георгиев В.О., к.т.н., преподаватель.

Казанский Медицинский колледж Минздрава России

Тематика использования концепций искусственного интеллекта (ИИ) в образовательном процессе Высших Учебных заведений и колледжах Среднего профессионального образования СПО находит, в современный период, широкое отражение в Российских и зарубежных публикациях [1-22].

Применение ИИ в лекционных и практических занятиях со студентами медицинских образовательных учреждений по направлению «Организация деятельности аптек» рассматривается в работах [1-5, 8-22].

Предлагаемая статья исследует потенциал искусственного интеллекта (ИИ) в области фармацевтического образования для студентов медицинских колледжей и вузов. В статье рассмотрена актуальность концепций ИИ в современной фармацевтической практике и их применение в оптимизации работы аптек, улучшении результатов лечения пациентов и повышении общего качества медицинских услуг, основные преимущества их использования и перспективы дальнейшего развития.

Выделим основные преимущества интеграции концепций ИИ в фармацевтический курс, которые должны включать следующие направления:

- 1. Улучшенное принятие решений:** инструменты, основанные на ИИ, могут анализировать большие объемы данных, чтобы предоставить информацию и поддержать информированное принятие решений в фармацевтической практике.
- 2. Улучшенная безопасность пациентов:** ИИ может помочь выявить потенциальные ошибки при назначении лекарств и побочные реакции, уменьшив риск вреда для пациентов.
- 3. Увеличенная эффективность:** ИИ может автоматизировать рутинные задачи, освобождая фармацевтов для выполнения более сложных и высокоприоритетных задач.

4. Персонализированная медицина: ИИ может помочь разработать индивидуальные планы лечения для пациентов на основе их уникальных характеристик и потребностей.

В фармацевтическом образовании, возникает необходимость:

- **Междисциплинарного сотрудничества:** ИИ требует сотрудничества между фармацевтами, компьютерными специалистами и другими заинтересованными сторонами для разработки эффективных решений.
- **Качества и доступности данных:** высококачественные данные являются необходимыми для обучения и развертывания моделей ИИ в фармацевтической практике.

Этических соображений: ИИ поднимает этические вопросы, такие как предвзятость и прозрачность, которые должны быть рассмотрены в фармацевтическом образовании и практике.

Подготовка будущих фармацевтов к эффективной работе с технологиями ИИ и развитию навыков и знаний, необходимых для реализации потенциала ИИ в фармацевтической практике необходима по нескольким причинам:

- **Эффективное использование инструментов ИИ:** Фармацевты должны понимать, как использовать инструменты, основанные на ИИ, такие как алгоритмы машинного обучения и обработки естественного языка, для анализа данных, выявления паттернов и принятия информированных решений.
- **Интерпретация и анализ данных:** Фармацевты должны уметь интерпретировать и анализировать данные, генерируемые системами ИИ, включая выявление предвзятостей, ошибок и ограничений.
- **Критическое мышление и решение проблем:** Системы ИИ могут предоставлять инсайты, но фармацевты должны уметь думать

критически и решать проблемы, чтобы применять эти инсайты в реальных ситуациях.

- **Коммуникация и сотрудничество:** Фармацевты должны уметь эффективно общаться с другими медицинскими работниками, пациентами и заинтересованными сторонами о преимуществах и ограничениях решений, основанных на ИИ.
- **Этические соображения:** Фармацевты должны быть осведомлены об этических аспектах ИИ в фармацевтической практике, включая вопросы конфиденциальности данных, безопасности и предвзятости.
- **Непрерывное обучение и профессиональное развитие:** Быстрое развитие технологий ИИ требует от фармацевтов постоянного обучения и профессионального развития, чтобы оставаться в курсе последних достижений и лучших практик.

Чтобы обеспечить, чтобы будущие фармацевты были готовы к эффективной работе с технологиями ИИ, необходимо принять комплексный подход к образованию и обучению, включая:

- **Интеграцию концепций ИИ в фармацевтический курс:** Программы фармацевтического образования должны включать концепции и приложения ИИ в свои курсы, включая курсы по науке о данных, машинному обучению и этике ИИ.
- **Практическую подготовку и опыт:** Студенты должны иметь возможность работать с инструментами, основанными на ИИ, и участвовать в проектах и стажировках, которые применяют ИИ в реальных условиях.
- **Междисциплинарное сотрудничество:** Программы фармацевтического образования должны поощрять сотрудничество с другими дисциплинами, такими как компьютерная наука, инженерия и информатика здравоохранения, чтобы обеспечить студентам всестороннее понимание ИИ в фармацевтической практике.

Принимая активный подход к подготовке будущих фармацевтов к работе с технологиями ИИ, мы можем обеспечить, что они будут готовы к реализации потенциала ИИ и к предоставлению высококачественной помощи пациентам в все более сложной и технологически ориентированной среде здравоохранения.

Использование систем искусственного интеллекта может значительно облегчить изучение предмета "Организация деятельности аптек" для студентов медицинских колледжей и вузов. Ниже приведены некоторые способы использования ИИ в этой области:

1. Системы управления запасами: ИИ может помочь оптимизировать управление запасами в аптеках, предсказывая спрос на определенные лекарства и помогая с управлением поставками.

2. Системы рекомендации лекарств: ИИ может предложить персонализированные рекомендации по лекарственным препаратам на основе данных о пациенте, его истории болезни и побочных эффектах.

3. Системы мониторинга пациентов: ИИ может помочь в отслеживании приема лекарств пациентами, предупреждая о возможных пропусках или пересмотрах режима приема.

4. Системы анализа данных о продажах и популярности лекарств: ИИ может помочь в анализе данных о продажах лекарств, выявляя тенденции и предсказывая популярность определенных препаратов.

В России, Индии, Китае и других странах существует множество компаний, разрабатывающих системы искусственного интеллекта для здравоохранения. Например, в России такие компании как "Сколково", "Яндекс", "Сбербанк" занимаются разработкой ИИ для медицинского сектора. В Индии такие компании как "Wipro", "TCS", "Infosys" также активно разрабатывают решения на основе искусственного интеллекта для здравоохранения. В Китае компании такие как "Alibaba", "Baidu", "Tencent" также имеют разработки в области медицинского ИИ.

Список литературы:

6. Кузнецов А. В. Применение искусственного интеллекта в фармацевтической практике, Фармацевтический вестник, 2020 г.
7. Коваленко Е. В. Роль искусственного интеллекта в развитии фармацевтической науки, Фармация, 2019 г.
8. Иванов О. В. Искусственный интеллект в фармацевтическом образовании, Фармацевтическое образование, 2020 г.
9. Петров А. А. Применение машинного обучения в фармацевтической практике, Фармацевтический журнал, 2019 г.
10. Сергеева Н. В. Этические аспекты применения искусственного интеллекта в фармацевтической практике, Фармацевтическая этика, 2020 г.
11. Георгиев В.О. Исследование прикладного использования концепций искусственного интеллекта в технических дисциплинах учебных заведений. В сб. Моделирование и конструирование в образовательной среде 2022. с. 26 – 29.
12. Георгиев В.О., Богданов Э.Ш., Усманов И.И. Прикладное использование концепций искусственного интеллекта в технических дисциплинах учебных заведений. В книге: Преподавание информационных технологий в Российской Федерации. Сборник научных трудов материалов Двадцатой открытой Всероссийской конференции. Москва, 2022. с. 96-98.

***ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ ПО
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ИРКУТСКОМ
ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ***

Посохина А.А., Мурашкина И.А., Миревич В.М.

ФГБОУ ВО Иркутский ГМУ Минздрава России

Практика по фармацевтической технологии в Иркутском государственном медицинском университете (ИГМУ) осуществляется на кафедре фармакогнозии и фармацевтической технологии. Целью проведения практики является расширение и углубление ранее полученных на практических занятиях теоретических знаний, закрепление профессиональных умений и навыков, а также приобретение практического опыта для решения конкретных задач в будущей профессиональной сфере в качестве провизора-технолога в условиях аптек и промышленного производства.

Методы и материалы: Проанализирована деятельность студентов в период прохождения практик по фармацевтической технологии в рамках международного обмена между ИГМУ и Монгольским национальным университетом медицинских наук в 2023-2024 учебном году.

Результаты: В соответствии с учебным планом на фармацевтическом факультете ИГМУ реализуются две программы практики. Практику по «Общей фармацевтической технологии» студенты проходят на четвертом курсе, после сдачи экзаменов по дисциплинам «Фармацевтическая технология», «Биотехнология» на базе производственных отделов по получению инъекционных, таблетированных, капсулированных лекарственных форм, а также контрольно-аналитической лаборатории предприятия АО «Фармасинтез». Практика по «Фармацевтической технологии» осуществляется на пятом курсе фармацевтического факультета, где студенты закрепляют полученные знания по изготовлению порошков, растворов, мазей, глазных капель, детских лекарственных форм в условиях аптек. Основной базой для прохождения данного вида практики является муниципальное унитарное фармацевтическое предприятие «Иркутская Аптека», филиалы которой расположены в разных частях города.

В рамках реализации программы академической мобильности студенты фармацевтического факультета проходили практику в MNUMS. Преподаватели и студенты ИГМУ посетили комплекс фармацевтических заводов г. Улан-Батора – «МОНОС», «ТАВИНУС ФАРМ», «ЭНХИЙН ШУУДЭР», в которых сотрудники предприятий и университета MNUMS показали производственные площадки, где получают инъекционные, таблетированные, капсулированные, экстракционные лекарственные препараты. Рассказали об оборудовании, расположенном по ходу технологического процесса, которое используется в производстве и с работой контрольно-аналитической лаборатории.

Обучающиеся университета из Монголии познакомились с работой МУФП «Иркутская аптека», освоили способы получения воды очищенной, методы стерилизации лекарственных средств, особенности производства препаратов в асептических условиях, а также провели изготовление лекарственных форм по индивидуальным рецептам.

Заключение: В результате международного обмена между ИГМУ и MNUMS, монгольские студенты приобрели опыт работы в производственной аптеке, а российские студенты более углубленно изучили процесс промышленного производства лекарственных препаратов на монгольских фармацевтических предприятиях.

***ПРАКТИКА ПО КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.
ВНУТРИАПТЕЧНЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МАЗЕЙ***

Корнилова О.Ю.

Научный руководитель – к. фарм. н., доцент Института фармации Сидуллина
С.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Практически каждый из нас, хотя бы раз использовал такую лекарственную форму (ЛФ) как «мазь». С древнейших времен и до настоящего времени мази не утратили своей *актуальности*. Мази широко применяются в дерматологии, отоларингологии, хирургии, проктологии, гинекологии и т.п. В аптечной сети реализуются мази, как заводского производства, так и аптечного. Внутриаптечный контроль качества (ВКК) мазей имеет свои особенности и проводится согласно Приказу МЗ РФ №249н от 22 мая 2023 г. «Об утверждении правил изготовления и отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность». *Цель работы* - изучение особенностей и порядка ВКК мазей. В соответствии с целью в работе были поставлены следующие *задачи*:

- изучить мазь как ЛФ (классификацию мазей, основы для мазей, особенности контроля качества мазей во взаимосвязи с их технологией производства);
- изучить порядок ВКК мазей;
- разработать методики анализа и провести практически ВКК сложной мази, изготовленной в производственной аптеке.

Материал и методы исследования. Исследовалась сложная мазь состава: стрептоцида 0,5 г, димедрола 0,1 г, протаргола 0,2 г, вазелина 9,0 г и ланолина безводного 0,5 г. При разработке методик использовали химические и титриметрические методы анализа.

Результаты и их обсуждение. Исследуемая ЛФ - коричнево-желтая мазь с характерным запахом, без механических включений. Особенность ВКК мази в том, что действующие вещества необходимо извлечь из основы и только потом провести реакции подлинности. Качественно стрептоцид открывали после нагревания навески мази с разведенной хлористоводородной

кислотой на водяной бане до расплавления основы. Затем добавляли раствор нитрита натрия и щелочной раствор β -нафтола, наблюдалось красное окрашивание. Качественно в протарголе открывали ионы серебра добавлением разведенной хлористоводородной кислоты после минерализации азотной кислотой (осадок белого цвета). Димедрол подтверждали реакцией с концентрированной серной кислотой (желтое окрашивание). Количественно стрептоцид определяли методом нитритометрии по методике: 0,2 г ЛФ взвешивали на кружочке вожатой бумаги, помещали в колбу для титрования, прибавляли 2 мл разведенной хлористоводородной кислоты, 5 мл воды, нагревали до растворения основы. После охлаждения прибавляли 0,2 г калия бромида, 2 капли раствора тропеолина 00 и 1 каплю раствора метиленового синего, титровали 0,1 М раствором нитрита натрия до синей окраски. Димедрол титровали 0,1 М раствором нитрата серебра по методу Фаянса из навески 2 г мази. Протаргол титровали методом тиоцианометрии из навески 1 г ЛФ. Полученные результаты укладывались в нормы допустимых отклонений и были статистически достоверны.

Заключение. Разработанные в исследовании методики качественного и количественного определения ингредиентов анализируемой сложной мази статистически достоверны и могут быть использованы во внутриаптечном контроле качества.

***ПРАКТИКА ПО КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.
КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ
АПТЕЧНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ***

Ибрагимова Д.М.

Научный руководитель – к. фарм. н., доцент Института фармации

Тухбатуллина И.К.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Введение. Доля глазных капель составляет 10% экстенпоральной рецептуры аптек. Слизистая оболочка глаза резко реагирует на внешние раздражители - механические включения, несоответствие осмотического давления и значения рН вводимых в глаз лекарственных форм (ЛФ). Поэтому вопросы контроля качества глазных ЛФ достаточно *актуальны*. Контроль качества глазных капель включает в себя анализ действующих веществ и определение показателей качества самой ЛФ в соответствии с требованиями Приказа МЗ РФ №249н от 22 мая 2023 г. *Цель работы* - изучение порядка контроля качества глазных капель аптечного изготовления. Для достижения цели были поставлены следующие *задачи*:

1. Рассмотреть классификацию и показания к применению глазных капель.
2. Изучить технологию изготовления глазных капель.
3. Рассмотреть показатели качества глазных капель.
4. Разработать методики и провести контроль качества глазных капель аптечного изготовления.

Материал и методы исследования. Исследовались глазные капли сложного состава: раствора рибофлавина 0,02% - 10,0 мл, кислоты аскорбиновой 0,05 г, калия йодида 0,2 г, кислоты никотиновой 0,05 г. Использовались химические и титриметрические методы анализа.

Результаты и их обсуждение. Контроль качества глазных капель состоит из: органолептического контроля, контроля на отсутствие механических включений, физического, полного химического контроля и контроля при отпуске. Особенность исследуемой ЛФ заключалась в том, что она была приготовлена на основе 0,02% раствора рибофлавина заводского изготовления, поэтому данный ингредиент прописи мы не анализировали. Органолептический контроль показал, что это прозрачный раствор желтого цвета, без механических включений. Качественно калий подтверждали по

образованию желтого осадка после добавления раствора натрия кобальтинитрита. Йодид-ион и аскорбиновую кислоту открывали вместе раствором нитрата серебра по образованию желтого осадка (йодид серебра), который затем темнел (серый осадок серебра). Никотиновую кислоту качественно доказывали по результатам количественного анализа. Калия йодид количественно определяли аргентометрически по методу Фаянса с эозинатом натрия из навески 0,5 мл. Аскорбиновую и никотиновую кислоты титровали алкалиметрически из одной навески 1 мл. Затем аскорбиновую кислоту титровали методом йодометрии в той же навеске. Сначала к 1 мл ЛФ прибавляли раствор фенолфталеина и титровали 0,1 М раствором едкого натра до розовой окраски, затем к оттитрованной жидкости прибавляли крахмал и титровали 0,1 М раствором йода до синей окраски. Поскольку при титровании аскорбиновой кислоты разными титрантами были разные эквиваленты, то содержание никотиновой кислоты рассчитывали по формуле:

$$X, \text{г} = (V \cdot K_{0,1 \text{ M NaOH}} - \frac{1}{2} V \cdot K_{0,1 \text{ M I}_2}) \cdot T \cdot P / a ,$$

где Т – титр по определяемому веществу, Р – общий объем ЛФ, а - навеска ЛФ.

Заключение. Разработаны, апробированы, статистически обработаны и рекомендованы для использования во внутриаптечном контроле методики анализа ингредиентов исследуемых глазных капель.

МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРАКТИКА

МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА. «ВРАЧИ, ПАЦИЕНТЫ, ГОРЫ: МЕДИЦИНСКАЯ СТАЖИРОВКА В АРМЕНИИ».

Айвазян В.М., Жиденко К.К.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней имени профессора С.С. Зимницкого Иванцов Е.Н.

Сказать, что моя международная медицинская стажировка в Армении стала незабываемым опытом, было бы преуменьшением. Это была не просто возможность получить практический опыт в другой стране, это была поездка, которая изменила мой взгляд на медицину, на мир и на саму себя.

С самого начала я была окутана гостеприимством армянских коллег. Они встретили меня с открытыми объятиями, готовы были делиться знаниями и опытом. Работая в больнице, я не только освоила новые медицинские техники, но и получила глубокое понимание армянской системы здравоохранения.

Стажировка дала мне возможность наблюдать за работой врачей разных специальностей, от кардиологов до хирургов, от педиатров до гериатров. Вы только представьте, я стала свидетельницей первого зарегистрированного в Армении случая болезни Гоше! Я видела, как врачи справляются с нехваткой ресурсов, как они поддерживают надежду пациентам, и как они борются за каждую жизнь. Их преданность своему делу воодушевила меня и заставила переосмыслить свой собственный, пусть пока что ещё короткий, путь в медицине.

Моя основная задача заключалась в помощи врачам в их повседневной практике, обучении и обмене знаниями. Я ощущал, как каждая минута в стенах больницы была важна. Армянские врачи, с которыми мне посчастливилось работать, были не только высокопрофессиональными специалистами, но и щедрыми учителями. Они охотно делились своими знаниями и практическим опытом, показывая мне, как анализировать диагнозы и как важно общаться с пациентами на их языке.

Но стажировка была не только о медицине. Я вновь встретила удивительной культурой Армении, с ее богатой историей, которую так

трепетно храню в себе как представительница армянского народа. А что уж говорить про красивейшие пейзажи и вкусную национальную кухню! Такое возможно передать только чувствами, слова тут ни к чему. Общение с местными жителями, тесная связь с их менталитетом, дало мне возможность ещё раз ощутить силу родных корней.

Самое главное, что я вынесла из стажировки в Армении, это очень простая и банальная истина: важно делать то, что любишь, и любить то, что делаешь. Любовь к своему делу, к своей мечте порождает преданность и готовность ради нее на жертвы. Она дает силы хвататься за все шансы, которые нам открываются. А такие организации, как Татарстанская Ассоциация Медицинских студентов, открывает для простых студентов большие возможности. Я благодарна ТАМС и Казанскому ГМУ за возможность посетить другие страны, за знакомство с талантливыми врачами и за незабываемые впечатления. Этот опыт навсегда изменил меня и заставил по-новому посмотреть на свою будущую карьеру.

Стажировка в Армении - это инвестиция в себя, которая окупилась сторицей. Я вернулся домой богаче не только практическим опытом, но и новыми знаниями, друзьями и незабываемыми воспоминаниями.

***МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В СЕРБИИ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ «КАТЕТЕРНАЯ
РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИИ ПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ СЕРДЦА У
ПАЦИЕНТА С WPW-СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ТРЕПЕТАНИЯ
ПРЕДСЕРДИЙ».***

Гафурова А.Ф.

Научные руководители – к.м.н., доц. Садыкова А.Р. и к.м.н., доц. Макаров М.А.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Актуальность. WPW-синдром – Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта – врождённая аномалия строения сердца, по-другому – синдром преждевременного возбуждения желудочков (его наблюдают у 0,1–0,3 % населения в общей популяции), возникающий при наличии дополнительного проводящего пути между предсердием и желудочком – пучка Кента. Основная опасность состоит в том, что синдром может привести к тяжелым нарушениям сердечного ритма – мерцанию и трепетанию предсердий и желудочков, что впоследствии может стать причиной остановки сердца и представлять угрозу для жизни человека. Одним из методов лечения синдрома является радиочастотная катетерная абляция сердца (РЧА).

Цель. изучить суть метода и определить эффективность в отношении лечения WPW-синдрома на примере клинического случая.

Материал и методы: изучение статей на соответствующие темы на таких интернет-ресурсах, как КиберЛенинка, E-library, PubMed, выписки из истории болезни, общение с лечащим врачом и кардиохирургом.

Результаты и их обсуждения. В ходе практической деятельности в качестве помощника процедурной медицинской сестры в приемное отделение Университетского Клинического Центра г.Крагуевац бригадой скорой медицинской помощи 08.07.2024 в 15:10 был доставлен мужчина 60 лет, с жалобами на внезапно возникший приступ сердцебиения, одышку и общую слабость. Заболел остро, симптомы появились в 14 ч. дня 08.07.2024, когда пациент был на работе. Ранее подобных приступов не отмечал. Объективно: сознание ясное. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледные, холодный липкий пот. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 17/мин, сатурация 95%. АД при госпитализации составляло 90/60 мм рт.ст. Пульс учащенный, аритмичный, малого наполнения и

напряжения. (105 уд/мин.) Границы сердца не расширены, тоны приглушены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. На ЭКГ было выявлено трепетание предсердий. По данным прошлых ЭКГ пациенту был выставлен синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW-синдром): укороченный интервал PQ, наличие дельта-волны, расширенный комплекс QRS. Пациент наблюдался кардиологом по месту жительства, принимал амиодарон. Поскольку при поступлении в клинику было диагностировано более тяжелое нарушение ритма в виде трепетания предсердий, принято решение об оперативном радикальном лечении WPW-синдрома. 09.07.2024 под местной анестезией 0,25% раствором новокаина была пунктирована бедренная вена, и в полость сердца были введены абляционные электроды с помощью проводника, далее была проведена абляция проводящих путей в области легочных вен с подачей радиочастотной энергии. Далее электроды были извлечены, на область бедренной артерии наложена давящая повязка. В результате операции синусовый ритм восстановлен. Патологических изменений на ЭКГ не обнаружено. Мы, студенты, участвовали в проведении следующих манипуляций: транспортировке пациента между палатой, диагностическим и операционным блоком, осуществлении перевозок, проведении внутривенных инъекций под врачебным контролем. Пациент был выписан через 3 дня в удовлетворительном состоянии под наблюдение кардиолога.

Закключение. Применение радиочастотной абляции при WPW-синдроме является эффективным методом лечения данного заболевания. РЧА позволяет вылечить пациента и, таким образом, предотвратить более опасные осложнения в виде тяжёлых нарушений ритма.

Производственная практика позволяет студентам воочию увидеть множество клинических случаев, наблюдать за реализацией способов их лечения и послеоперационного ведения пациента, а также самим принимать участие в пре- и послеоперационном периоде ухода за пациентом.

**ОПЫТ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ИНОСТРАННЫХ
СТУДЕНТОВ 2 КУРСА В ПРИЕМНОМ ОТДЕЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ**

Дханрадж Р., Вишвакарма.А.К.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ
Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних
болезней с курсом сестринского дела Михайлова О.Д.

В ходе обучения специалиста необходимо обеспечение взаимосвязи академических знаний и практических умений; обеспечить эту взаимосвязь призвана практика, при которой после 1 и 2 курса студенты последовательно знакомятся с работой младшего, а затем среднего медперсонала (палатной и постовой медицинской сестры). Это развивает у студентов практические навыки не только ухода за больными под руководством старшей медсестры и врача отделения, но и общения с пациентами в зависимости от тяжести их состояния.

Целью нашей работы было изучение особенностей практики в качестве среднего медицинского персонала для англоговорящих студентов.

Материалы и методы: Производственная практика проводится на клинических базах, иностранные студенты проходят ее в г. Ижевске. Мы, студенты из Индии, проходили практику в приемном отделении ГКБ № 6. В это отделение доставляют пациентов для приема, осмотра пациентов и оказания квалифицированной медицинской помощи.

Результаты и обсуждение: Во время практики мы выполняли измерение температуры, артериального давления, частоты пульса, сердцебиения и дыхания пациентов. При необходимости дальнейшего обследования проводилось ЭКГ, анализ крови, мочи и транспортировка пациентов в рентгенологическое отделение, в чем мы тоже принимали участие. В некоторых случаях больные нуждались в оказании помощи, и по назначению

врача делали инъекции и внутривенные капельные вливания, следили за приемом таблеток пациентами. Среди причин обращения в приемное отделение 40% составили гипертонические кризы, 30% - алкогольная интоксикация, 30% - пневмония. Нам, студентам-медикам, часто приходилось общаться с тяжелобольными или умирающими пациентами. Так, 85-летняя женщина с пневмонией была доставлена в приемное отделение, после осмотра и рентгенологического исследования ее перевели в терапевтическое отделение, через 3 дня мы узнали о ее смерти. Это оказало сильное эмоциональное влияние на студентов на практике. Наряду с подобными ситуациями мы часто сталкивались с языковыми сложностями. Пациенты не владели английским языком и задавали вопросы по лечению, на которые мы не могли ответить, поскольку еще не изучали внутренние болезни. Медицинские сестры относились доброжелательно и старались пояснить проводимые манипуляции, но мы недостаточно владеем медицинской терминологией на русском языке. Врачи также комментировали необходимость и результаты исследований, свои назначения, но в экстренных условиях не всегда была такая возможность. Тем не менее, мы понимали важность конкретного диагностического метода, а также видели результаты лечения пациентов.

Закключение. Практика в приемном отделении стационара позволяет наблюдать за диагностическим поиском, оказанием неотложной помощи, способствует формированию навыка общения с пациентами. Языковой барьер на младших курсах возможно преодолеть при совместном прохождении практики с русскоязычными студентами.

***МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА. «МЕЖДУ
МЕДИЦИНОЙ И СЕРДЦЕМ».***

Жиденко К.К., Айвазян В.М.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней имени профессора С.С. Зимницкого Иванцов Е.Н.

Я — студентка второго курса лечебного факультета, и в этом году у меня появилась уникальная возможность пройти международную стажировку в больнице за границей. О данном мероприятии я узнала на кафедре своего университета, и как только эта информация стала доступной, я решила, что обязательно приму участие. Прошедший конкурс стал для меня первым шагом на пути к реализации этой цели.

С выбором страны я остановилась на Сербии: это было моё первое путешествие за границу одной, и я хотела выбрать место, которое находилось бы недалеко и считалось бы безопасным. Сербия представилась мне интересным направлением, и я была уверена, что это хороший выбор для стажировки в медицинской сфере. Возможность пройти стажировку за границей — это редкий шанс, который нужно использовать по максимуму. Меня всегда интересовало, как устроена система здравоохранения в других странах, и эта стажировка была отличной возможностью ближе познакомиться с ней и получить ценный опыт.

В рамках данной стажировки мне предоставили возможность заранее выбрать город и отделение для прохождения практики, что стало одним из положительных аспектов этого опыта. На данном этапе своей жизни я заинтересована в хирургической специальности, поэтому мой выбор изначально стоял между кардиохирургией и офтальмологией. Однако, будучи студенткой лечебного факультета, мне всегда было интересно, каково это — работать с детьми. Поэтому я решила добавить в свой список отделение детской хирургии.

В конечном итоге мне выпал именно этот вариант, и я была очень рада. Этот опыт обещал быть не только профессионально ценным, но и эмоционально насыщенным. Поскольку для поездки в Сербию визу оформлять

не было необходимости, я просто купила авиабилет до Белграда, что сделало подготовку к стажировке более удобной и быстрой.

По приезде в Сербию меня встретил мой сопровождающий, который помог мне адаптироваться к новой обстановке и немного показал город. На следующий день я уже была в больнице, готовая к практике. Каждый практикант имел своего куратора, и мне повезло с профессором Живановичем. Этот специалист был не просто высококвалифицированным хирургом-ортопедом, заведующим детским травматологическим отделением, но и отличным преподавателем. Он владел английским языком на высоком уровне и имел 30-летний стаж работы, что делало его наставничество особенно ценным.

...Работа профессора с детьми заслуживала отдельного упоминания. Он относился к каждому пациенту с глубоким сочувствием и пониманием. Однажды к нам поступил ребенок с простым вывихом локтевого сустава. Профессор объяснил, что хотя эту проблему можно было бы решить в приемном отделении, такой подход мог бы причинить ребенку боль и испуг, что неразумно по сравнению с взрослыми. Поэтому он предпочел провести процедуру под наркозом, чтобы избежать моральной травмы для маленького пациента.

Этот случай глубоко повлиял на меня и стал уроком о важности развития не только профессиональных знаний, но и эмпатии. Хотя я много раз слышала подобные вещи от своих преподавателей в университете, только через личный опыт я смогла осознать их значимость. Профессор также показывал мне уникальные операции, такие как металлоостеосинтез при оскольчатом переломе дистального конца плечевой кости.

Кроме того, я заметила, что система здравоохранения в Сербии во многом схожа с российской, и, хотя были некоторые различия, глобально я не увидела значительной разницы в подходах к лечению и организации работы больницы. Эта практика стала для меня не только профессиональным опытом,

но и источником глубоких личных осознаний о важности гуманного отношения к пациентам.

Во время стажировки я не только углубила свои профессиональные знания и навыки, но и погрузилась в культурную программу, которая была очень насыщенной. Наблюдая за работой в детском травматологическом отделении, я приобрела ценные знания о хирургических процедурах и подходах к лечению детей, а также научилась обращаться с пациентами с чувством эмпатии и заботы.

Помимо практики, я также имела возможность попробовать национальную кухню Сербии, а также блюда других стран — это был не только кулинарный опыт, но и отличный способ погрузиться в культуру. Мы посетили множество достопримечательностей, что позволило мне глубже понять историю и традиции Сербии. Это было невероятно ценно, поскольку я смогла увидеть страну и её обычаи во время пребывания там.

Кроме того, мне посчастливилось познакомиться с другими студентами-медиками из разных стран. Общение с ними дало мне возможность обменяться опытом и получить новые перспективы на медицинскую профессию, а также наладить международные связи, которые могут быть полезны в будущем. Этот культурный обмен стал неотъемлемой частью моего опыта и обогатил моё понимание медицины как глобальной области.

Несмотря на положительные моменты стажировки, я столкнулась и с некоторыми вызовами. Адаптация к новой культурной среде и языковой барьер вначале были непростыми. Хотя профессор Живанович хорошо владел английским, некоторые его коллеги и медицинский персонал общались на сербском языке, что усложняло понимание работы.

Кроме того, работа с детьми требует особого подхода и терпения. Временами мне было трудно видеть, как маленькие пациенты переживают боль и страх. Однако благодаря внимательному руководству профессора я научилась справляться с этими чувствами и сосредоточиться на потребностях

детей. Эти испытания помогли мне стать более уверенной в своих силах и обогатили мой опыт.

Стажировка в Сербии стала для меня важным этапом в моём личностном и профессиональном развитии. Я не только смогла применить свои знания на практике, но и научилась ценить эмпатию и человечность в медицине. Опыт работы с профессором Живановичем и наблюдение за его подходом к лечению пациентов оставили незабываемый след в моём сознании.

Культурный аспект стажировки открыл передо мной новые горизонты и позволил мне познакомиться с другими студентами из разных уголков мира. Я чувствую, что этот опыт не только углубил моё понимание медицины, но и расширил мой кругозор. С нетерпением ожидаю, как эти уроки и впечатления повлияют на моё будущее, и надеюсь на возможность вновь посетить Сербию и продолжить обмен опытом с коллегами в медицинской сфере.

***ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ НА БАЗЕ Г. АСТАНА
(РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН).***

Загидуллин Р.И.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – заведующий учебной и производственной
практикой Серкина Е.А.

Актуальность. Прохождение производственной практики, ознакомление с профессиональной деятельностью иностранных коллег является необходимой составляющей процесса образования молодого специалиста. В ходе изучения системы здравоохранения другой страны студент не только отрабатывает практические навыки, но и фиксирует преимущества и недостатки организации медицинской сферы. Полученная информация станет необходимым дополнением клинических и теоретических умений, позволяющим углубиться в учебный процесс.

Материалы и методы. Основными методами изучения являлись активное наблюдение и анализ документов. В процессе исследования темы были проанализированы следующие нормативно-правовые акты: Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения», Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 марта 2022 года № ҚР ДСМ -25 «Об утверждении стандарта организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан».

Результаты и обсуждение. Для студентов, участвующих в профессиональном обмене, была разработана программа, включающая обучение студентов в четырех отделениях: отделение сложной соматики, детской хирургии, неврологии и пульмонологии. Помимо врачей-специалистов, принимающих непосредственное участие в совместной курации, процесс взаимодействия с пациентами контролировался и регулировался сотрудниками педиатрических кафедр Медицинского университета Астана. В течение месяца молодые специалисты ознакомились с основами эпидемиологии региона, изучили клинические стандарты оказания медицинской помощи, посетили операции с использованием высокотехнологичных методов, присутствовали на консилиумах, участвовали в расшифровке диагностических данных, проводили манипуляции, соответствующие уровню образования, самостоятельно заполняли надлежащую медицинскую документацию в бумажном и электронном формате, ознакомились с законами, регулирующими оборот лекарственных средств и назначали лечение, в соответствии со стандартами доказательной медицины. Некоторые студенты стали участниками написания научных трудов, включающих в себя описание клинических случаев и работу со статистическими показателями. Одной из значимых проблем системы здравоохранения Республики Казахстан является гипердиагностика внебольничной пневмонии [1], в связи с чем особое внимание в течение практической деятельности было уделено именно этой патологии.

Результатом прохождения производственной практики стало получение международного сертификата, подтверждающего знания и навыки студента.

Заключение. Исходя из вышеизложенного, можно отметить широкий спектр возможностей для использования полученных за годы учебы умений, что, вкуче с необходимостью адаптироваться в новой образовательной среде, дает колоссальный личностный и профессиональный рост участнику международной производственной практики.

Список литературы:

1. Жумабекова, М. М. Сравнительные аспекты клиничко-рентгенологической диагностики острых пневмоний у детей на уровне ПМСП и в условиях стационара (обзор литературы) / М. М. Жумабекова // Актуальные научные исследования в современном мире. – 2021. – № 4-4(72). – С. 119-123. – EDN MEDBAR.

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ СТУДЕНТОВ С ПАЦИЕНТАМИ В УСЛОВИЯХ ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО БАРЬЕРА.

Зигнашин Д.Р., Боби, Джойти

ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики
внутренних болезней с курсом сестринского дела

Михайлова О.Д.

Актуальность. В условиях глобализации и международной мобильности образовательных программ в области медицины, взаимодействие студентов с пациентами из различных культурных и языковых сред становится все более актуальным. Особенности общения студентов с пациентами, особенно в контексте лингвистического барьера, представляют собой важную область исследования, поскольку они напрямую влияют на качество медицинского обслуживания и удовлетворенность пациентов.

Лингвистический барьер может существенно затруднять коммуникацию, приводя к недопониманию, ошибкам в диагнозе и назначении лечения. Это подчеркивает необходимость подготовки студентов не только в области медицинских знаний, но и в аспектах межкультурной коммуникации. Умение эффективно общаться с пациентами, обладающими различным языковым фоном, становится ключевым навыком для будущих специалистов.

Цель исследования. Определить способы коммуникации англоговорящих студентов иностранного отделения с пациентам терапевтического отделения ГКБ № 6 в период производственной летней практики в условиях лингвистического барьера.

Задачи исследования.

1. Изучить литературу по вопросам межкультурной коммуникации и особенностей общения в медицинской практике.
2. Выявить основные причины возникновения лингвистического барьера при общении англоговорящих студентов с пациентами терапевтического отделения.
3. Оценить эффективность применения визуальных материалов, жестов, технологий перевода и других вспомогательных средств.
4. Определить основные факторы, способствующие или препятствующие эффективному взаимодействию.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие студенты 2 и 3 курсов лечебного факультета ИГМА (n=15), проходящие летнюю производственную практику в ГКБ № 6, и пациенты терапевтического отделения той же больницы. Объектом исследования стала коммуникация студентов и пациентов в условиях языкового барьера. Главным методом регистрации стало наблюдение за студентами и больными, также был проведен опрос студентов и анализ научной литературы, освещающей похожую тему.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования коммуникации иностранных студентов с пациентами в больнице, мы выявили несколько ключевых методов преодоления языкового барьера:

- Жесты: Самый популярный способ, который легко понимали и пациенты, и персонал.
- Онлайн-переводчик: Студенты использовали его в случаях, когда жесты были недостаточны, печатая текст на английском и переводя его на русский.
- Помощь переводчика-студента: Эффективный метод, когда студенты могли напрямую общаться с пациентами через переводчика.
- Визуальные материалы: Самый непопулярный способ, где студенты показывали пациентам предложения с переводом.
- Ключевыми факторами успешной коммуникации стали желание и терпение всех участников.

Заключение. Главными способами коммуникации в условиях лингвистического барьера стали: применение онлайн переводчиков, жестикуляция, визуальных материалов, помощь студента – переводчика. Наиболее популярным стала жестикуляция, наиболее эффективным в плане скорости донесения информации до пациента стали применение онлайн переводчика и переводчика – студента. Главным фактором успешной коммуникации стала готовность пациента к общению со студентом.

***ЛЕТНЯЯ ПРАКТИКА ПО ПРОГРАММЕ ОБМЕНА «KazMSA: SCOPE
EXCHANGE»***

Отарбек А.А.

НУО «Казахстанско-Российский Медицинский Университет»

Врач торакальный хирург высшей категории, кандидат медицинских наук

Матвеев В.Ю.

Лето 2024 года оставило в моей памяти невероятное впечатление, ведь я смогла пройти практику в одном из самых известных медицинских учреждений Татарстана - Республиканской клинической больнице Казани. Этот опыт стал для меня не просто знакомством с миром медицины, но и настоящей школой, в которой я обрела важнейшие навыки и знания, которые навсегда изменили мой профессиональный путь.

Под руководством тьютора, заведующего торакальной хирургией №1 РКБ, Матвеева Валерия Юрьевича, я получила бесценную возможность ассистировать на сложнейших операциях и погрузиться в тонкости работы специалистов в области грудной хирургии. Месяц прошел, как одно мгновение, но за это время я успела ознакомиться с множеством передовых методов лечения и операций, таких как фундопликация по Ниссену при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, лобэктомия с систематической лимфодиссекцией при раке легкого, сегментэктомия и операция Насса (торакопластика), направленная на реконструкцию грудной клетки, а также сегментарные резекции с использованием эндовидеотехнологий (видеоассистированные, видеоторакоскопические), удаление опухолей средостения из торакотомного и трансстернального доступов, видеоторакоскопическое атипичное резекции легкого, удаление опухолей и кист средостения, плевры, биопсии плевры и внутригрудных лимфатических узлов, удаление эхинококковых кист в легких.

Я принимала участие в установке и извлечении дренажей, а также в таких процедурах, как бронхоскопия, установка назогастрального зонда, которые позволяли мне не только расширить свой теоретический багаж, но и

освоить практические навыки, которые необходимы хирургу для точного и безопасного лечения пациентов. Операции по трансплантации печени и почки, которые я также имела возможность наблюдать, были настоящим открытием для меня, и они наглядно продемонстрировали высочайший уровень медицинской помощи, которую предоставляют врачи Казани.

Каждый день на практике был полон открытий. Я изучала анамнезы пациентов с различными заболеваниями легких и грудной клетки, расшифровывала результаты КТ и рентгеновских снимков, а также детально анализировала ЭКГ. Этот опыт не только повысил мой профессиональный уровень, но и научил меня важности внимательности, ответственности и точности в работе. Для меня стало очевидным, что в области торакальной хирургии каждый шаг имеет значение, а жизнь пациента может зависеть от самых мельчайших деталей.

Однако моя практика в Казани не ограничивалась только медициной. Благодаря социальной программе TaMSA я посетила многочисленные культурные достопримечательности города, такие как Казанский Кремль, мечети, Голубое озеро и Камское море, которые расширили мои горизонты и подарили незабываемые впечатления. Я смогла насладиться красотой исторических мест и познакомиться с богатой культурой Татарстана.

Этот опыт стал для меня не только ценным профессиональным этапом, но и ярким жизненным моментом, который оставит след в моей памяти на многие годы. Я искренне благодарна за возможность пройти практику в Казани и уверена, что в будущем обязательно вернусь в этот город, чтобы продолжить свой путь в медицине, накопив еще больше знаний и опыта.

***ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ЭЛИТНЫХ СПОРТСМЕНОВ:
ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ***

Рувинская Э.О.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Белградский университет

Введение:

В последние годы наблюдается рост интереса к здоровью и физической подготовке элитных спортсменов. Актуальность предварительного скрининга связана с высокой вероятностью наличия скрытых сердечно-сосудистых заболеваний, которые могут представлять угрозу для атлетов.

Целью данного исследования является выявление сердечно-сосудистых заболеваний у элитных спортсменов посредством предварительного скрининга.

Материалы и методы:

В исследовании участвовали атлеты различных видов спорта, прошедшие предварительный скрининг на наличие сердечно-сосудистых заболеваний. Методами исследования стали сбор анамнеза, проведение физического осмотра, антропометрии, ЭКГ (электрокардиографии), спирометрии, эргоспирометрии, двигательного тестирования.

Исследование проводилось на базе кафедры спортивной медицины института медицинской физиологии Белградского университета в рамках научной международной стажировки IFMSA

Результаты и их обсуждение:

Результаты показали наличие предрасположенности к различным сердечно-сосудистым заболеваниям у 19% обследуемых спортсменов. Обсуждение результатов выявило необходимость внедрения систематического предварительного скрининга, что позволит минимизировать риски и повысить безопасность при занятиях спортом.

Заключение:

Предварительный скрининг является важным инструментом для выявления сердечно-сосудистых заболеваний у элитных спортсменов. Рекомендуется провести дальнейшие исследования для определения оптимальных методов скрининга и внедрения их в практику.

Список литературы:

- 1) De Vos L; De Sutter J. A comparison of the European Society of Cardiology; the Seattle and the Refined Criteria for interpreting the athlete's ECG in a pre-participation screening programme. Acta Cardiol. 2016;71(6):631-637
- 2) Chatard JC; Mujika I; Goiriena JJ; Carré F. Screening young athletes for prevention of sudden cardiac death: Practical recommendations for sports physicians. Scand J Med Sci Sports. 2016 Apr;26(4):362-74

***ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ВРАЧА в
РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ
БОЛЬНИЦЕ»***

Соколова А.А.

Научный руководитель – врач инфекционист в РКИБ, аспирант кафедры «Инфекционные болезни» в КГМУ - Евдокимова А.Э.

В июле 2024 году мне посчастливилось поехать на обмен в Республику Татарстан, в город Казань.

В первую очередь, хочу сказать, что я ехала без каких-либо ожиданий, были мысли что «это же такой же СНГ, вряд ли будут кардинальные отличия». Но как же я ошибалась.

Я проходила практику в РКИБ - республиканской клинической инфекционной больнице по направлению инфекционные болезни. До этого у меня не было интереса к инфекциям, но за эти 4 недели, я побывала в 3 отделениях-кишечных инфекциях, провизорный, сыпных инфекций, а также один раз дежурила в отделение примерного покоя для взрослых, где я смогла многому научиться.

У меня была лучшая тьютор-Арина Эдуардовна, как раз-таки благодаря ей мой обмен прошёл на ура. Каждое утро начиналось с обхода пациентов, разбора интересных случаев и методов лечения. Я сама учусь на факультете общей медицины и была не так близка с педиатрией. И именно в Казани основную часть времени мы работали именно с детками, особенностями их заболеваний и лечению. Арина Эдуардовна научила меня, как правильно проводить диагностику, расчет дозировок антибиотиков, гормональных препаратов, то какие анализы нужно назначать для постановки и обоснования диагноза, а также лучшие методы лечения. Также мне удалось побывать в реанимации, посмотреть, как делать пункцию спинномозговой жидкости, для постановки диагноза менингит. За мою практику было очень много интересных случаев, таких как: Инфекционный мононуклеоз тяжелой степени, различные Энтеровирусы, пневмонии типичные и атипичные, скарлатина, коклюш, менингиты с явной клинической картиной, корь, ветряная оспа, вирусы герпеса и многое другое. Также Арина Эдуардовна многому меня научила: формулы дозировок и как рассчитать инфузии, также какие анализы назначать и писать историю болезни. Мне очень нравится коллектив в РКИБ, меня настолько тепло приняли и всегда помогали, и объясняли. Сама Арина для меня удивительный человек и действительно лучший специалист своего дела, которая любит свою работу и каждый день стремиться стать лучше. Арина Эдуардовна сама по себе очень яркая, энергичная, как солнышко, умная и тот человек с которого я хочу брать пример. Она меня невероятно вдохновляет и благодаря Арине я влюбилась в медицину ещё больше. Я поняла, что быть клиницистом это здорово, что видишь плоды своей работы, я помню, как мы радовались, когда наши пациенты шли на поправку их анализы и клиническая картина становилась лучше - это действительно дорогого стоит. Арина Эдуардовна - это мой главный пример врача, которым я хочу стать в будущем.

Сам город Казань - очень красивый, атмосферный, просторный. Там я не чувствовал себя «чужой», татары такие же гостеприимные, открытые, относились с теплом и пониманием.

Я смогла обрести новых друзей благодаря обмену, пообщаться по ближе с организационной командой TAMSA, которые всегда были готовы решить наши проблемы во время обмена, а также составить нам компанию во время social program.

***INTERNATIONAL PRACTICE AT RKOD ANESTHESIOLOGY
DEPARTMENT IN TAMSA-TATARSTAN.***

Halil Ibrahim Seyhan

ARTUR PASHEEV, PhD, Anesthesiology and Intensive Care Department of
Tatarstan Cancer Center (RKOD)

GAZIANTEP UNIVERSITY DEPARTMENT OF MEDICINE

Before starting my sentences, I would like to state my gratitude for providing me with these opportunities to KSMU, TaMSA and my supervisor Dr.A.V. Pasheev. Thank you for your hospitality.

Coming to Tatarstan was a fortuitous event for me and it gave me a lot of personal experience and knowledge.

I did my internship Exchange in RKOD Hospital between 01.07.24-26.07.24.

An average day at the hospital for me involves arriving at 8.30 and first thing first putting on hospital-appropriate clothes, a morning coffee to start the day energetically and without wasting any time rushing to operation room. I was helping to measure the patients' blood pressure and prepare for surgery. I wear the mask on the patients which will convey the anesthetic gas under the supervision of DR. Pasheev. When it is longer taking operation we would do spinal-epidural anesthesia I observed my supervisor how he makes his way to epidural area to infuse the anesthetics and so on.As the operation starts sometimes I was just observing the operation from a distance sometimes with the permissions of doctors assisting them in a risk-free role in operation such as holding the forceps, sponges, gauze pads,

lifting the parts of the patient to make it easier for doctor to operate. I observed techniques of surgeons. During the day we would have multiple operations some days were busier than others. Mastectomy, hysterectomy, cervical conization, vulvectomy, thyroidectomy, colectomy, laparoscopy; those were the main operations I witnessed and learned the procedures. But among them, the one that interests me the most is so called 'TRAM Flap Surgery' it is a technique to rebuilding a breast shape for the patients who had mastectomy before. It is done by moving the skin, fatty tissue and vessels from mostly abdomen to chest as reconstruction material. It is long taking surgery which requires a lot of patience and should be used microscopy to attached the vessels to each other to supply the newly located tissue. They allowed me to assist them during the second half of the surgery with risk-free role even being able to touch to operation desk was wonderful thing for me, despite the language barrier between me and some of the doctors I tried my best to have the optimum communication with them and put so much work to do that. I trained myself to learn Russian before coming to Tatarstan I accomplished to reach A2 level in Russian and improved it even more during my clerkship and hoping to have it better the next time.

We were doing a lot of activities with the TaMSA team during the weekends we were enjoying the beautiful Tatarstan together. I fell in love with its natural beauty, food and people. I am happy for every minute I spent in Tatarstan.

ОПЫТ МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАЖИРОВКИ В CHANG GUNG UNIVERSITY, TAIWAN

Хасаншин М.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель – к.м.н., ассистент кафедры нормальной физиологии Мартынов А.В.

Введение

Стажировки за границей представляют собой важный этап в обучении студентов медицинских вузов, позволяя им углубить свои знания и получить уникальный практический опыт. В этом докладе я расскажу о своем опыте стажировки в лаборатории иммунологии Chang Gung University на Тайване, где мне удалось познакомиться с передовыми методами исследований и работы в области иммунологии.

Описание университета и лаборатории

Chang Gung University (CGU) — это один из ведущих медицинских университетов Азии, известный своим акцентом на научные исследования и инновации в области медицины. Лаборатория иммунологии CGU занимается изучением механизмов иммунного ответа, разработкой новых методов диагностики и лечения заболеваний, связанных с иммунной системой.

Цели стажировки

Основными целями моей стажировки были:

1. Изучение современных методов исследования в области иммунологии.
2. Участие в научных проектах и экспериментах.
3. Обмен опытом с международной командой ученых и исследователей.

Практический опыт

Стажировка длилась один месяц, в течение которого я активно участвовал в лабораторных работах. Моя работа включала:

- Подготовка образцов: Я обучился техникам изоляции клеток из крови и тканей, что является основным этапом в исследовании иммунных клеток.

- Проведение экспериментов: Участвовал в проведении экспериментов по оценке активности Т-клеток и их роли в иммунном ответе на инфекции. Также работал с методами проточной цитометрии, ИФА, ПЦР.
- Анализ результатов: Я освоил методы статистического анализа данных, полученных в ходе исследования, что помогло мне лучше понять, как интерпретировать результаты исследований.

Научные семинары и обсуждения

В лаборатории регулярно проводились научные семинары, на которых обсуждался прогресс, проделанный за прошедшую неделю. Я имел возможность представить свои результаты работы по окончании стажировки, а также получить ценные советы от опытных исследователей. Это способствовало моему профессиональному росту и развитию навыков критического мышления.

Культурный обмен

Стажировка в CGU также предоставила мне возможность погрузиться в культуру Тайваня. Я участвовал в различных культурных мероприятиях, что позволило мне лучше понять местные традиции и обычаи. Общение с местными студентами и преподавателями обогатило мой опыт и расширило кругозор.

Заключение

Опыт стажировки в лаборатории иммунологии Chang Gung University стал для меня важным шагом в моей карьере. Я приобрел не только практические навыки и теоретические знания, но и научился работать в международной команде, что крайне важно для будущих исследований. Этот опыт вдохновил меня продолжать изучение иммунологии и стремиться к новым достижениям в этой области.

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПОМОЩНИК ПРОЦЕДУРНОЙ
МЕДСЕСТРЫ».**

**«МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА -
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ»**

Храмов М.Е.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России

Научный руководитель - к.м.н., Садыкова А.Р.; к.м.н., доцент Макаров М.А.

Введение. Международная производственная практика представляет собой отличную возможность для студентов познать абсолютно другую систему здравоохранения изнутри. Благодаря такому внедрению студенты имеют возможность выявить для себя преимущества и недостатки принимающей его структуры, на основе анализа которых можно сделать вывод о правилах и порядках прохождения практики на Родине. Сравнительный анализ будет проведен на базе, составленной из ответов студентов, проходивших практику в Татарстане (г. Казань, Альметьевск, Набережные Челны, Нижнекамск) и Малайзии (г. Кота Бару).

Актуальность: в настоящее время медицина не стоит на месте. Развиваются отрасли на стыке двух наук: медицина и физика, медицина и информатика, медицина и робототехника. Поэтому международная стажировка важна.

Цель. Изучить особенности работы медсестры процедурного кабинета отделения офтальмологии.

Задачи:

Пройти стажировку.

Проанализировать структуру работы отделения.

Сделать выводы.

Методы исследования:

1. Сравнительный анализ программ международной практики "помощник процедурной медсестры" в Казани и Малайзии. Проанализированы

расписания, порядок проведения процедур, взаимодействие врачей и медсестер.

2. Диалоги со студентами, прошедшими практику в разных странах. Интервью были направлены на выявление особенностей организации практики, приобретенных навыков, сложностей.

3. Опрос заведующих процедурными кабинетами, принимавших иностранных стажеров. Вопросы об эффективности обмена опытом, оценке компетенций практикантов, перспективах программ.

Результаты:

Организация практики:

- В Малайзии практика помощника медсестры необязательна, длится 4-6 недель, в клиниках университета.
- В Татарстане практика обязательна, длится 2-4 недели, возможна в поликлиниках и больницах.

Содержание практики:

- В Малайзии акцент на общем ознакомлении, студенты чаще наблюдатели.
- В Татарстане больше внимания освоению практических навыков, самостоятельной работе.
- Во всех странах изучается ведение медицинской документации.

Исследование показало следующее:

Организация практики:

- В Малайзии практика помощника медсестры необязательна, длится 4-6 недель, в клиниках университета.
- В Татарстане практика обязательна, длится 2-4 недели, возможна в поликлиниках и больницах.

Опрос в Малайзии показал:

- Международная практика позволяет знакомиться с передовыми методиками, обмениваться опытом.
- Практика дает возможность установить профессиональные контакты.

- Практиканты, как правило, обладают хорошими знаниями и навыками, мотивированы и быстро обучаются.

Но уровень подготовки различается, поэтому планируется работа над преемственностью и адаптацией учебных планов.

Вывод: в Татарстане больший упор на понимание системы здравоохранения, больше возможностей для освоения практических навыков, что способствует формированию профессиональных компетенций

MODELING OF ISCHEMIC STROKE IN RATS. CELL MEDIATED GENE THERAPY

Alvarez Paredes Dulcemaria Guadalupe

Cientifica del Sur University

Scientific supervisor - PhD, Associate Professor of the Department of laboratory of
Molecular and Cellular Medicine

Markosyan Vage

Introduction:

Ischemic stroke is a leading cause of death and disability worldwide, primarily due to the limited effectiveness of current treatments like thrombolysis and mechanical thrombectomy, which have narrow therapeutic windows. This has driven the search for novel therapies that can provide neuroprotection and promote brain repair. One promising approach is cell-mediated gene therapy, which leverages genetically modified cells to deliver therapeutic genes directly to the ischemic brain, potentially offering a new avenue for treatment and recovery.

Objective

This study aimed to evaluate the efficacy of cell-mediated gene therapy in improving neurological function and reducing infarct volume in a rat model of ischemic stroke.

Materials and Methods

In this study, ischemic stroke was induced in rats using the middle cerebral artery occlusion (MCAO) model. Genetically modified cells were employed to deliver therapeutic genes to the ischemic brain. These cells were engineered to express neuroprotective factors aimed at reducing brain damage and promoting recovery (Fig 01). The efficacy of the gene therapy was assessed through a series of neurological function tests, including motor and memory evaluations, as well as magnetic resonance imaging (MRI) to measure infarct volume. This comprehensive approach allowed for a detailed analysis of the therapeutic potential of cell-mediated gene therapy in the context of ischemic stroke (Fig.02)

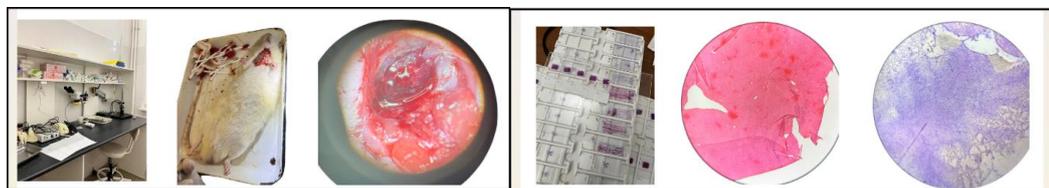


Figure 01

Figure 02

Results

The results of the study demonstrated significant improvements in neurological function among the rats treated with cell-mediated gene therapy. Specifically, these rats exhibited enhanced motor and memory functions compared to the control group. MRI scans revealed a notable reduction in infarct volume in the treated group, indicating less brain damage. The therapeutic mechanism appeared to involve the conversion of brain support cells into functional neurons, which helped reduce inflammation and promote tissue repair. Overall, the findings suggest that cell-mediated gene therapy holds substantial promise for improving outcomes in ischemic stroke by both protecting and repairing brain tissue

Discussion and Conclusion

The study concluded that cell-mediated gene therapy is a promising approach for treating ischemic stroke. The therapy not only improved neurological functions, such as motor and memory skills, but also significantly reduced infarct volume, indicating less brain damage. The underlying mechanism involved the transformation of brain support cells into functional neurons, which helped mitigate

inflammation and promote tissue repair. These findings suggest that cell-mediated gene therapy could be a viable strategy for enhancing recovery and reducing the long-term impacts of ischemic stroke. Further clinical studies are recommended to validate these results and refine the treatment protocols for potential human application