



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РЯЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ ПРИЗЁРОВ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ И НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИЙ УНИВЕРСИТЕТА 2023-2025



РЯЗАНЬ, 2025

УДК 61(071)
ББК 5

C232

Редакционная коллегия:

Калинин Р.Е., д.м.н., профессор

Сучков И.А., д.м.н., профессор

Переверзева К.Г., д.м.н., профессор

Технические секретари: Булатова А.А., Булатов Н.А., Муравьева Н.В., Алмазова М.К., Низов А.А., Ножов Г.В., Наркевич И.С., Богомолов Н.Г., Яныкина К.В., Пронькин В.А., Ивашко А.Д., Музалева О.С., Смирнова А.В., Нацаренус А.А., Хренова Д.С., Денисова С.В., Полканова А.Н., Кузнецова Л.М., Байан А., Эль Вардани Али, Захарян П.В., Головин М.Д., Бкрматова М.А., Ененков Н.В., Фомичева Д.А., Гаджиева Ф.Т., Брежнева П.М., Славова А.О., Матыцина А.А., Игнатов П.М., Блоха Т.С., Урусова А.Р., Сидорова А.С., Столяров И.А., Косырева А.В., Батуркина Е.Ю., Ляхович О.Л., Лобков С.Е., Хренова Д.С., Степанов А.С., Буслах С., Прохина С.А., Филоненко С.И., Юдичев Н.А., Фатеев М.А., Антонов В.С., Соловов С.А., Астахов В.В., Заленский И.С., Косырева А.С., Кузьмин И.О., Набих Ясин.

C232 Сборник тезисов призёров научно-практической и научно-теоретической конференций университета 2023-2025 / редкол.: Калинин Р.Е., И.А., Сучков И.А., Переверзева К.Г.; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань, 2025. – 92 с.

Сборник научных трудов составлен по материалам лучших докладов студентов с научно-практической и научно-теоретической конференций (15 декабря 2023 г., 13 декабря 2024 г., 15 марта 2024 г., 28 марта 2025 г.). Сборник продолжает серию ежегодных изданий научных трудов студентов университета и включает итоги экспериментальных исследований, материалы клинических наблюдений, а также тезисы докладов по естественнонаучным, гуманитарным и социально-экономическим дисциплинам.

УДК 61(071)
ББК 5

**ТЕЗИСЫ ПОБЕДИТЕЛЕЙ И ПРИЗЕРОВ
ВНУТРИВУЗОВСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ
2023-2024 гг.**

**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЛЕНКООБРАЗУЮЩЕЙ
БИОДЕГРАДИРУЮЩЕЙ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ КОМПОЗИЦИИ
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА**

Абакумова Э.Т., 4 курс, стоматологический факультет
Научный руководитель: к.м.н., доц. Г.С. Межевикина

Введение. Лечение болезней слизистой оболочки рта остается сложной задачей для врачей-стоматологов. Такие элементы поражения как эрозии, язвы, афты требуют создания оптимальных условий для заживления, которое напрямую связано с необходимостью устранения микроорганизмов.

При лечении болезней слизистой оболочки рта применяется арсенал средств, однако некоторые из них достаточно сложны в применении для пациента в домашних условиях или в настоящее время пропали с прилавков аптек. Иногда сложность для пожилых пациентов представляет необходимость использования нескольких аппликаций разными препаратами. Вследствие возможного развития резистентности микроорганизмов, соединения на основе металлических или металл-оксидных наночастиц (серебро, оксид меди, оксид цинка, оксид железа) рассматриваются в качестве перспективных антимикробных материалов, так как, прежде всего, позволяют избегать развития устойчивости микробов.

Изучение и клиническое применение новых, доступных и удобных для применения лекарственных форм и средств, особенно с мультинаправленным действием, чтобы в одном препарате сочеталось большинство необходимых терапевтических эффектов, является актуальным и в настоящее время.

Одним из таких препаратов является гидрогель – Аргакол (производства ООО «Сирена» (Санкт-Петербург, Россия) (рег. удостоверение МЗ РФ №ФС01262005/1878-05 от 05.07.05; сертификат соответствия №РОСС RU.ME95.BO7833; патент RU 2284824 С1), представляет собой вязкую однородную коллоидную композицию, образующую на поверхности дефекта эластичную воздухо- и водопроницаемую пленку, легко удаляемую физиологическим раствором или водой.

«Аргакол» содержит в своем составе альгинат натрия, коллаген и четыре антисептика с различными механизмами антимикробного действия: нанокластеры серебра (повиаргол), гипохлорит натрия, диоксидин (гидроксиметилхиноксалиндиоксид), бензалкониум хлорид (четвертично-аммониевое соединение).

Препарат обладает высокой бактерицидной активностью в отношении основных возбудителей раневой инфекции *in vitro*. Так, в количественном чашечно-суспензионном тесте показано, что при экспозиции 60 мин препарат снижает уровень микробной популяции на 4–5log10 в отношении тест-штаммов

S. Aureus ATCC 6538, *E. coli* ATCC 25922, *P. aeruginosa* ATCC 15442, *C. albicans* ATCC 10231. Соотношение биополимеров (альгината натрия и коллагена) в препарате обеспечивает регулируемую скорость высвобождения биологически активных веществ и биodeградации гидрогеля, что способствует ускорению заживления ран, защищает рану от внешних механических воздействий и загрязнений.

Цель. Изучить возможность использования препарата Аргакол при лечении болезней слизистой оболочки рта.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели препарат Аргакол был назначен 3м пациентам с различными патологическими состояниями слизистой оболочки рта. Эффективность лечения оценивалась на основании жалоб пациента, данных клинического обследования, данных аутофлуоресцентной стоматоскопии. Контрольные осмотры делались до начала использования и по окончании курса. Проводился фотопротокол.

Результаты и их обсуждение.

Клинический случай №1

Пациент В. 1960 года рождения обратился на кафедру терапевтической и детской стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России с жалобами болезненность в области языка, особенно при приёме пищи.

Жалобы данного характера периодически беспокоят пациента в течение 1,5 лет, после того как переболел Covid-19.

Пациент обращался к врачу-стоматологу, для лечения ничего не использовал. Из анамнеза выявлено, что у пациента сахарный диабет 2го типа, хронический гастрит, гипертоническая болезнь.

Осмотр рта: на левой боковой поверхности языка эрозия диаметром до 3 мм, окруженная белесоватой слизистой оболочкой, болезненная при пальпации.

При аутофлуоресцентной стоматоскопии бардовое свечение эрозии на языке.

Диагноз: S00.5 Поверхностная травма губы и полости рта

Пациенту проведено шлифование острых краев небных поверхностей 2.6, 2.7, язычной поверхности 3.4, рекомендовано: диета (исключение раздражающей пищи, острого, алкоголя), аппликации препарата «Аргакол» 2 раза в день тонким слоем в течение 14 дней. Предварительно было проведено обучение по проведению аппликаций.

Через 14 дней пациент отметил исчезновение болезненности, а визуально эрозия практически эпителизовалась, окружающая белесоватая слизистая. В свете аппарата АФС отмечено едва заметное бардовое свечение на фоне зеленого свечения окружающих тканей.

Клинический случай №2

В ноябре 2023 г на кафедру терапевтической и детской стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России на очередной осмотр обратилась пациентка И. 1949 года рождения, которая с февраля 2023 года наблюдалась с диагнозом Нежелательная реакция на метотрексат.

Жалобы на резкую болезненность слизистой оболочки левой щеки ближе к углу рта, наличие эрозии.

Данные анамнеза: у пациентки ревматоидный артрит (в течение 6 лет принимала метотрексат, который был отменен полгода назад).

Осмотр рта: на слизистой оболочке левой щеки ближе к углу рта эрозия с ровными краями, покрытая плотным налетом белого цвета, при попытке снять который обнажается кровоточащая поверхность, болезненная при пальпации.

Аутофлуоресцентная стоматоскопия: бардовое свечение эрозии.

До октября 2023 г. пациентке назначались антисептические полоскания (0,05% хлоргексидин, 0,01% мирамистин, фурацилин), антимикробные средства (5% диоксидиновая мазь, 2% линкомициновая мазь, офломелид мазь), противовоспалительные мази (бетаметазон), аппликации кератопластических препаратов (масло витамина А, витамина Е, Тыквеол, 10% метилурациловая мазь) с медленным эффектом.

Пациентке назначены аппликации препарата «Аргакол» 2 раза в день тонким слоем в течение 14 дней. Предварительно было проведено обучение по проведению аппликаций.

Через 14 дней пациентка на приеме отметила исчезновение болезненности, а визуально на месте эрозии осталось гиперемизированное пятно. В свете аппарата АФС отмечено едва заметное бардовое свечение на фоне зеленого свечения окружающих тканей.

Клинический случай №3

На кафедру терапевтической и детской стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России обратилась пациентка К.1955 года рождения, с жалобами на дискомфорт при приеме кислого, сладкого, «покраснение» языка, которая была направлена на кафедру врачом-онкологом.

Жалобы данного характера беспокоят с августа 2022 года. В 2019-2020 году была резекция языка, лучевая терапия, лоскутная операция по поводу рака языка.

Пациентка обращалась к врачу-стоматологу, для лечения использовала калгель, метрогил дента, холисал, винилин, витаон, облепиховое масло, метилурациловую мазь, буру в глицерине, без эффекта.

В анамнезе рак языка (2019/20), хронический холецистит, гипертоническая болезнь. Данных за онкопатологию на момент осмотра не выявлено.

Осмотр рта: правая половина языка сформирована лоскутной операцией, на правой боковой поверхности языка в месте соприкосновения с зубом 4.6 очаг гиперемии диаметром 4 см, на фоне которого эрозии, резко болезненные при пальпации. Очаг гиперемии окружен белесоватой слизистой. Зуб 4.6 – резорбция костной ткани, рецессия десны, имплантат выступает над уровнем десны 2-3 мм, острый десневой край искусственной коронки.

Диагноз: S00.5 Поверхностная травма губы и полости рта.

Пациентке был удален имплантат. Рекомендовано: диета (исключение раздражающей пищи, острого, алкоголя), местно ротовые ванночки 0,15% жидкость Тантум Верде (разводить 1:3 3 раза в день 14 дней), аппликации растительных масел (тыквеол, витамин А витамин Е) и 10% метилурациловой мази 3 раза в день без особого эффекта.

В последнее посещение пациентке назначены аппликации препарата «Аргакол» 2 раза в день тонким слоем в течение 14 дней. Предварительно было проведено обучение по проведению аппликаций.

Через 14 дней пациентка на приеме отметила значительное улучшение состояния, исчезновение болезненности. Визуально отмечено уменьшение очага гиперемии, эрозии уменьшены в диаметре, в стадии эпителизации. В свете аппарата АФС отмечено сохранение бардового свечения очага. Пациентке в связи с отягощенным онкологическим заболеванием в прошлом назначено продолжение аппликаций Аргакола, продолжается наблюдение совместно с онкологами.

Выводы. На основании представленных клинических случаев можно сделать вывод о возможном эффективном использовании пленкообразующей биodeградирующей антисептической композиции («Аргакол») в лечении болезней слизистой оболочки рта.

ХОРИОАНГИОМА ПЛАЦЕНТЫ ПРИ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ – ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ МРТ-ДИАГНОСТИКИ

Алимкина Н.А., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н. Д.И. Сучков

Введение. Хориоангиома плаценты – доброкачественное нестрофобластическое новообразование плаценты, развивающееся из хориальной мезенхимы приблизительно на второй-третьей неделе гестации. Представлено большим количеством новообразованных сосудов капиллярного типа. Размеры хориоангиомы могут варьировать от нескольких миллиметров до 7-8 см, как правило, одиночная, располагается обычно на плодовой поверхности плаценты.

Хориоангиома может не проявляться клинически, но крупная по размеру опухоль отягощает течение беременности. Диагностика хориоангиомы плаценты должна проводиться своевременно, чтобы обеспечить нормальное вынашивание беременности, избежать ее негативного воздействия на здоровье плода и беременной женщины.

Основным методом диагностики хориоангиомы плаценты является УЗИ. Сроки первичного обнаружения таких опухолей при УЗИ составляют 19-36 недель беременности. Выявить хориоангиомы в первом триместре беременности, как правило, не удастся.

Материалы и методы. В данной работе проанализированы МР томограммы пациентки, выполненные на высокопольном томографе GESigna Creator 1.5t в ГБУ РО "ГКБСМП". Рассмотрены МР-паттерны, которые с высокой вероятностью соответствуют хориоангиоме плаценты, а также целесообразность применения МРТ плода.

Критерии хориоангиомы на МРТ: на T1-ВИ изоинтенсивно с плацентой, возможен гиперинтенсивный ободок (кровоизлияние); на T2-ВИ: гетерогенный гиперинтенсивный сигнал, возможен гипоинтенсивный ободок (кровоизлияние).

Результаты и их обсуждение. Пациентка И., 1987 г.р. Одноплодная беременность, на сроке 28 нед. 4 дня по результатам УЗИ было обнаружено изоэхогенное образование в средней трети плаценты со стороны плодовой поверхности, по эхогенности и структуре сопоставимое с плацентой, с гипоехогенным ободком, характер кровотока сравним с плацентарным. Направлена на дообследование. Проведение МРТ малого таза женщины и плода на сроке 33 нед. 2 дня беременности.

Было выявлено, что плацента расположена по передней стенке, толщиной до 3,8 см. В средних отделах плаценты, по внутреннему контуру вблизи от прикрепления пуповины определяется округлое образование с достаточно четкими контурами 5,0х3,6х4,5 см. Сигнал от образования повышен на T1 – возможный результат кровоизлияния.

Выводы. Таким образом, при проведении МРТ было подтверждено наличие объемного образования, соответствующего хориоангиоме. Исследование плода не показало изменений в веществе и желудочках головного мозга. Были установлены факторы риска гипоксии плода, что могло бы стать причиной дальнейшего развития органических нарушений ЦНС.

МРТ-диагностика малого таза беременной женщины и плода:

1. Не несет лучевой нагрузки;
2. Помогает обнаружить образования плаценты в условиях недостаточной визуализации на УЗИ вследствие миграции плаценты;
3. Позволяет более отчетливо визуализировать головной мозг и выявлять органические нарушения в развитии этого органа у плода или факторы их риска;
4. Позволяет более отчетливо визуализировать сердце и вовремя обнаружить кардиомегалию плода.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ПЕНСИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Белышева К.А., Павлушко Р.П., 1 курс, медико-профилактический факультет
Научный руководитель: Е.А. Гончарова

Введение. В настоящее время медицинские работники сталкиваются с множеством вызовов в своей профессии. Они не только рискуют своим здоровьем, трудятся под большим давлением и стрессом, но и берут на себя огромную ответственность за здоровье и жизнь пациентов. Поэтому актуальным вопросом является необходимость предоставления медицинским работникам досрочной пенсии. Пенсионное обеспечение медицинских работников является важной социальной гарантией, которая обеспечивает их материальную стабильность после завершения трудовой деятельности.

В последние годы в сфере пенсионного обеспечения произошли изменения, нацеленные на адаптацию системы к существующим экономическим условиям и потребностям работников, включая представителей медицинской отрасли.

Материалы и методы.

- Анализ законодательства, регулирующего пенсионное обеспечение работников в области здравоохранения на федеральном и региональном уровнях.

- Исследование нормативных правовых актов, касающихся как общих пенсионных положений, так и специфических норм, применимых к медработникам с учетом их профессиональных рисков и особенностей трудовой деятельности.

Основными нормативно-правовыми актами, регулирующими в настоящее время выход медицинских работников на досрочную пенсию, являются:

1. Федеральный закон от 28.12.2013 N 400-ФЗ «О страховых пенсиях».

2. Федеральным закон №173-ФЗ от 17 декабря 2001 г. «О трудовых пенсиях в Российской Федерации».

3. Постановление Правительства РФ от 29.10.2002 N 781.

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 16 июля 2014 г. № 665 и др.

- Изучение социологических опросов среди медицинских работников, статей, в которых описываются настоящие примеры из практики.

Результаты и их обсуждение. В ходе анализа выявлено, основными проблемами, с которыми встречаются медицинские работники при досрочном выходе на пенсию являются:

1. Неполучение досрочной пенсии работниками частных клиник.

2. Невключение в специальный стаж работника период прохождения интернатуры (ординатуры).

3. Невключение в специальный стаж периодов нахождения на курсах повышения квалификации.

4. Невключение в специальный стаж периода нахождения в отпуске по уходу за ребенком.

5. Не все медицинские работники получают льготу в виде специального порядка учета при работе с пациентами, зараженными COVID-19 или подозреваемыми в этом.

Выявлено, что значительная часть медработников не полностью осведомлена о своих правах на льготные пенсионные условия, что требует усиления информационно-просветительской работы.

Выводы. Необходимо совершенствование законодательства в области пенсионного обеспечения для усиления социальной защищенности медицинских работников, учитывая высокий уровень профессиональных рисков и общественную значимость их труда.

Требуется развитие систематического информирования работников в сфере здравоохранения о их пенсионных правах и условиях их реализации.

Усиление сотрудничества между медицинскими учреждениями и пенсионными фондами позволит более эффективно решать вопросы пенсионного обеспечения и повышать удовлетворенность работников условиями их будущего материального обеспечения.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ФАЗ КАРДИОЦИКЛА ПРИ ПРОБЕ С ЗАДЕРЖКОЙ ДЫХАНИЯ

Брежнева П.М., 4 курс, лечебный факультет

Научный руководитель д.м.н., доц. С.В. Булатецкий

Введение. В последнее время много внимания уделяется исследованию синхронизации биологических ритмов в живых организмах, жизнедеятельность которых обусловлена взаимодействием большого числа сложных ритмических процессов. Одним из примеров такого взаимодействия между различными физиологическими ритмами выступает деятельность сердечно-сосудистой системы человека. Наиболее значимыми колебательными процессами, определяющими ее динамику, являются вариабельность сердечного ритма, дыхания, а также процессы медленной регуляции сердечного ритма и кровяного давления. Синхронизация биоритмов в живых организмах вызывает особый интерес исследователей с позиций теории адаптации. Различные функциональные пробы позволяют оценить компенсаторные (адаптационные) возможности организма к действию возмущающего фактора по изменениям вегетативного гомеостаза, нейрогуморальной регуляции сердца и общей активности регуляторных механизмов.

Цель. Выявление изменения показателей вариабельности сердечного ритма и фаз кардиоцикла при проведении функциональной дыхательной нагрузки.

Материалы и методы. В исследовании участвовали студенты 3 курса РязГМУ им. акад. И.П. Павлова (9 мужчин и 12 женщин). Для регистрации, обработки и анализа вариабельности сердечного ритма методами статистического и спектрального анализов и фаз кардиоцикла при функциональных пробах Штанге и Генчи использовался аппаратно-программный комплекс «Варикард-3.0». Проведена статистическая обработка и анализ полученных результатов.

Результаты и их обсуждение. Динамика изменения показателей в процентах проведена по формуле: $((\text{конечные данные} - \text{исходные данные}) / \text{исходные данные}) \times 100\%$. Функциональные пробы с задержкой дыхания вызывают снижение активности ПСНС, повышение степени напряжения регуляторных систем при повышении суммарной активности нейрогуморальных влияний на сердечный ритм, а в структуре сердечного цикла происходят изменения продолжительности диастолы и систолы, что приводит к изменению отношения данных параметров между собой.

Выводы. Математический анализ ритма сердца и структуры сердечного цикла является информативным неинвазивным методом оценки функционального состояния организма человека. Функциональные пробы с задержкой дыхания на фазе вдоха и выдоха формируют новое функциональное состояние организма, которое не является устойчивым.

ПРИНЦИПЫ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Гаранкина Е.А., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: д.м.н., проф. С.В. Тарасенко

Введение. Кистозный эхинококкоз распространен во всем мире и обнаруживается на всех континентах, кроме Антарктиды. В России заболеваемость эхинококкозом колеблется от 1 до 4х случаев на 100 тыс. населения. Это обуславливает необходимость изучения подходов к диагностике и выбору метода лечения больных эхинококкозом, которые кардинально изменились за последние годы.

Материалы и методы. Для написания работы изучались клинические случаи и истории болезни пациентов с эхинококкозом печени на базе кафедры госпитальной хирургии ГБУ РО БСМП. Были отобраны видео и фотоматериалы хирургического лечения пациентов с данной патологией.

Результаты и их обсуждение. Лечение эхинококкоза зависит от типа, локализации и количества кист, а также от того, являются ли по результатам визуализации кисты активными, переходными или неактивными. Только наблюдение является вариантом ведения бессимптомных кист, которые инактивированы естественным образом. Небольшие однокамерные эхинококковые кисты можно лечить консервативно противогельминтными препаратами. Анатомическая резекция печени остается единственным способом радикального хирургического лечения при интрапаренхиматозных, многокамерных и множественных паразитарных кистах диаметром >10 см с вовлечением сосудисто-секреторных элементов печени. Лапароскопические вмешательства целесообразны при технической возможности удаления кисты без ее вскрытия, т. е. при возможности выполнения идеальной эхинококкэктомии при краевом либо экстраорганным расположении кисты, что встречается крайне редко. Чрескожная эхинококкэктомия под контролем УЗИ на сегодняшний день является стандартом оперативного лечения больных эхинококкозом печени.

Выводы. Результатом применения современных высокоинформативных инструментальных методов исследования является не просто констатация факта наличия кисты, но и указание в протоколе исследования ее размера, характера содержимого, формы, описание формы дочерних кист, упоминание о почкующихся кистах. Обязательным является комплексный подход, включающий применение современных методик оперативного лечения и послеоперационной противогельминтной терапии. Выбор способа хирургического вмешательства определяется технической возможностью стационара и характеристикой самой кисты.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С AL-АМИЛОИДОЗОМ

Глазкова Ю.А. 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: К.А. Шукис

Введение. Трудность диагностики амилоидоза связана с поздним выявлением, затруднена дифференциальная диагностика на ранних этапах, в сочетании с другими патологиями, что объясняется многообразием клинических проявлений и симптомов. Своевременная постановка диагноза играет решающую роль в прогнозе пациентов.

Материалы и методы. Продемонстрируем клинический случай системного AL-амилоидоза. Пациентка поступила в ГБУ РО ГКБ №11, нефрологическое отделение для проведения полихимиотерапии. На момент поступления состояние больной было тяжелым, с течением времени ухудшалось, и на третьи сутки пребывания в клинике больная умерла. Тело было направлено на вскрытие. Во время проведения аутопсии взят биоматериал. При пересмотре гистологических стекол в препаратах были выявлены отложения амилоида.

Результаты и их обсуждение. Макроскопическая картина: кардиомегалия, нефросклероз. Микроскопическая картина при окраске гематоксилин-эозином (не специфична для амилоида): в миокарде, почках, печени, селезенке визуализируются гомогенные розовые отложения. В миокарде – гомогенные массы в строме, по ходу сосудов, в почках – в клубочках, в утолщенных стенках артерий, вокруг них, в почечных тельцах, в печени – балочное строение нарушено из-за скопления гомогенных масс, разрастание соединительной ткани в области порталных трактов, в селезенке – гомогенные розовые массы, фолликулярный рисунок стерт.

Микроскопическая картина при окраске Конго красным (специфичная окраска на амилоид): в миокарде – отложение амилоида в строме, сосудах, в эпикарде по ходу вен. В почках – отложение амилоида в стенках сосудов, капиллярах, мезангии клубочков на фоне выраженного склероза стромы. В печени – отложение амилоида по ходу ретикулярной стромы долек, в стенках сосудов, соединительной ткани порталных трактов. В селезенке – отложение амилоида по всему срезу паренхимы без визуализации фолликулов.

Выводы.

1. Результаты вскрытия и гистологического исследования внутренних органов позволили считать основным заболеванием AL – амилоидоз с поражением сердца, на фоне чего в сочетании с гипертонической болезнью развились почечная недостаточность и сердечно-легочная недостаточность.

2. Смерть больной наступила от системного амилоидоза с амилоидной кардиомегалией и нефросклерозом, осложнившегося сердечно-легочной недостаточностью.

3. При сличении патологоанатомического и клинического диагнозов отмечено совпадение.

4. Таким образом, в представленной работе приведено собственное наблюдение из практики редкого случая амилоидоза с преимущественным поражением сердца, почек, печени, селезенки.

ВАРИАНТ БОЛЬШОЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИИ – АРТЕРИЯ ПОПОВОЙ

Грунин М.Н., 2 курс, лечебный факультет

Научные руководители: Е.А. Дронова, к.м.н., доц. Н.В. Овчинникова

Введение. Несмотря на успехи современной абдоминальной хирургии, поджелудочная железа остается одним из самых труднодоступных и агрессивных к хирургическим вмешательствам органов. Успех операций во многом зависит от глубокого уровня знаний анатомических особенностей органа и их вариантов. Среди множества вариантов экстра- и интраорганных артерий железы можно выделить случаи наличия верхней горизонтальной артерии (ВГПА) – артерии Поповой.

Материалы и методы. Работа выполнена на архивном материале кафедры анатомии, представленном в виде органокомплекса, состоящего из поджелудочной железы с ее сосудистой составляющей, двенадцатиперстной кишки, селезенки. Магистральные и экстраорганные артерии поджелудочной железы исследовались методом препарирования с предварительной инъекцией сосудов модификационной контрастной массой Тейхмана-Тихонова, с последующей фиксацией органокомплекса в 10% растворе формалина и с повторным препарированием артерий с целью улучшения их верификации.

Результаты и их обсуждение. При выполнении препарирования была выделена артерия Поповой, начинавшаяся от селезеночной артерии (СА) на расстоянии 6,4 см от ее начала. Данный сосуд отходил от изгиба первого колена СА и шел к хвосту поджелудочной железы вдоль верхнего края ее тела. Диаметр данного сосуда был равен 0,2 см, а длина составила 8,2 см.

Артерия Поповой была впервые упомянута в 1910 году, но после однократного появления данный сосуд был забыт. Наиболее точное анатомическое описание было опубликовано в 2014 году. Согласно ему ВГПА наблюдалась в 25,9% случаев и проходила вдоль верхнего края тела и хвоста поджелудочной железы. Она всегда начиналась от СА. Диаметр ее колебался от едва заметной артерии до трети калибра от СА. Важным фактом стало то, что данный сосуд определялся в тех случаях, когда отсутствовала большая панкреатическая артерия (БПА), и зона ее кровоснабжения совпадала с последней. Таким образом, артерия Поповой является вариантом БПА.

В 70,6% случаев ВГПА анастомозировала с нижней панкреатической артерией множеством тонких ветвей. Наше наблюдение также подтверждает данные литературы. Основываясь на этом, исследователи пришли к заключению, что этот сосуд следует считать скорее анастомотическим каналом, соединяющим ветви поджелудочной железы, отходящие от СА, чем самостоятельной артерией. Это заключение мы подвергаем сомнению, так как анастомотическими ветвями можно считать БПА или дорсальную панкреатическую артерию.

Выводы. Исследованный нами случай наличия ВГПА (артерии Поповой) по своей анатомии совпадает с данными литературы. Вместе с тем, соглашаясь с другими исследователями о чередовании случаев присутствия БПА и отсутствия

артерии Поповой, мы не можем считать последнюю только лишь анастомотической ветвью. Наличие ВГПА поджелудочной железы следует признать одним из вариантов организации ее артериальной системы и учитывать при планировании и выполнении оперативных вмешательств.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КАРДИОМИОЦИТОВ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ

Губин А.В., Коптелов И.В., 3 курс, лечебный факультет

Научные руководители: д.м.н., доц. Т.М. Черданцева, В.В. Шеломенцев

Введение. Гипертоническая нефропатия – поражение почек при артериальной гипертензии, проявляющееся развитием гиалиноза артерий мелкого калибра и артериол, а также прогрессирующим склерозом клубочкового аппарата почки. Данные изменения приводят к активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и системному повышению артериального давления. Имеются экспериментальные работы, описывающие изменения кардиомиоцитов у животных при формировании гипертонической нефропатии. Однако в изученной нами литературе недостаточно данных о строении кардиомиоцитов человека при гипертонической нефропатии.

Материалы и методы. Проведено морфологическое и морфометрическое исследование материала, полученного в ходе аутопсии от 60 человек, имевших при жизни диагноз «Гипертоническая болезнь» и не имевших в анамнезе инфаркта миокарда. В гистологических препаратах почки, изготовленных по стандартной методике, рассчитывался индекс Керногана артерий почки. В препаратах миокарда левого желудочка производился подсчет средней ширины кардиомиоцитов, средней площади ядер кардиомиоцитов и площадь липофусциноза. Все случаи разделены на 3 группы: I группа – индекс Керногана артерий почки до 0,25 (21 человек); II группа – индекс Керногана артерий почки от 0,25 до 0,4 (21 человек); III группа – индекс Керногана артерий почки свыше 0,4 (18 человек). Морфометрическое исследование осуществлялось при помощи программы «ВидеоТест-Морфология 5.0». Статистическая обработка полученных данных обеспечивалась при помощи программы «Microsoft Excel 2016». Достоверность определялась при помощи U-критерия Манна-Уитни. Данные считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Для оценки взаимосвязи между параметрами использовался корреляционный анализ (r-Пирсона).

Результаты и их обсуждение. Во всех исследуемых группах отмечалась гипертрофия кардиомиоцитов левого желудочка, проявляющаяся увеличением ширины кардиомиоцитов и площади их ядер. Измерение площади липофусциноза показало статистически значимое постепенное увеличение данного показателя от I группы к III (I группа – 0,24%, II группа – 0,32%, III группа – 0,46%). Проведенный корреляционный анализ выявил положительную

корреляцию средней силы между показателями «Индекс Керногана артерий почки» и «Площадь липофусциноза» ($r=0,56$).

Выводы. Во всех исследуемых группах наблюдается увеличение ширины кардиомиоцитов и площади их ядер, что обуславливается стойкой артериальной гипертензией. Имеется прямая положительная корреляция между выраженностью сужения артерий почки и площадью липофусциноза в кардиомиоцитах левого желудочка.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Денисюк А.В., 3 курс, стоматологический факультет

Научный руководитель: к.м.н., доц. О.С. Гуйтер

Введение. Увеличение методов диагностики и лечения злокачественных опухолей повысило число пациентов с пострезекционными дефектами челюстно-лицевой области. Сегодня существует множество методов лечения, способствующих снижению атрофических процессов, улучшению репарации, повышению функциональной и эстетической эффективности, сокращению сроков реабилитации. Однако не существует клинических рекомендаций, где закреплён единый протокол лечения. Поэтому клиническая практика остро нуждается в повышении эффективности методик послеоперационной реабилитации пациентов, особенно на этапе протезирования.

Материалы и методы. По методике И.М. Оксмана и В.Ю. Курляндского реабилитация начинается во время операции, но длительное использование съёмных конструкций ведет к плохой адаптации к обтурирующим протезам.

Д.Н. Назарян, И.Н. Ляшев и др. представили комплексную реабилитацию путем микрохирургической реконструкции дефекта с использованием реваскуляризированного костно-мышечного аутооттрансплантата с включением малоберцовой кости, одновременной имплантацией и протетическим восстановлением зубных рядов. Метод позволяет использовать несъёмные конструкции, но требует хорошего состояния здоровья.

P. Salvatori, A. Mincione и др. предложили устанавливать скуловые имплантаты, затем проводить восстановление ороназального соустья жировым лоскутом. Все манипуляции проводятся одномоментно.

В.И. Штин, Е.Л. Чойнзонови и др. зарегистрировали методику армирования зоны дефекта сетчатым имплантатом из никелида титана и свободным кожным лоскутом, устраняющим дефекты стенки глазницы и верхнечелюстной пазухи, сохраняющим контуры лица. Но в течение нескольких лет у пациента не должно быть рецидивов онкологического заболевания.

С.Д. Арутюнов, А.С. Арутюнов и др. запатентовали разобщающий послеоперационный зубочелюстной протез, разграничивающий ротовую и носовую полости и восстанавливающий жевательную функцию.

Проф., д.м.н. Ю.А. Медведев, Е.М. Басин и Д.Ю. Милюкова предложили хирургический способ фиксации слизистой неба. Это позволяет достичь хороших эстетических результатов, но нет данных о восстановлении жевательной эффективности.

П.З. Аржанцев, В.А. Виссарионов, Б.Н. Давыдов и др. выпустили руководство, где описано одномоментное устранение дефектов средней зоны лица лоскутом с включением большой грудной мышцы на питающей ножке. Это восстанавливает анатомию, но затрудняет диагностику прогрессирования заболевания.

Результаты и их обсуждение. В результате хирургического вмешательства более чем в 75% случаев возникают обширные дефекты челюстей и лица, причиняющие психологические страдания пациентам. Поэтому в процессе реабилитации на передний план выступает совместная работа врачей-стоматологов, хирурга и ортопеда. Применение ортопедических методов лечения необходимо для восстановления лица больного, физиологических и социальных функций.

Выводы. Сегодня нет единого протокола лечения пациентов с дефектами верхней челюсти. Сложная патология требует поиска новых методов реабилитации таких больных.

ИДЕАЛЬНАЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ФАКТОРОВ КОСМИЧЕСКОЙ И ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ

Занет Е.Д., 3 курс, стоматологический факультет

Научный руководитель: А.А. Олейников

Введение. Исследование воздействия невесомости и полета на организм человека является ключевым аспектом в космической и авиационной медицине. Понимание влияния этих факторов на различные системы и органы человеческого тела, включая состояние зубов и челюстей, необходимо для обеспечения общего статуса здоровья. С увеличением продолжительности полетов возникает необходимость в эффективных ортопедических решениях, способных обеспечить комфорт и поддержание здоровья лётчиков и космонавтов.

Материалы и методы. Осуществлялся сбор информации на просторах сети Интернет, медицинских форумах, таких как PubMed, Medscape, eLibrary и многие другие. Так же были изучены некоторые материалы для студентов авиационных университетов, сборники по космической медицине.

Результаты и их обсуждение. Для профилактики негативных последствий, вызванных воздействием невесомости и воздушного пространства на состояние зубов и челюстей, могут применяться следующие методы:

- Регулярные медицинские осмотры;
- Личный уход за полостью рта.

Совместные усилия медицинских и инженерных специалистов в области авиации и космических агентств могут влиять на разработку более эффективных и удобных конструкций именно в условиях экстремальных нагрузок целевой группы пациентов. Материалы должны обладать не только стандартными характеристиками, но и учитывать уникальные факторы космической и воздушной среды.

Материалы для изготовления зубных протезов:

1. Титановые сплавы.
2. Цельнолитые коронки.
3. Керамические материалы: Е-тах, цельная керамика, виниры, окклюзионные вкладки и накладки, диоксид циркония, металлокерамика.
4. Композитные материалы.

Выводы. Разработка идеальной ортопедической конструкции, способной эффективно обеспечивать уровень здоровья зубочелюстной системы в условиях космической и воздушной среды, является актуальной задачей современной науки и медицины. Выбор материала для зубных протезов в условиях космоса и воздушной среды должен основываться на балансе между прочностью, биосовместимостью, стойкостью к экстремальным условиям, возможностью самостоятельного обслуживания. Стоит отдавать предпочтение современным керамическим и циркониевым конструкциям, вследствие их большей точности и функциональности. Однако каждый материал имеет свои преимущества и ограничения, которые необходимо учитывать при протезировании пациентов-летчиков и космонавтов. Именно поэтому подбор материалов должен производиться в зависимости от конкретной клинической картины, оценки условий, в которых будет находиться пациент, его индивидуальных особенностей и потребностей.

ВПЧ КАК ФАКТОР ОНКОТРАНСФОРМАЦИИ

Захарян П.В., 1 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.б.н. Ю.А. Поминчук

Введение. В течение жизни до 80% населения инфицируются ВПЧ, в результате возникают заболевания аногенитальной области. Рак шейки матки по распространенности является вторым (среди женщин). По данным Международного агентства по изучению рака в 2018 году число зарегистрированных больных раком шейки матки в мире достигло 570 тысяч.

Вопросы изучения онкогенных штаммов ВПЧ, их влияние на онкотрансформацию клеток являются актуальными среди ученых. Об этом свидетельствуют более 1500 публикаций в данной области на ресурсе CyberLeninka за последние годы. В современном мире каждый подвержен риску заражения онкогенными штаммами ВПЧ, поэтому необходимо знать пути передачи данного вируса и методы его профилактики.

Материалы и методы. Изучение научных публикаций по исследуемой проблеме за последние 3 года, обработка официальных статистических материалов по наличию ВПЧ среди онкобольных, а именно, раком шейки матки. Сбор, обобщение и обработка количественных данных.

Результаты и их обсуждение. Исходя из изученных материалов, среди ВПЧ выделяют штаммы высокого (16, 18, 31 и т. д.) и низкого (6, 11 и т. д.) канцерогенного риска. К настоящему времени известно, что заражение ВПЧ высокого канцерогенного риска возможно двумя путями: половым и трансплацентарным. Несмотря на серьезную патологию, которую вызывает ВПЧ высокого канцерогенного риска, больной может долгое время не замечать изменений. Матричные процессы вируса происходят ограничено в эпителии, а вирусные белки Е6 и Е7 уменьшают экспрессию интерферонов в клетках хозяина, что способствует снижению иммунного ответа человека на антиген. Именно из-за этих специфических свойств вируса иммунный ответ организма на ВПЧ слабый, поэтому больные не догадываются о заражении.

Так, специалистами ГБУ РО “Женская консультация №1” г. Рязани было проведено масштабное скрининговое исследование, в котором приняли участие 564 женщины. По результатам у 7% обследованных женщин выявлен ВПЧ высокого риска. Результаты показали важность диспансеризации, несмотря на отсутствие проявления каких-либо симптомов.

Иммунопатогенез ВПЧ так же непрост: после интеграции собственных генов вируса в геном клетки хозяина начинается гиперэкспрессия генов вируса. Экспрессия онкобелков приводит к образованию агрессивного эстрогена, который, в свою очередь, создает условия для развития опухоли. В последующем происходит экспрессия поздних генов вируса.

В России частота инфицирования ВПЧ высокого риска достигает 40%. А в Рязанской области по состоянию на конец 2022 года под диспансерным наблюдением онкологов находятся 35519 рязанцев, из них рак шейки матки у 2,2%.

Выводы. Таким образом, ВПЧ высокого канцерогенного риска является актуальной проблемой медицины, поскольку опасен латентным течением и является фактором онкотрансформации. Анализ статистических результатов показал необходимость прохождения диспансеризации для своевременного диагностирования и установления наиболее опасных штаммов с целью профилактики развития онкологии.

ВЫСОКОИНТЕНСИВНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ ПРОВОДИМОСТИ ПО ДВИГАТЕЛЬНЫМ КОРЕШКАМ СПИННОГО МОЗГА

Зорина М.Р., Трибунько Е.И., Калинин А.М., 2 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доц. Е.А. Трутнева

Введение. Перспективным методом оценки проводимости по корешкам спинного мозга является сочетание методов сегментарной магнитной стимуляции и регистрации поздних электронейромиографических ответов.

Цель. Оценим возможности методов высокоинтенсивной сегментарной магнитной стимуляции (МС) и регистрации F-ответа в оценке корешковой проводимости.

Материалы и методы. Было обследовано 10 человек: 6 женщин и 4 мужчины, средний возраст составил 18,2 года. Исследование основано на использовании методов МС и регистрации F-ответа. Проводилась стимуляция корешков C5-D1, а также срединного нерва доминирующей руки.

Результаты и их обсуждение. При сегментарной МС стимуляции на уровне шейного утолщения получен М-ответ (сегменты C5-D1) со средней латентностью 11,8 мс. При стимуляции нерва был зарегистрирован М-ответ с латентностью 2,5 мс, позднее регистрируется F-ответ. F-ответ отражает антидромное распространение возбуждения по моторному аксону до двигательного нейрона, его активацию и ортодромное распространение возбуждения до мышцы, характеризуя проведение и по проксимальным отделам нерва и корешка. Корешковая задержка оценена как разность сегментарной латентности и полусуммы латентности М- и F-ответа с учетом времени активации аксонального холмика (1 мс). Определены значения: средняя корешковой задержки (0,95 мс), медиана (0,82 мс), нижняя квартиль (0,3 мс) и верхняя квартиль (1,78 мс), что может быть применено как нормативное значение.

Выводы.

1. Высокоинтенсивная магнитная стимуляция в комбинации с регистрацией F-ответа позволяет оценить корешковую задержку, а при вычислении его длины – определить скорость корешкового проведения.

2. Возможно создание нормативной базы корешковой задержки для различных возрастов, что будет иметь значение в клинической сфере.

ИНФАРКТ МИОКАРДА КАК ДЕБЮТ ИБС

Зяблова А.И., 4 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доц. Ю.А. Панфилов

Введение. Осложнения инфаркта миокарда делятся на ранние и поздние. К ранним осложнениям относятся острая левожелудочковая недостаточность (отек легких), кардиогенный шок, желудочковые и наджелудочковые нарушения

ритма, нарушения проводимости, острая аневризма левого желудочка, внешние и внутренние разрывы миокарда, тампонада сердца, асептический перикардит (эпистенокардитический), тромбоэмболии. К поздним осложнениям относятся ранняя постинфарктная стенокардия, застойная сердечная недостаточность, синдром Дресслера, хроническая аневризма левого желудочка.

Материалы и методы. Представлен клинический случай, демонстрирующий важность активного выявления факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний с целью первичной профилактики в том числе ИБС и ее осложнений.

Результаты и их обсуждение. Пациент В., 57 лет. Обратился за медицинской помощью через 24 часа от начала заболевания с жалобами на тяжесть в области сердца, общую слабость. Ранее за медицинской помощью не обращался, не наблюдался, диспансеризацию не проходил, Тропонин: 81нг/л. ЭКГ: Ритм синусовый, нормальное положение ЭОС. Эпикардальные изменения в миокарде переднебоковой стенки, отсутствие прироста R в грудных отведениях. Поставлен диагноз ОКС с подъемом ST. ТЛТ не проводилась из-за отсутствия показаний (время до обращения за медицинской помощью более 12 часов). Выполнена коронароангиография: Ствол ЛКА: с неровными контурами. ПМЖА: окклюзирована в проксимальном сегменте, постокклюзионные сегменты не контрастируют. ОА: с неровностью контуров. Выполнена проводниковая реканализация и ЧТКА зоны окклюзии ПМЖА. Выполнено эндопротезирование зоны окклюзии ПМЖА стентом REBEL 3.0-28мм. ВТК1 – до 70%; ПКА на 50%. ЭхоКГ: гипертрофия миокарда, нарушение систолической и диастолической функции ЛЖ. Зоны асинергии миокарда ЛЖ. Аневризма верхушки ЛЖ, увеличение левого предсердия. Умеренная регургитация МК. Незначительная регургитация ТК. Уплотнение восходящего отдела аорты. ФВ-44%. В анализах крови: тропонин -7877 нг/л, ТГ 1,1ммоль/л, ЛПВП 1,72 ммоль/л, ЛПНП 3,66 ммоль/л, глюкоза крови 8,7 ммоль/л.

Окончательный диагноз: основное заболевание: ИБС: инфаркт миокарда с з.Q передней стенки ЛЖ. Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. КАГ, проводниковая реканализация, ЧТКА и ЭП ПМЖА. Фоновое: гипертоническая болезнь 3 стадии, контролируемая. ОВСР. Гипертрофия миокарда, нарушение систолической и диастолической функции ЛЖ. Дилатация ЛП. Умеренная регургитация МК. Незначительная регургитация ТК. Гидроперикард. Целевой уровень АД 120-129/70-79мм рт.ст. Сахарный диабет 2 типа, индивидуальный целевой уровень HbA1C < 7.0%. Осложнения: ХСН 2А ст. (со сниженной ФВ 46%) ФК 2 (клинически). Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий с восстановлением синусового ритм. CHA2DS2-VASc 3б, HAS-BLED 1б. Острая аневризма левого желудочка.

Таким образом, у пациента выявлены факторы, повлиявшие на тяжесть инфаркта: время до обращения более 12ч; наличие сахарного диабета, инфаркт миокарда как дебют ИБС, многососудистое поражение коронарного русла с полной окклюзией, нарушение ритма (фибрилляция предсердий), пациент не проходил диспансеризацию и не лечился, гипертрофия левого желудочка, проатерогенная дислипидемия.

Выводы. Осложнения инфаркта миокарда – часто встречающаяся ситуация в клинической практике, однако представленный клинический случай демонстрирует возможность дебюта ИБС в виде осложненного крупноочагового инфаркта миокарда в результате комбинации неблагоприятных факторов риска при отсутствии должной профилактики. Снижение вероятности развития инфаркта миокарда и его осложнений возможно в том числе путем активного выявления пациентов из группы риска.

ТРАВМЫ СПИННОГО МОЗГА И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЕГО РЕГЕНЕРАЦИИ

Карасев Ф.В., Шелегацкий Д.С., 3 курс, лечебный факультет

Научные руководители: д.м.н., доц. Т.М. Черданцева,
к.м.н., доц. С.А. Анисимова

Введение. Позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) – это механическое повреждение позвоночника и/или содержимого позвоночного канала (спинного мозга, его оболочек и сосудов, спинномозговых нервов), приводящее к инвалидизации, ухудшению качества жизни и повышению уровня смертности. Проблема восстановления пациентов с повреждениями спинного мозга в настоящее время является актуальной, что подтверждается достаточно высокой летальностью на догоспитальном и госпитальном этапах лечения. Также наблюдается постоянное увеличение числа травм спинного мозга в процентах, от всех травм опорно-двигательного аппарата. Позвоночно-спинномозговая травма имеет разные классификации, учитывающие множество факторов, начиная от времени, заканчивая учетом повреждения мозговых оболочек.

Цель. Изучение морфологических аспектов повреждения и регенерации спинного мозга по данным литературы.

Материалы и методы. В базах данных PubMed, Scopus, Google Scholar, eLibrary был проведен поисковый запрос по следующим ключевым словам: «scaffolds for spinal cord regeneration», «spinal cord regeneration», «axonal degeneration and regeneration in the injured spinal cord», «Astroglial reaction in the gray matter», «axonal regeneration in the peripheral and central nervous systems current issues and advances», «Wallerian degeneration», «neuroinflammation», «Axonal regeneration in adult CNS neurons. signaling molecules and pathways», «Регенерация спинного мозга», «Уоллеровская дегенерация», «Образование глиального рубца», «Сравнение регенерации ЦНС и ПНС», «Регенерация ПНС», «Регенерация за пределами глиального рубца», «нейровоспаление», «Молекулярные механизмы повреждения и регенерации спинного мозга». Для данного аналитического обзора методология метаанализа была не применима и критерии PRISMA не использовались.

Результаты и их обсуждение. Разностороннее изучение проблемы повреждения спинного мозга позволило выявить ряд закономерно развивающихся патологических процессов, развертывающихся в нервной ткани,

которые в 1945 году Л.И. Смирнов объединил общим понятием травматической болезни спинного мозга. Далее учёными изучались внутренние механизмы травматической болезни спинного мозга. Проведённые исследования позволили выделить концепцию первичного и вторичного (продолженного) повреждения нервной ткани. После физической травмы в очаге поражения наблюдается повреждение тканей, разрыв сосудов, повреждение мозговых оболочек, пропитывание тканей излившейся кровью, что составляет первичное повреждение. В процессе этого, начинает развиваться каскад воспалительных реакций, образуются свободные радикалы, нарастает ионный дисбаланс, эйкозотоксичность, на 7-14 сутки наблюдаются признаки Уоллеровской дегенерации глиальных элементов. В первые часы после травмы развивается апоптоз нейронов и глии. Всё это соответствует вторичному повреждению. Далее, по мере прекращения воспалительного каскада, по периферии образуются мелкие полости, которые увеличиваясь, могут сливаться в одну крупную полость. В итоге, вследствие активной пролиферации фибробластов, полость заполняется глиально-соединительнотканым рубцом, состоящим из 3х плавно переходящих зон. Центральной – соединительнотканной, глиально-соединительнотканной и глиальной, переходящей в неповрежденный спинной мозг. По периферии от рубца формируются посттравматические кистозные полости, выстланные глиальными клетками. Основная часть нервных волокон не может преодолеть глиально-соединительнотканый барьер, однако даже проросшие сквозь рубец волокна не способны к дальнейшему росту в дистальный отрезок из-за высвобождающихся при распаде миелиновых оболочек ингибирующих факторов. В эту группу молекул входят белок Nogo-A, миелин-ассоциированный гликопротеин (MAG) и гликопротеин миелина олигодендроцитов (OMGP).

Проведенные исследования в этой области позволили получить данные, основываясь на которых, сегодня можно сделать общий вывод о том, что регенерация повреждённого спинного мозга возможна, но для её осуществления необходимо искусственно создать целый ряд условий, обеспечивающих необходимое микроокружение. Это подтверждается многочисленными проведенными исследованиями.

Среди прочих проведенных исследований, регенерации спинного мозга добивались путем ингибирования ингибирующих молекул глиальных тканей, которые выделялись в процессе формирования глиального рубца и препятствовали росту нейронов.

Выводы.

1. Поврежденный спинной мозг имеет потенциал к полному функциональному и анатомическому восстановлению.

2. В настоящее время существует ряд перспективных направлений и методик, способствующих наилучшей регенерации поврежденного спинного мозга.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ НЕМАТОДОЗОВ – ЗООНОЗОВ С СИНДРОМОМ «LARVA MIGRANS» В ГОРОДЕ РЯЗАНЬ

Ковалёва М.В., 3 курс, медико-профилактический факультет
Научные руководители: д.б.н., проф. М.Д. Новак, В.А. Мыськова

Введение. Нематодоз – группа гельминтозов, вызываемое паразитическими червями (класс Nematoda). Представителями являются:

- аскарида (*Ascaris lumbricoides*);
- острица (*Enterobius vermicularis*);
- стронгилоид (*Strongyloides stercoralis*);
- филяриаты (*Filariata*);
- трихинелла (*Trichinella spiralis*);
- ришта (*Dracunculus medinensis*);
- власоглав (*Trichocephalus trichiurus*);
- токсокар (*Toxocara canis*);
- анкилостома (*Ancylostoma duodenale*).

В нашем случае ларвальные нематоды: токсокар, стронгилоид и анкилостома.

Материалы и методы. При сборе проб использовались медицинские перчатки, ложечка, zip пакеты, спиртовые салфетки, маркер.

Для метода нативного мазка использовались медицинские перчатки, фарфоровая ступка и пестик, стеклянная палочка, вода, предметное стекло, покровное стекло, микроскоп.

Для метода флотации (по Щербовичу) использовались медицинские перчатки, фарфоровая ступка и пестик, химические стаканы, стеклянная палочка, ситечко, вода, концентрированный раствор нитрата натрия, предметное стекло, покровное стекло, микроскоп.

Для метода последовательных промываний использовались медицинские перчатки, фарфоровая ступка и пестик, химические стаканы, стеклянная палочка, ситечко, вода, предметное стекло, покровное стекло, микроскоп.

Результаты и их обсуждение. Всего исследовано 57 проб фекалий и 17 проб почвы, из которых 13 проб фекалий и 10 проб почвы из города Владимира, а остальные из разных районов Рязани. В 14-ти пробах фекалий собак из приюта обнаружены яйца токсокар, токсаскарис (*Toxascaris leonina*), анкилостом, стронгилоидов, власоглавы и изоспоры простейших (*Isospora canis*). Яйца токсаскариса, власоглава и изоспоры не опасны для человека, но передаются собакам и кошкам. Их наличие доказывает, что собакам из приюта не проводилась дегельминтизация и как следствие, что они опасны для человека и для животных, так как имеют зооантропонозных возбудителей.

Выводы. В ходе проделанной мною работы, я определила, что в городе Рязань высокая распространённость нематод. Это серьёзная эпидемиологическая опасность, так как заболевания, вызываемые этими нематодами, могут привести к гибели.

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ПЛЕЧЕВАЯ ПЛЕКСОПАТИЯ

Корнев С.А., Корнева Е.А., 6 курс, лечебный факультет

Научные руководители: Е.В. Гершензон, А.В. Руднов

Введение. Плексопатия является поражением нервных сплетений в результате заболевания или травмы. В нашей работе рассматривается клинический случай травматической плечевой плексопатии из-за падения пациента на вытянутую верхнюю конечность.

Материалы и методы. Пациенту был проведен ряд манипуляций на протяжении всего периода активного наблюдения: Рентгенография (07.07.23 – день травмы), МРТ правого плечевого сустава, включая плечевое сплетение (05.08.23, 21.09.23, 12.10.23), КТ правого плечевого сустава (22.09.23), вскрытие и удаление гематомы правой подмышечной области, повторное дренирование полости гематомы (04.10.23).

Результаты и их обсуждение. Пациент М., 75 лет – падение с высоты собственного тела на прямую руку, после чего он обратился в ГБУ РО ОКБ, где ему была проведена рентгенография плечевого сустава. Результат – закрытый подлопаточный вывих правой плечевой кости с переломом бугорка правой плечевой кости. Лечащим врачом была предложена тактика вправления вывиха и репозиция костного отломка с последующим наблюдением. Через месяц после манипуляции (05.08.23г.) пациент провел МРТ, пораженной области, в одном из частных центров г. Рязань, в результате которого была допущена диагностическая ошибка. Диагноз: МР-картина отрывного перелома большого бугорка плечевой кости. Разрыв сухожилия надостной мышцы. Пациент проводил реабилитацию в амбулаторных условиях, но она не привела к эффекту.

22.09.23 он обратился в ГБУ РО ОКБ по поводу отсутствия эффекта от проводимого лечения. Пациенту было проведено МРТ правого плечевого сплетения, включая плечевое сплетение, на котором было выявлена компрессионная правосторонняя брахиальная плексопатия (за счет крупной хронической аксиллярной гематомы). Также было проведено КТ исследование. Результат- над головкой плечевой кости, под акромионом определяются 2 свободных костных осколка общим размером 40x11 мм, субакромиальное пространство расширено до 16,5 мм (слева 9 мм), снизу от суставной щели лизированная гематома размерами – 127×86×123 мм. После просмотров снимков от 05.08.23 было выявлено, что врач не заметил гематому, что сказалось на тактике лечения.

Пациенту проводились пункции полости гематомы на протяжении 10 дней – без эффекта. В следствие этого было принято решение о проведении операции по вскрытию и удалению гематомы правой подмышечной области (04.10.23). Контрольное КТ (17.10.23) – рубцовые изменения в области правого плечевого сустава, признаки плексопатии справа, гематома отсутствует.

Пациент прошел курс реабилитации в рамках стационара. Эффект – появились движения во всех пальцах кисти, пассивные движения предплечья

справа. На момент декабря 2023 г. пациент продолжает реабилитацию в амбулаторных условиях с ощутимым эффектом.

Выводы. Только мультимодальная диагностика является критерием успеха в скорейшем начале лечения пациентов с данным видом травм, а правильная интерпретация результатов МРТ представляет собой ведущий метод исследования пациента на данном этапе.

ОБРАЩЕНИЯ ГРАЖДАН В ОРГАНЫ РОСПОТРЕБНАДЗОРА КАК МЕХАНИЗМ ЗАЩИТЫ ПРАВ

*Костин П.Д., Митраков В.В., Столяров И.А.,
I курс, медико-профилактический факультет*
Научный руководитель: Н.А. Полканова

Введение. В статье 33 Конституции РФ закреплено право граждан на обращение в органы государственной власти и местного самоуправления. Одним из способов защиты прав граждан является обращение в Роспотребнадзор. Число поступающих обращений растет из года в год. Этим обусловлена актуальность выбранной нами темы. Цель нашей работы проанализировать механизм защиты прав граждан, связанный с таким обращением.

Материалы и методы. Методом, используемым в исследовании, является изучение, обработка и анализ нормативно-правовых актов РФ, регулирующих порядок подачи обращений граждан в органы Роспотребнадзора.

Результаты и их обсуждение. Подать жалобу в Роспотребнадзор можно на качество товара или услуги, на навязывание услуг и некачественное обслуживание на предприятии или в торговой точке. Гражданин может сделать это лично, через форму на сайте, почтой России или электронной почтой. В части своей компетенции Роспотребнадзор готов отстаивать права потребителей вплоть до участия в суде.

Самый надежный и быстрый способ пожаловаться через электронное обращение в электронную приемную Роспотребнадзора. Ведомство регистрирует обращение моментально, и потерять такую жалобу невозможно. Письма, содержащие тексты большего объема, следует направлять обычным почтовым отправлением в адрес соответствующего территориального органа Роспотребнадзора. Письмо доставит почтальон, а у вас будет уведомление о вручении письма. Обращение обязательно должно содержать ФИО, почтовый адрес или адрес электронной почты. Жалобы, поданные анонимно, Роспотребнадзор разбирать не обязан.

Когда жалоба попадает в Роспотребнадзор, ее проверяют на правильность заполнения и регистрируют. По результатам рассмотрения жалобы Роспотребнадзор обязан дать ответ на нее. Ответ придет бумажным письмом, если вы принесли жалобу лично в ведомство или отправили почтой. Если же вы подавали электронное обращение, то ответ придет на адрес электронной почты.

Срок рассмотрения жалобы – максимум месяц со дня его регистрации. В некоторых ситуациях срок могут продлить еще на 30 дней.

Если заявитель составил жалобу правильно, его доводы адекватны и указывают на причинение вреда здоровью либо возможность такого причинения, то Роспотребнадзор оформляет распоряжение о проведении внеплановой проверки.

В некоторых случаях Роспотребнадзор имеет право оставлять обращения без рассмотрения и даже не отвечать на них. Например, в обращении не указаны ФИО, почтового адреса, по которому должен быть направлен ответ, содержатся нецензурные выражения, ответ невозможно дать без разглашения государственной тайны.

Есть и специфические причины для отказа: отсутствие адреса и наименования нарушителя или несоблюдение претензионного порядка. Когда перед обращением в Роспотребнадзор необходимо сообщить о своем недовольстве компании или предпринимателю, который нарушил ваши права. Если претензии не было, Роспотребнадзор вправе не реагировать на жалобу.

Выводы. В ходе работы были изучены нормативно-правовые акты, регулирующие подачу обращения гражданина в органы Роспотребнадзора и проанализирован механизм защиты прав граждан, связанный с такими обращениями. При помощи органов Роспотребнадзора защищаются и реализуются следующие права граждан: на охрану здоровья, на благоприятную окружающую среду, права потребителей и т.д.

Предпринимаемые меры, при содействии других органов государственной власти и судов, эффективно пресекают действия, нарушающие права граждан и восстанавливают эти права.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИЧИН ИНСУЛЬТА И ИНФАРКТА МИОКАРДА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Лобков С.Е., 4 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: д.м.н., доц. А.В. Соловьева

Введение. Диагностика причин ишемических событий, таких как инфаркт миокарда (ИМ) и инсульт, у молодых пациентов сложна, одной из причин которых могут быть врожденные пороки сердца (ВПС), не диагностированные в детстве. Отдельное внимание следует обращать на наследственность по атеросклерозу и диагностику нарушений коагуляции. Проанализирую клинический случай, выявлю сложности в диагностике ишемических событий у молодых пациентов.

Материалы и методы. История болезни.

Результаты и их обсуждение. Больная З., 39 лет, поступила в ГБУ РО ОКБ 20.01.2023 в 16:10 с жалобами на нарушение речи и слабость в правой руке. Речь нарушилась внезапно в 15:00. В течение часа сила в правой руке выросла.

Из анамнеза болезни: в 3,5 года (1987 год) было оперативное лечение по поводу дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) и частичного аномального дренажа легочных вен (ЧАДЛВ.) С 12 лет по м/ж высказывались подозрения о реканализации МПП, что опровергалось в НМИЦ ССХ им. А. Н. Бакулева. 1-ая беременность (2013 г.) закончилась выкидышем на 6-7 неделе. Антифосфолипидный синдром (АФС) не подтвержден. В 2019 году, на фоне 3-ей беременности, перенесла не-Q ИМ нижней стенки ЛЖ, и впервые выявлено носительство АТ к $\beta 2$ -гликопротеину. В том же году выявлена реканализация оперированного ДМПП. В НМИЦ им. В. А. Алмазова выполнена его эндоваскулярная окклюзия. Консультирована гематологом, повторно выявлены АФ АТ к $\beta 2$ -гликопротеину. Из анамнеза жизни: со слов пациентки, у брата и у отца повышенный уровень ОХ (выше 13 ммоль/л). Состояние средней тяжести, кожные покровы обычной окраски. ИМТ=23,23 кг/м². Отеков нет. Дыхательная сердечно-сосудистая, пищеварительная системы без отклонений. АД 130/80 мм. рт. ст., ЧСС 75 в мин. Частичная моторная афазия, сухожильные рефлексy D=S. Выполнены РКТ 20.01.2023: органических изменений в головном мозге (ГМ) не выявлено. И МРТ 26.01.2023: картина "свежего" ишемического полифокального инфаркта в левой гемисфере мозга (бассейн лСМА). Единичные очаговые изменения сосудистого генеза в веществе головного мозга. На Эхо-КГ транссептальных шунтов не выявлено, визуализируется окклюдер в МПП. На УЗДГ БЦА: признаки нестенозирующего атеросклероза. ЭКГ и ХМ-ЭКГ без патологий. Липидограмма: ОХ 9,1 ммоль/л и ЛПНП 4,91 ммоль/л. Проводилось лечение: иАПФ, β -блокаторы, статины, антикоагулянты, цитопротекторы, АСК. Выставлен диагноз: ЦВБ: ишемический инсульт (20.01.23) в левом каротидном бассейне, неуточненный патогенетический вариант, с легким парезом правой руки, моторной афазией. Сопутствующие заболевания: коагулопатия: носительство АФ АТ к $\beta 2$ -гликопротеину. ВПС: ДМПП, ЧАДЛВ (оперативное лечение, 1987 г.) ПИКС (не-Q-ИМ нижней стенки ЛЖ 2 типа от 16.03.19). Эндоваскулярная окклюзия ДМПП окклюдером (2019 г.). Гиперхолестеринемия. Гематологическое обследование выявило полиморфизмы генов свертывания. Визит пациентки состоялся 20.11.2023. Жалоб нет, состояние удовлетворительное. Выполнены контрольные МРТ ГМ и Эхо-КГ. На МРТ: Последствия ишемического инсульта (полифокальные рубцово-атрофические изменения) в левой гемисфере мозга. Постишемические лакуны в левой гемисфере мозжечка. Эхо-КГ: состояние после хирургической коррекции вторичного ДМПП (дисковый окклюдер в 2019 г.).

Выводы. Молодым пациентам с инсультом и ИМ необходимо проводить Эхо-КГ для выявления ВПС, обследования на АФС, тромбофилию и наследственную гиперхолестеринемию.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ КИСТ БАРТОЛИНОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Максаева Е.А., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доц. Е.М. Приступа

Введение. Бартолиновы железы находятся в толще задней трети больших половых губ, по одной с каждой стороны. Это сложные трубчатые железы, которые выделяют слизеподобный секрет, увлажняя преддверие влагалища. Современным методом лечения выступают малоинвазивные операции, которые направлены на полное формирование нового протока железы.

Материалы и методы. Был произведён анализ данных в отношении пациенток с диагнозом «киста бартолиновой железы» в период с 2022 по 2023гг. Оценены такие показатели, как методики лечения, наличие осложнений и рецидивов.

Результаты и их обсуждение. Самым современным видом лечения кист и ложных абсцессов бартолиновых желез является установка катетера Ворда. Он позволяет исключить радикальное хирургическое вмешательство при неоднократных рецидивах. WORD-катетер прост в применении, не требует длительной госпитализации, устанавливается под местной анестезией, за 6 недель происходит полное формирование нового протока железы. В феврале 2022г. в ГКБ №8 впервые как альтернатива WORD-катетру был применен катетер Фолея. Из преимуществ – низкая стоимость, повсеместная доступность и латексный материал, отсутствие осложнений и болезненных ощущений. Прогноз благоприятный, в большинстве случаев – полное излечение, в 25% – переход в рецидивную форму. За 2022 и 2023 года в ГКБ №8 были проведены 2 марсупиализации; 6 установок WORD-катетеров; 36 установок модифицированного катетера Фолея.

В 1 случае постановки WORD-катетера возник рецидив кисты бартолиновой железы, проведено дообследование пациентки. В 2 случаях произошло выпадение катетера Фолея на 4 и 5 неделе от дня установки. Остальным женщинам катетеры были удалены через 6 недель, осложнений и рецидивов не возникло.

Выводы. Таким образом, установка катетера Фолея в лечении кист и псевдоабсцессов бартолиновой железы является современным и малоинвазивным методом. Преимущества в виде низкой стоимости, повсеместной доступности, быстрого восстановления делают этот вариант лечения преобладающим среди аналогов, так как катетер устанавливается на 6 недель, за которые происходит полное формирование нового протока бартолиновой железы.

ПОЛНЫЙ ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС У ЮНОЙ ПЕРВОБЕРЕМЕННОЙ

Максаева Е.А., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доц. Е.М. Приступа

Введение. Пузырный занос – доброкачественный вариант трофобластической болезни, для которой характерна аномальная беременность, гистологически характеризующаяся аберрантными изменениями внутри плаценты. Частота встречаемости в РФ 3:1000 и 1:10000. Частота у подростков – 0.15%. Поэтому проблема не теряет своей актуальности в связи с трудностью распознавания и редкой частотой встречаемости, а также трудной дифференциальной диагностикой между злокачественными формами трофобластической болезни.

Материалы и методы. Был оценен случай пузырного заноса у пациентки 15 лет. Она поступила в ГКБ №8 с жалобами на тянущие боли внизу живота, умеренные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза: в течение суток отмечает тянущие боли внизу живота. Со слов – последняя менструация в середине ноября. УЗИ картина не исключает пузырный занос.

Результаты и их обсуждение. По данным УЗИ: тело матки 69*65*68 мм. Полость матки: расширена до 40 мм за счёт эхопозитивного содержимого с множественными анэхогенными округлыми включениями диаметром до 5 мм. В верхней трети полости обнаружен деформированный плодный пузырь диаметром 14 мм, желточный мешок 3.1 мм. Неразвивающаяся беременность 5-6 недель. Пузырный занос. На гистологии: увеличенные, гидропические отечные ворсинки, некоторые из которых образуют цистерны с центральными пустотами внутри, а также трофобластической пролиферацией.

Исходя из жалоб пациентки и данных УЗИ, основной диагноз: пузырный занос классический (полный).

Проведена экстренная вакуум-аспирация содержимого полости матки.

Выводы. Пузырный занос – заболевание из группы ГТБ, которое развивается в результате аберрантного оплодотворения. Основными факторами риска являются – материнский возраст и наличие заболевания в анамнезе. Основные методы диагностики – определение уровня ХГЧ и УЗИ органов малого таза. Окончательный диагноз устанавливается в результате подтверждения гистологического исследования плаценты.

СПЕЦИАЛЬНАЯ ВОЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ – БОРЬБА ЗА БЕЗОПАСНОСТЬ РОССИИ И ЕВРОПЫ

Марковский Ю.С., 1 курс, педиатрический факультет

Научный руководитель: д.ист.н., проф. П.В. Акульшин

Введение. 24 февраля 2022г. началась специальная военная операция. Правительством Российской Федерации были сформулированы цели проведения СВО в четкой и лаконичной форме – денацификация и демилитаризация Украины. Причины же начала специальной военной операции перечислялись в большом количестве как официальными представителями органов власти, так и отдельными спикерами политических ток-шоу на федеральных телеканалах. В числе причин были названы многочисленные события, происходящие в разных странах, в разное время и с различными последствиями для участников этих событий. Такое невнятное и несогласованное освещение причин начала специальной военной операции негативно влияет на массовое сознание рядовых «неполитизированных» граждан и оставляет большое пространство для маневра вражеским и недружественным СМИ.

Цель. Сформулировать четкую последовательность событий, вынудивших правительство Российской Федерации начать СВО, дать понятное и доступное не только специалисту в области истории или политологии, но и простому обывателю обоснование.

Материалы и методы. С использованием общелогических и теоретических методов мною были исследованы материалы из официальных открытых источников, труды и статьи, посвященные Нацистской Германии, Соединённым Штатам Америки, Организации Североатлантического договора, СССР, Организации Варшавского договора, Российской Федерации.

Результаты и их обсуждение. По геополитическим итогам Второй Мировой Войны был образован двуполярный мир – западный полюс в лице США с союзными государствами и восточный полюс в лице СССР с союзными государствами. 4 апреля 1949 г. был подписан Североатлантический договор, была создана НАТО. Формально договор создавал систему коллективной безопасности. Фактически, начиная со своего основания, НАТО была ориентирована на противодействие СССР и его союзникам. В 1949 г. СССР и его союзники в Европе создают Совет экономической взаимопомощи – не военную, а экономическую организацию. 31 марта 1954 г. СССР предложил рассмотреть совместно с заинтересованными правительствами вопрос об участии СССР в Североатлантическом договоре, однако эта инициатива была отклонена США и НАТО. В 1955 г. Советский Союз образовал военно-политический блок из государств-союзников (конкретный повод – вхождение в НАТО ФРГ). После распада Советского Союза Российская Федерация предприняла попытку построить отношения с Организацией Североатлантического договора с чистого листа, наладить партнерские и даже союзнические связи. Эта попытка, однако, столкнулась с серьезными проблемами, главной из которых было продвижение альянса на восток, к российской границе. Подобные действия НАТО в сочетании

с твердой позицией официального Вашингтона и Брюсселя о неприемлемости членства России в блоке означали фактически полное исключение российской стороны из процесса принятия решений по вопросам европейской безопасности. Игнорирование со стороны Запада национальных интересов Российской Федерации является созданием угроз безопасности для РФ, населения постсоветского пространства и всей Европы. Девять волн расширения НАТО на восток вплотную к границам РФ, регулярное развязывание и непосредственное участие в целом ряде военных конфликтов – всё это акты военной агрессии. В феврале 2007 г. в рамках своей известной Мюнхенской речи В. В. Путин заявил о неприемлемости для РФ однополярного мира с Соединенными Штатами во главе и о праве России на защиту своих национальных интересов. В декабре 2021г. Российская Федерация предложила США и НАТО предоставить РФ гарантии безопасности. 17 декабря 2021 г. МИД РФ на своем официальном портале опубликовало проекты договоров России с НАТО и США о гарантиях безопасности. Это была очередная попытка Российской Федерации построить мирный равноправный диалог с коллективным западом. После отказа США и НАТО принять требования Москвы 24 февраля 2022 г. Россия начала специальную военную операцию.

Выводы. Специальная военная операция отвечает интересам безопасности РФ и других постсоветских государств, также она отвечает интересам населения Европы, которые по воле их правительства стали заложниками интересов США.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НА РАЗВИТИЕ ФИБРОЗА МИОКАРДА

Соломатина О.С., Медведев А.Р., 4 курс, лечебный факультет

Научные руководители: д.м.н., доц. Т.М. Черданцева, В.В. Шеломенцев

Введение. Фиброз миокарда – процесс, характеризующийся накоплением избыточного количества фиброзной ткани во внеклеточном матриксе миокарда и изменением ее физико-химических свойств. Согласно современным исследованиям, активирующее влияние на фибробласты и миофибробласты миокарда оказывает ангиотензин II. Одной из причин повышения уровня ангиотензина II в плазме крови выступает активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы при развитии гипертонической нефропатии. Имеются клинические исследования, подтверждающие наличие ассоциации между высоким уровнем АТII в плазме крови и более выраженным фиброзом миокарда. Однако в исследованной нами литературе мы не обнаружили данных о взаимосвязи выраженности миокардиального фиброза от выраженности гипертонической нефропатии.

Цель. Оценить зависимость выраженности миокардиального фиброза от выраженности гипертонической нефропатии.

Материалы и методы. Проведено морфологическое и морфометрическое исследование материала, полученного в ходе аутопсии от 47 человек, имевших при жизни диагноз «Гипертоническая болезнь» и не имевших в анамнезе инфаркта миокарда. В гистологических препаратах почки, изготовленных по стандартной методике, производился подсчет количества склерозированных клубочков на всей площади микропрепарата, а также рассчитывался индекс Керногана артерий почки. В препаратах миокарда производился подсчет площади фиброза миокарда. Все случаи были разделены на 3 группы: I группа – склероз до 10,0% клубочков почки (18 человек); II группа – склероз от 10,1% до 20,0% клубочков почки (16 человек); III группа – склероз более 20,0% клубочков почки (13 человек). Морфометрическое исследование осуществлялось при помощи программы «ВидеоТест-Морфология 5.0». Статистическая обработка полученных данных обеспечивалась при помощи программы «Microsoft Excel 2016». Достоверность определялась при помощи U-критерия Манна-Уитни. Данные считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Для оценки взаимосвязи между параметрами использовался корреляционный анализ (r-Пирсона).

Результаты и их обсуждение. При сравнении площади фиброза миокарда был обнаружен достоверный рост данного показателя от I к III группе (I группа – 21,8%, II группа – 30,0%, III группа – 35,8%). Похожая тенденция была обнаружена при подсчете индекса Керногана артерий почки (I группа – 0,27, II группа – 0,34, III группа – 0,48). Проведенный корреляционный анализ выявил положительную корреляцию средней силы между показателями «Процент склерозированных клубочков почки» и «Площадь фиброза миокарда» ($r=0,59$), «Индекс Керногана артерий почки» и «Площадь фиброза миокарда» ($r=0,54$).

Выводы. Существует прямая положительная зависимость выраженности миокардиального фиброза от выраженности склероза клубочков и степени сужения просвета артерий почки.

СТРУКТУРА АНЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Можарова А.А., Розовский М.Д., 4 курс, лечебный факультет

Научные руководители: д.м.н., доц. А.В. Соловьева, к.м.н., доц. С.И. Глотов

Введение. Анемический синдром является серьезной терапевтической проблемой, отягощает течение сопутствующих заболеваний и влияет на прогноз. Изучение структуры анемического синдрома у больных терапевтического профиля является актуальным.

Цель. Изучение частоты анемии среди госпитализированных в отделение неотложной терапии, анализ этиологической структуры анемий, тяжести анемии, гендерных и возрастных особенностей анемий.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 144 пациентов, госпитализированных в отделение неотложной терапии ОКБ за 4

месяца 2022 года: мужчин – 59 (41%), женщин – 85 (59%). Возраст – от 19 до 97 лет (медиана 70 [57; 80] лет). Статистический анализ данных производился с использованием MS Excel 2013 и пакета прикладных программ Statistica 10.0 (Stat Soft Inc., США).

Результаты и их обсуждение. Всего в 2022 году на стационарном лечении в отделении неотложной терапии ОКБ находилось 1202 пациента. Анемия, как основное заболевание была диагностирована у 308 пациентов. Частота госпитализаций по причине анемии в качестве основного заболевания составила 25,6%. Из 144 пациентов у 82 анемия была основным заболеванием (женщины – 57,6%, мужчины – 55,9%), $p > 0,05$. Структура анемий по этиологии: железодефицитная анемия (ЖДА) – 38%, анемия смешанной этиологии – 20%, анемия хронических заболеваний (АХЗ) – 16%, анемия, ассоциированная с онкозаболеваниями – 13%, неуточненной этиологии – 6%, В12-дефицитная – 3%, гемолитическая – 2%, анемия при ХБП – 2%. Среди госпитализированных преобладала анемия тяжелой степени – 51,4%. Анемия легкой степени чаще наблюдалась при АХЗ (38,9%), ЖДА+АХЗ (38,5%), средней тяжести – при В12-дефицитной (37,5%), тяжелой степени – при В12-дефицитной (62,5%), ЖДА (60,3%). Тяжелая степень анемии преобладала у мужчин – 55,2%, легкая степень преобладала у женщин – 29,1%. АХЗ встречалась у 18,8% женщин, у 33,9% мужчин, сопровождалась значимым повышением креатинина ($p = 0,006$) и мочевины ($p = 0,018$). В12 дефицитная анемия встречалась только у женщин – 9,4%. Среднее значение СРБ было выше у мужчин – 75,5 [17,6; 115,9] мг/л, у женщин – 6,8 [2,8; 18] мг/л, $p = 0,001$. Возрастные особенности анемий: у молодых встречалась в 11% случаев, в старческом и пожилом возрасте – по 52% в каждой возрастной группе. В молодом возрасте преобладает легкая степень анемии (63,6%), в среднем, пожилом, старческом возрасте, у долгожителей – тяжелая (от 48,1 до 55,5%).

Выводы. Частота анемии, как основного диагноза составила 25,6% в 2022 году в отделении терапии ОКБ. По этиологической структуре преобладала ЖДА (38%). Преобладала анемия тяжелой степени (51,4%). Среди пациентов с основным диагнозом анемия (82 пациента) тяжелая степень анемии была у 83%. У пациентов с сопутствующей анемией преобладала легкая степень – 58,1%. Гендерные особенности анемии свидетельствуют о преобладании АХЗ у мужчин, что сопровождается значимым повышением уровня СРБ, креатинина, мочевины. В12-дефицитная анемия значимо чаще у женщин ($p = 0,039$). Возрастные особенности анемий характеризуются преобладанием анемий легкой степени у лиц молодого возраста (в основном, у женщин репродуктивного возраста), в среднем, пожилом, старческом возрасте и у долгожителей преобладает анемия тяжелой степени.

ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЭКО

Морозова А.Р., 3 курс, лечебный факультет

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

Введение. Эктопическая беременность в структуре материнской смертности в РФ в 2018 году составляла 4,1%, а в 2020 – 5,8%. В программах ЭКО эктопическая беременность встречается от 2 до 10%, а в общей популяции 1-2%.

Цель. Анализ случаев эктопической беременности у пациенток при применении вспомогательных репродуктивных технологий.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ случаев беременностей, наступивших при ЭКО, по данным клиники «Мать и дитя» города Рязани.

Результаты и их обсуждение. Нами проведён анализ 100 случаев беременности пациенток после ЭКО. Случаи эктопической беременности выявлены у 10 из них (10%). У двух – трубная (2%), у трёх – шеечная (3%), у пяти – в рубце (5 %).

Заслуживает внимания случай эктопической беременности после ЭКО у пациентки Г., 33 лет.

Поступила в экстренном порядке 20.04.23 в гинекологическое отделение медицинского центра “Еламед” после УЗИ органов малого таза с жалобами на ноющие боли внизу живота с диагнозом: Прогрессирующая эктопическая беременность.

Из анамнеза известно, что у пациентки данная беременность четвёртая. Первая из них была замершая на сроке 7 недель, произведён хирургический аборт. Далее пациентка наблюдалась в клинике “Мать и дитя” по поводу бесплодия. Следующие две беременности были эктопическими, одна из которых наступила в естественном цикле на отмену КОК, а вторая – после подсадки эмбриона. В обоих случаях произведены тубэктомии.

При поступлении в плановом порядке была выполнена операция лапароскопическим доступом. При обзорной лапароскопии обнаружено, что матка увеличена за счёт узла по передней стенке до 6 см в диаметре, выраженный спаечный процесс в области её левого угла. После адгезиолизиса в этой области выявлено жидкостное выпячивание синюшного цвета диаметром 2-3 см (эктопическая беременность). Трубы не визуализированы.

Произведено иссечение левого угла матки с плодным яйцом с последующей метропластикой. При гистологическом исследовании диагноз трансмуральной беременности подтверждён. Послеоперационный период протекал без особенностей. Была рекомендована подсадка оставшихся эмбрионов через 1,5-2 года после операции с целью профилактики разрыва матки.

Выводы. Представленный случай демонстрирует эффективную и своевременную помощь пациентке, несмотря на уникальность данной клинической ситуации, когда плодное яйцо было имплантировано в интрамуральном отделе трубы после ЭКО и уже дважды перенесённых тубэктомий при эктопических беременностях.

В данном случае эктопическая беременность после ЭКО наступила скорее всего в результате нарушенной рецептивности эндометрия, что выявлено в анамнезе.

Оставшиеся законсервированные эмбрионы оставляют надежду женщине на получение в скором времени маточной беременности и на рождение такого желанного малыша после проведения реабилитационных мероприятий.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССОМ МОТИВАЦИИ ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ ПОЛИКЛИНИКИ

Назарова Ю.В., 5 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.В. Чвырева

Введение. В современных условиях многие медицинские организации сталкиваются с проблемой дефицита мотивации у собственных врачебных кадров. Недостаточное или неэффективное мотивирование врачей зачастую отражается на качестве предоставляемой медицинской помощи, уровне удовлетворенности пациентов и общей работоспособности коллектива.

Материалы и методы. В исследовании были использованы статистические и аналитические методы, а также данные из государственных статистических отчетов и литературных источников по данной проблеме.

Результаты и их обсуждение. Анализ текущей ситуации позволил выявить первостепенные проблемы, влияющие на мотивацию, такие как:

1. Недостаточная заработная плата приводит к неудовлетворенности и снижению мотивации врачей.
2. Отсутствие возможностей профессионального роста. Медицина постоянно развивается, и врачи должны иметь доступ к обучению и повышению квалификации, чтобы быть в курсе последних медицинских достижений и современных методик лечения.
3. Недостаточное признание вклада сотрудников через награды и премии снижает моральный дух.
4. Недостаточная поддержка и признание со стороны администрации поликлиники приводят к недовольству и снижению энтузиазма у врачей. Важно создать сплоченную команду, в которой каждый чувствует свою ценность для достижения общих целей.
5. Монотонная работа вызывает усталость и снижение интереса у врачей.

На основе анализа литературы и выявленных проблем была разработана модель управления мотивацией врачебных кадров поликлиники. Основные принципы данной модели включают:

1. Внедрение справедливой системы вознаграждений на основе результативности врачей повысит их заинтересованность и мотивацию.
2. Установление четких целей и ожиданий для врачебных кадров создаст ясные ориентиры для работы.

3. Модель должна содержать механизмы, гарантирующие справедливое и достойное финансовое вознаграждение врачам за их труд. Кроме того, необходимо предусмотреть систему стимулов, например, премии за достижение определенных показателей работы или опыта.

4. Обеспечение непрерывного образования и повышения квалификации врачей через конференции и доступ к научным исследованиям.

5. Создание благоприятного профессионального окружения. Модель должна способствовать формированию командного духа, доверия и взаимодействия между врачами. Также важно обеспечить комфортные условия труда, сокращение бюрократических процессов и минимизацию нагрузки бессмысленной документацией.

6. Систематическую оценку эффективности мотивационных стратегий с возможностью корректировок.

Выводы. Таким образом, разработка модели управления процессом мотивации врачебных кадров поликлиники является актуальной задачей для современных медицинских организаций. Решение проблемы мотивации врачебных кадров поликлиники требует комплексного подхода. При этом необходимо учитывать особенности каждого медицинского учреждения и адаптировать модель к конкретным условиям работы врачей в поликлинике.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ IDR ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ КОСТНЫХ ДЕФЕКТАХ В ЭСТЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ЗОНЕ

Николаев Н.А., 3 курс, стоматологический факультет
Научный руководитель: М.М. Мазлум

Введение. Проблема важности эстетического результата занимает лидирующее место среди стоматологических пациентов. Длительное отсутствие зуба в эстетически значимой зоне после его удаления приводит к неизбежной дальнейшей убыли объема костной ткани как по горизонтали, так и по вертикали, наряду с которой происходит деградация прикрепленных кератинизированных мягких тканей. Убыль костной ткани в области стенок лунки во фронтальном отделе возникает по следующим **причинам**:

1. анатомическая особенность – тонкая кортикальная пластинка, состоящая в большем своем объеме из пучковой кости;

2. воспалительные процессы.

Главными **задачами** врача стоматолога-хирурга в подобных случаях являются:

1. минимизация количества хирургических вмешательств;

2. сохранение параметров костных и мягкотканых структур.

Материалы и методы. Методика IDR представляет собой хирургическую манипуляцию, которая включает в себя следующие шаги:

1. атравматичное удаление зуба;

2. сверление по протоколу (с или без использования реверсивных сверел Densah Burs);

3. забор костного трансплантата, придание ему нужных размера и формы, позиционирование в область дефекта и стабилизация;

4. установка имплантата в ортопедически заданной позиции;

5. паковка аутогенной костной стружки, также взятой с бугра, в пространство между поверхностью имплантата и размещенным графтом;

6. фиксация провизорной коронки на винтовой фиксации с правильным профилем прорезывания;

7. 3-4 месяца ношения временной конструкции для полного заживления и формирования десневой манжеты.

2-4 этапы могут варьироваться и меняться местами в зависимости от клинического случая.

Преимущества аутогенного графта с бугра:

а) Возможность получить любой вид аутогенного трансплантата: соединительно-тканый, кортикальный, кортикально-губчатый, костную стружку, трипл-графт.

б) Простота забора.

с) Высокое содержание бластных жизнеспособных клеток и факторов роста.

д) Высокий потенциал реваскуляризации.

В отличие от ксенографта, трансплантат с бугра способствует протеканию трех процессов: остеогенеза, остеоиндукции и остеокондукции.

Было проведено 2 операции со схожими клиническими случаями.

Результаты и их обсуждение. В отдаленном периоде наблюдаются успешные эстетические и функциональные результаты, а именно: восстановление костных структур альвеолярного гребня и рост костной ткани в объеме, сохранение и улучшение исходного состояния мягких тканей, стабильность десневой манжеты вокруг имплантата с зафиксированной ортопедической конструкцией.

Выводы. Методика эффективна, состоятельна в долгосрочном периоде.

БОЛЕЗНЬ ЛЕВА-ЛЕНЕГРА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ

Ножов Г.В., 6 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: д.м.н., доц. К.Г. Переверзева

Введение. Болезнь Лева-Ленегра – двухсторонняя прогрессирующая внутрижелудочковая блокада (идиопатический двухсторонний фиброз ножек пучка Гиса) (Л.А. Бокерия, 2010 г.). Она является одной из причин возникновения жизнеопасных брадиаритмий и внезапной сердечной смерти и практически всегда приводит к необходимости имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС). Заболевание несвоевременно диагностируется, поскольку большинство врачей рассматривают нарушения

проводимости сердца как следствие другой патологии сердца. Достоверных сведений о распространенности болезни Лева-Ленегра нет. Считается, что в развитых странах на 100 тысяч жителей выполняется не менее 15 имплантаций ЭКС по поводу этой болезни.

Материалы и методы. Поиск клинических случаев производился при помощи баз PubMed, Elibrary и Google Scholar по запросам «Lenegre disease», «Lev disease» и «Lev Lenegre disease». Было найдено 206 статей, в итоговый анализ включено 8 статей. Статистическая обработка проводилась при помощи Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Были проанализированы данные 10 пациентов: 6-ти мужчин и 4-х женщин (медиана возраста – 21 год [5,0; 34,5]). Среди них один пациент не отмечал никаких жалоб; 4 отмечали головокружение; 3 – слабость; 2 – приступы внезапного крика; в единичных случаях – приступы бледности, вялости, синкопы и онемение лица. При осмотре у 7 пациентов была выявлена брадикардия, у 3 – систолический шум по левому краю грудины, в единичных случаях – раздвоенный пульс над сонной артерией, 4 тон на верхушке сердца, нерегулярная частота сердечных сокращений, расщепление 2 тона. 3 пациента – без особенностей.

У 3 пациентов уже были установлены: атриовентрикулярная (АВ) блокада 1 степени (3 пациента), эпизоды АВ-диссоциации (2), полная блокада левой ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ) (1), трёхпучковая блокада (1), АВ-блокада 2:1 (1). У 4 пациентов нарушения проводимости были выявлены впервые: полная блокада правой ножки пучка Гиса (2), полная АВ-блокада (2), АВ-блокада 1 степени (1), ПБЛНПГ (1), АВ-блокада 2:1 (1), блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса (1). У 2 пациенток детского возраста отмечалось значительное отклонение оси сердца влево, что может расцениваться как эквивалент ПБЛНПГ. У одной пациентки детского возраста по данным холтеровского мониторирования – небольшое транзитное удлинение интервала PR. В динамике у пациентов – ухудшение АВ-проводимости. Диагноз устанавливался по наличию прогрессирующего ухудшения АВ-проводимости. У одной пациентки детского возраста диагноз был установлен исходя из семейного анамнеза и генетического анализа. У 7 пациентов был установлен ЭКС. 2 пациента скончались. У одного пациента исход неизвестен.

Выводы. Наиболее частыми жалобами при болезни Лева-Ленегра являются головокружения и слабость. Чаще всего она проявляется брадикардией. Электрокардиографическим признаком, который может свидетельствовать о данной патологии, является прогрессирующая внутрижелудочковая блокада, приводящая к полной АВ-блокаде.

ОТГОЛОСКИ ПРОСВЕЩЕНИЯ: ХУДОЖЕСТВЕННАЯ КОЛЛЕКЦИЯ ЕКАТЕРИНЫ II ИЗ СОБРАНИЯ ЭРМИТАЖА

Павленко О.Г., Шинаков В.И., 1 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.и.н., доц. О.А. Клеймёнова

Введение. Вдохновленная идеями Просвещения, Екатерина II стремилась модернизировать Россию, считая искусство и культуру мощными инструментами для достижения этой цели. Императрица заказывала произведения искусства со всех уголков Европы, отдавая предпочтение таким уважаемым художникам, как Рембрандт, Да Винчи, Вермеер и многим другим. В Санкт-Петербурге в период с 1754 по 1762 годы гениальным архитектором Варфоломеем Варфоломеевичем Растрелли (1700–1771) было возведено величественное здание Зимнего дворца, который впоследствии стал официальной резиденцией русских императоров. По указанию Екатерины II в 1764 году к Зимнему дворцу было прилегающим строительством добавлено еще одно произведение архитектуры – Эрмитаж, ставший хранилищем частной коллекции императрицы. Екатерина II была активным коллекционером. Она приобретала произведения искусств со всей Европы. Коллекция Эрмитажа включает произведения искусства разных стран и художественных школ. Статья имеет актуальность как для изучения истории искусства, так и для более широкого анализа культурного развития России и Европы в период Просвещения.

Материалы и методы. Исследование основывается на данных литературных материалов, сайтов сети интернет. Методы исследования: системный подход и сравнительный анализ, метод индукции и дедукции.

Результаты и их обсуждение. История Эрмитажа начинается с 1764 года, когда в Зимний дворец была доставлена коллекция картин, приобретенная у берлинского купца И.Э. Гоцковского. Эта крупная коллекция включала 225 картин, преимущественно фламандских и голландских художников, а также несколько произведений итальянских мастеров XVII века. Среди наиболее выдающихся произведений в коллекции можно отметить "Портрет молодого человека с перчаткой в руке" Франса Хальса и "Гуляки" Яна Стена. Коллекция пополнялась и благодаря выдающимся искусствоведам, среди которых были известные французские философы-просветители, а также служащие русской дипломатической службы, выполнявшие функции «культурных» агентов. Например, князь Дмитрий Алексеевич Голицын (1734-1803), представитель России, сначала во Франции, а затем в Голландии, был знаком с Вольтером, Дидро, Монтескье и Даламбером. Дружба князя с Этьеном-Морисом Фальконе сыграла важную роль в привлечении скульптора в Петербург. Благодаря Голицыну Эрмитаж пополнился множеством замечательных произведений. Одной из самых впечатляющих покупок Дмитрия Алексеевича стало известное полотно Рембрандта ван Рейна «Возвращение блудного сына», приобретенное в 1767 году в Париже, которое и по сей день является одной из «жемчужин» Эрмитажа.

В 1768 году была приобретена дрезденская коллекция картин графа Г. Брюля. Эта коллекция была продана наследниками, и поэтому в России оказалось более шестисот картин. Граф Брюль, советуясь с лучшими специалистами своего времени в области искусства – К.Г. фон Хейнекеном, использовал услуги агентов короля, чтобы создать коллекцию известных картин. Среди этих шедевров можно увидеть полотна Рембрандта "Портрет ученого" и "Портрет старика в красном", Рубенса "Персей и Андромеда", работы Пуссена "Снятие с креста" и Ватто "Затруднительное предложение", а также пейзажи Рейсдаля. В состав этой коллекции в Эрмитаж поступила серия видов Дрездена и Пирны, которую заказал граф итальянскому художнику Белотто. Особый интерес вызывает итальянское полотно Тьеполо "Меценат представляет Августу свободные искусства", написанное около 1745 года для графа Альгаротти и подаренное графу Брюлю.

Екатерина II была известна своим увлечением коллекционировать геммы и страстью к антикам. На протяжении ее царствования великий Эрмитаж стал домом для более чем десяти тысяч антик. Взирая на эти сокровища, сама Екатерина могла с гордостью заявить: "Все сорища Европы, по сравнению с нашим, представляют собой не более, чем детские игрушки".

Одним из самых важных приобретений для Эрмитажа стала покупка коллекции Пьера Кроза. По заказу Екатерины II после смерти барона Кроза Дени Дидро, известный просветитель и автор энциклопедии, совместно с Фридрихом Мельхиором Гриммом, литератором и другом Дидро, а также с поддержкой Д. А. Голицына, российского посла во Франции, и Франсуа Троншена, женева коллекционера, удалось договориться с наследниками Тьера о покупке большей части его коллекции картин для Картинной галереи Императорского Эрмитажа в 1772 году без проведения аукциона. Покупка коллекции, которая длилась полтора года, завершилась сделкой по цене 460 000 ливров. В художественное собрание, приобретенное для императрицы, вошли работы таких знаменитых художников, как Рафаэль, Микеланджело, Джорджоне, Тициан и Рембрандт. Коллекция также включала полотна Рубенса, в том числе известные произведения, такие как "Вакх", "Портрет камеристки инфанты Изабеллы" и др., а также эскизы, созданные Рубенсом для Люксембургского дворца в Париже. Ван Дейк был представлен полотном "Неверие Фомы" и шестью портретами, включая автопортрет художника.

Следующим важным приобретением стала коллекция Роберта Уолпола, известного коллекционера XVIII века. Известие о намерении Джорджа Уолпола продать императрице Екатерине II собрание его знаменитого деда *Роберта Уолпола* стало в Англии сенсацией. Это собрание стало основой для представления итальянской живописи XVII века в Эрмитаже. Коллекция включала полотна Джордано, Г. Рени и С. Роза, Рубенса и Ван Дейка. Такие великие художественные произведения, как "Мадонна с куропатками", а также работы Снайдерса, стали частью Эрмитажной коллекции. Кроме того, Эрмитаж также приобрел шедевры других художников, включая Пуссена, Мурильо и Рембрандта.

Выводы. Покровительство Екатерины II искусству было символом просветительских идеалов разума, исследования и превознесения красоты. Ее инициатива по хранению огромной коллекции произведений искусства служила не только культурным, но также дипломатическим и символическим целям. Однако характер коллекции отражает во многом личные вкусы русских государей или тех коллекционеров, собрания которых целиком вошли в состав Эрмитажа. Много столетий спустя научное сообщество получило огромную выгоду от огромного количества информации, которую можно было почерпнуть из этих произведений искусства: от изучения исторических практик живописи до проверки подлинности произведений искусства. Коллекции Эрмитажа – это отражение и вкусов императрицы, и взглядов, ценностей эпохи Просвещения, академическое любопытство и художественное понимание.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ КРОНАРНЫХ СОСУДОВ. МЕТОД "ПОВЕРХНОСТНОЙ ВАСКУЛЯРНОЙ КАРТЫ"

Пемуров К.К., 2 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.с.-х.н. Т.А. Линник

Введение. Изучение вариантов анатомии коронарных сосудов связана как с практическим значением – хирургические операции, особенности диагностики и катетеризации коронарных сосудов, так и с теоретическим изучением сосудов сердца – создание программ для анализа гемодинамики органа, учет и выбор тактики будущей операции, возможность детального изучения анатомии коронарных сосудов.

Материалы и методы. Литературные источники различных авторов. Трупный материал из морга ГБУ РО «Городская клиническая больница №11» и созданные с помощью этого материала васкулярные карты.

Результаты и их обсуждение. В 1978 году А.А. Лиллосон в работе «Варианты анатомического строения венечных артерий на основе данных коронарографии» выделил основные варианты коронарных артерий, основываясь на количестве ветвей, особенности архитектоники и на доминировании в кровоснабжении. Он выделил несколько основных видов: правокоронарный, левокоронарный и равноценный варианты. Позднее И.В. Гайворонский в работе «Вариантная анатомия архитектоники венечных артерий» подтвердил и описал варианты коронарных артерий и их особенности. Мы в своей работе используем метод «васкулярной карты». Сердце, предварительно зачищенное от перикарда, жировых отложений, а также с удалением магистральных сосудов, разрезается скальпелем по венечной борозде и по задней межжелудочковой борозде. Далее сердце разворачивается в плоскости. После этого сверху кладется копировальная калька толщиной 0,8 мм, и карандашом с поверхности сердца последовательно срисовываются коронарные артерии по их ходу. Далее с кальки переносятся на бумагу. Подсчитывается количество коллатералей и ответвлений каждой артерии на

карте и на сердце. Если количество ветвей преобладает у правой, мы делаем вывод о правокоронарном кровоснабжении (аналогично у левой), если же количество ветвей равно, мы делаем вывод о равноценном типе. В исследовании было рассмотрено 15 сердец обоих полов, возрастом от 59-69 лет без заболеваний сердца. По результатам правокоронарный тип преобладает – 85% (в исследованиях других авторов 77,3%), левокоронарный вариант – 4,8% (в исследованиях других авторов 8,36%) и равноценный 10,2% (в исследованиях других авторов 14,1%). Полученные данные работы совпадают с данными других исследователей. Метод "поверхностной васкулярной карты" имеет плюсы и минусы:

- Простота и легкость использования. Не требует технического оснащения.

- Точность в обозначении анатомических структур и сосудов. Возможно рассмотреть только поверхностные структуры.

- Возможен только для неживых объектов и наглядно иллюстрирует анатомические структуры.

Выводы. Изучили вариантную анатомию коронарных сосудов с помощью метода "поверхностной васкулярной карты" и сравнили данные с работами других исследователей.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ДИСПЛАЗИЙ

Потапова В.А., 6 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: д.м.н., доц. Н.Д. Мжаванадзе

Введение. Врожденные венозные дисплазии – это порок развития сосудов, являющийся результатом нарушения нормального формирования и развития сосудистой стенки в эмбриогенезе. Число больных с венозными мальформациями относительно общего количества пациентов с ангиодисплазиями составляет около 54,2-60,0%; преимущественно патологический процесс локализуется на нижних конечностях. Эндovasкулярное лечение с применением различных вариантов эмболизации и склеротерапии в настоящее время признается как наиболее предпочтительная лечебная опция в лечении большинства венозных дисплазий.

Материалы и методы. Пациентка, 40 лет, поступила 20.05.2023 в ОСХ Клиники РязГМУ с диагнозом: Врожденная венозная дисплазия правой нижней конечности с целью принятия решения о возможности проведения ЭВЛК в зоне диспластического ангиоматоза. Жалобы на момент осмотра на отёк и тяжесть в ноге, эпизодические кровянистые выделения из зоны диспластических вен/ангиоматоза. Из анамнеза: больна с детства, в марте 2021 г. – ЭВЛК диспластических вен на правой н/к в НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, гладкие и бугристые сосудистые пятна по типу «географической карты» винного цвета по

переднелатеральному краю правой ноги, асимметрия конечности, данных за патологию других органов и систем нет.

УЗДС вен н/к при поступлении: на правой н/к СПС дилатировано, МПВ расширена в в/3 правой голени, сообщается с эмбриональной веной по латеральной поверхности правого бедра, последняя варикозно трансформирована, расширена, с признаками перенесенной ЭВЛК и вероятного перенесенного тромбофлебита, принимает варикозно трансформированные притоки.

Результаты и их обсуждение. 20.05.2023 в ОСХ Клиники РязГМУ было выполнено под тумесцентной анестезией модифицированным раствором Клайна ЭВЛК проксимального отдела МПВ и двух участков диспластических вен на правой н/к, 1940нм, общая энергия 3192Дж. Вмешательство прошло в штатном порядке. В конце – эниксум 0.4мл п/к. Гемостаз. Ас. наклейки. Компрессионный трикотаж 2 класса. В послеоперационном периоде возник тромбофлебит подкожных вен в зоне вмешательства, купированный приемом ксарелто 10 мг 45 дней, ибупрофен 200 мг 2 р/день в течение 5 дней, эластическая компрессия. При контрольном УЗИ – достигнута удовлетворительная облитерация участков диспластических вен, подвергшихся ЭВЛК. Ангиоматозные изменения – с положительной динамикой. Выписывается в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение по месту жительства с рекомендациями.

Стоит обратить внимание, что предпочтение отдается именно мини инвазивной технике ЭВЛК с использованием диодного лазера с длиной волны 1940 нм., т.к. именно данная методика гарантирует более эффективные результаты ЭВЛК при использовании меньшей мощности воздействия. Это снижает послеоперационные осложнения, сокращает период восстановления пациента и обеспечивает более высокие показатели лечения.

Выводы. Данное клиническое наблюдение демонстрирует, что диагноз врожденная венозная дисплазия вовсе не приговор, именно благодаря развитию мини инвазивных методик лечения, обладающих низкой вероятностью развития послеоперационных осложнений, результативностью в лечении сосудистых заболеваний, минимальной травматичностью, короткой реабилитацией и замедлением прогрессирования признаков ХВН.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛИЧНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ В ГОРОДЕ

Пышкина М.С., 2 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: О.А. Посевкина

Введение. Получая информацию о чрезвычайных ситуациях (ЧС) в том или ином уголке планеты, каждый из нас задавался вопросом, как бы он повел себя, окажись в условиях землетрясения, наводнения, взрыва, военных действий и т.д.

Исследования показывают, что в ЧС люди теряют психологическую устойчивость: они не знают правил поведения в конкретной ситуации, теряют

контроль над своими действиями и поддаются воздействию различных негативных факторов.

Цель. Выявить информированность и готовность населения разных возрастных групп к действиям в ЧС.

Материалы и методы. Анкетирование респондентов разных возрастных групп, проживающих в данный момент в г. Рязани, проводилось с помощью программного обеспечения для опросов Google Формы. Опрос прошли 172 человека в возрасте от 16 до 70 лет (из них 72% – женщины, 28% – мужчины). Им был предложен авторский опросник из 15 вопросов, позволяющих оценить поведение респондентов в условиях ЧС в городе. Респонденты разделены на 3 категории по возрастному принципу: школьники (16-18 лет), студенты (18-22 года) и взрослые (23-70 лет).

Результаты и их обсуждение. С сигналом "Внимание всем"- знакомы 95,3% населения.

После подачи сигнала "Внимание всем" 89% (153 чел.) респондентов выполняют действия в соответствии с рекомендациями МЧС, 11% (19 чел.)- собираются звонить родным и знакомым, а также выйдут на улицу посмотреть, что случилось.

Неоднозначность восприятия ситуации обозначается при анализе рекомендаций по поведению населения в ЧС. Памятка для населения, разработанная МЧС и размещенная в прессе, содержит порядок действий только до выхода из помещения, «...покинуть помещение и направиться в ближайшее укрытие». Адрес ближайшего укрытия известен 3,5% респондентов (6 чел.), 96,5 % (166 чел.) не знают, что надо делать после выхода с вещами на улицу.

74,4% (128 чел.) респондентов разных возрастных групп считают оптимальным укрытие в городском убежище, 20,9% (36 чел.) укрытие в нижних этажах зданий, подвалах, подземных переходах и т.п.; 4,7% (8 чел.) самостоятельное перемещение в загородный дом (дачу).

Выводы. Программы организации личной безопасности при ЧС недостаточно отработаны во всех возрастных группах населения г. Рязани, но респонденты старшей возрастной группы более подготовлены к длительному пребыванию вне дома, собрав минимально необходимый набор вещей и принадлежностей. Наименее информированы и готовы к правильным действиям в условиях ЧС молодые люди 18-20 лет, а большинство школьников и вовсе считают самыми необходимыми предметами при эвакуации телефон и зарядное устройство.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Родюкова В.О., Ляхович О.Л., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: д.м.н., проф. С.С. Якушин

Введение. Эпистенокардитический перикардит возникает, как правило, в первые-третьи сутки острого периода инфаркта миокарда. В отдельных случаях характер боли таков, что ее принимают за проявление рецидива ИМ. Выпот в полость перикарда возникает редко, но в настоящее время экссудативный перикардит в ранние сроки ИМ стал возникать чаще и проявляться одышкой, ортопное, набуханием вен шеи.

Материалы и методы. Для написания работы анализировалась история болезни пациента ГБУ РО ОККД.

Результаты и их обсуждение. Пациент С., 44 лет, 26.02.2022 впервые отметил возникновение сжимающей боли за грудиной волнообразного характера, возникновение страха смерти. На ЭКГ зарегистрирован подъем сегмента ST в отведениях I, II, aVL, V2-V6. Качественные тропонины положительные. Поставлен диагноз: ОКС с подъемом сегмента ST 26.02.2022 Killip I. Ожирение I ст. Псориаз.

В приёмном покое дан тикагрелор 180 мг однократно, пациент направлен в рентгеноперационную для проведения экстренной коронароангиографии с возможной реваскуляризацией миокарда. Тропонин колич. – 4,54 нг/мл (норма до 0,02 нг/мл), КФК – 722 Ед/л, КФК-МВ – 62 Ед/л.

Выполнены проводниковая реканализация, ЧТКА и эндопротезирование зоны окклюзии ОА стентом 2,5-24 мм. Проведена ЧТКА ВТК.

На 1-е сутки ИМ пациент жалоб не предъявляет. Данные за предшествующую вирусную, в том числе, кишечную инфекцию больной отрицал. На 2-е сутки ИМ появились жалобы на одышку. Болей в сердце нет. ЭКГ: данных за распространение зоны ИМ не получено. На ЭхоКГ выявлен гидроперикард неустановленной этиологии. 01.03.22 в лечении при двойной антиагрегантной терапии АСК временно отменена. Назначен ибупрофен.

Учитывая отсутствие данных за гемоперикард вследствие диссекции КА во время ЧКВ, а также сохраняющуюся высокую активность СРБ > 48 мг/л (2 раза), не исключается иммуновоспалительный генез перикардита неясной этиологии. В связи с чем рекомендовано КТ легких и средостения (для дифференциальной диагностики с раком/ туберкулезом) и решением консилиума назначен преднизолон 40 мг в сутки. На полученных РКТ ОГК в лёгких изменений очагового и инфильтративного характера не выявлено, в полости перикарда содержимое низкой плотности (гидроперикард).

На 11.03.22 одышка при физической нагрузке не беспокоит. На основании раннего возникновения (на 1-е сутки от дебюта ИМ), при исключении синдрома Дресслера и других причин больному выставлен диагноз эпистенокардитического экссудативного перикардита. С учетом явной положительной

клинической и ЭХО-КГ динамики доза преднизолона уменьшена, назначен колхицин 0,5 мг 2 раза в день на 3-4 недели.

Выводы. В данном случае у больного с ИМ эпистенокардитический перикардит установлен на основании:

1. Возникновения на вторые сутки ИМ с исключением перфорации КА;
2. Исключения «раннего» синдрома Дресслера, возникающего через 7 и более суток;
3. Исключения других причин перикардита (вирусный генез, онко- и туберкулёзная этиология);
4. Положительного результата ГКС терапии *ex juvantibus*, назначенной решением консилиума.

НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ И КОМПУЛЬСИВНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ: ИЗУЧЕНИЕ СТИЛЕЙ ПРИВЯЗАННОСТИ И ПАРАМЕТРОВ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Сафаева Г.К., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: д.м.н., проф. А.В. Меринов

Введение. Как известно, привязанность и сексуальность находятся в тесной взаимосвязи, влияя на множество сфер жизни, что в первую очередь касается женщин. Обзор научных исследований показал, что женщины с расстройствами пищевого поведения (РПП) часто имеют неуверенный стиль привязанности, характеризующийся множественными трудностями в установлении близких отношений. Также известно, что РПП значительным образом влияют на сексуальную жизнь женщин, приводя к проблемам с образом тела и сексуальным влечением. Изучение стилей привязанностей и сексуальности может обеспечить более полное понимание факторов, способствующих предотвращению развития РПП.

Материалы и методы. Обследовано: 61 женщина с компульсивным перееданием (КП), 22 женщины с нервной булимией (НБ). Контрольная группа составила 72 женщины. Средний возраст составляет 21 ± 3 лет. Проанализированы стили привязанности (опросники ASQ, RSQ), параметры сексуальной функции у женщин (опросник FSFI), паттерн пищевого поведения (опросник DEBQ). Математическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS-Statistics.

Результаты и их обсуждение. Женщины с НБ по сравнению с девушками с КП в большей степени проявляют ограничительный паттерн питания (DEBQ), чаще испытывают дискомфорт от близости, определяют отношения как второстепенное явление. В отношении стиля привязанности определяется в большей степени тревожно-избегающий тип (RSQ) и в меньшей степени избегающий стиль привязанности (RSQ). Женщины с НБ по сравнению с контрольной группой в два раза чаще проявляют ограничительный и имеют эмоциогенный паттерн питания (DEBQ), чаще контрольной группы сталкиваются с дискомфортом от близости и определяют второстепенность

отношений, нуждаются в потребности в одобрении и в большей степени имеют избегающий тип привязанности (ASQ). Девушки с КП в сравнении с контрольной группой в полтора раза чаще используют ограничительный, эмоциогенный и в меньшей степени экстернальный паттерн пищевого поведения (DEBQ). Данная исследуемая группа значительно чаще ищет одобрения, использует тревожный тип привязанности (ASQ), и имеет тревожный стиль привязанности (RSQ). Достоверных различий при анализе данных респонденток с НБ и КП в тесте, направленном на женскую сексуальность (FSFI), выявлено не было. Результаты проведенного исследования подтверждают статистически значимую разницу в показателях типов привязанности и паттернов пищевого поведения. Исследование подтвердило отсутствие статистически значимой разницы в показателях опросника сексуальной функции во всех сравниваемых группах.

Заключение. Все респонденты, имеющие расстройство пищевого поведения (НБ и КП), имеют различия в типах привязанности (никто не склонен к безопасному типу, к избегающему склонны респонденты с НБ, к тревожному склонны респонденты с КП), характерные изменения в паттернах пищевого поведения и не имеют различий в параметрах сексуальной функции. Полученные данные расширяют существующие знания в отношении РПП, что может позволить подобрать индивидуальный подход в терапии.

ВОЗМОЖНОСТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОВУЛЯЦИИ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

Светцова А.М., 3 курс, лечебный факультет

Научные руководители: к.м.н., доц. Т.В. Тазина, д.б.н., проф. О.В. Баковецкая

Введение. В настоящее время планирование беременности является острой медицинской и социальной проблемой во всем мире. Для успешного зачатия женщине необходимо отслеживать день овуляции, что зачастую является сложностью для жительниц поселков и маленьких населенных пунктов, в связи с отсутствием необходимого медицинского оборудования. В работе представлены результаты отслеживания дня овуляции аппаратным методом по слизистым выделениям.

Материалы и методы:

1. Медицинская документация.
2. Анализ статистических данных.
3. Данные литературы.
4. Научное обобщение.

Результаты и их обсуждение. Уровень гормонов и динамика их изменения в течение менструального цикла являются важными показателями здоровья женщины, и по ним можно определить день овуляции. Представленный в работе метод основан на мониторинге полярной проводимости слизистых выделений на протяжении менструального цикла. При контакте выделений с электродами датчика фиксируются изменения их электрических свойств, которые

коррелируют с концентрацией специфических гормонов в крови. Анализ полученных данных, в частности выявление пикового значения проводимости, позволяет с высокой достоверностью установить момент овуляции. Для реализации метода разработано устройство, включающее датчик с электродами, схему обработки сигнала (содержащую блок выделения полезного сигнала на основе нагрузочного резистора, повторителей и конденсатора, а также блок аналого-цифрового преобразования), цифровой индикатор и источник питания.

В эксперименте участвовала группа женщин, отслеживающая наступление дня овуляции с помощью аппарата, тест-полосок и УЗИ. Далее приведены результаты исследования.

В среднем наступление овуляции у контрольной группы приходилось на 11-16 день цикла, при этом тест-полоски отклонялись от значений аппарата на 1-2 дня. Испытуемые проходили УЗИ в качестве контроля результата, во всех случаях результаты аппарата были подтверждены и признаны верными.

Выводы. Таким образом, своевременное выявление времени овуляции посредством анализа слизистых выделений с использованием специального аппарата представляет собой высокоточный и удобный метод для планирования зачатия. Для здоровых пар это возможность повысить вероятность наступления беременности естественным путем, учитывая, что оплодотворение невозможно вне овуляторного окна.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У КРЫС В ПОСТРЕССОРНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ДЕЙСТВИИ ПОЛИСАХАРИДА ЦВЕТКОВ КАЛЕНДУЛЫ

Северюков А.В., Устинова А.Н., Утарбаева А.С., 3 курс, лечебный факультет

Научные руководители: Д.С. Ванина, д.м.н., проф. Ю.Ю. Бяловский

Введение. Регулярные стрессовые нагрузки могут приводить к различным патологическим состояниям, примерами которых могут служить сердечно-сосудистые заболевания, эндокринные расстройства, нарушения работы выделительной и пищеварительной систем. Иммунная система становится ключевым механизмом защиты организма от негативных воздействий стресса. Сила изменений ответных реакций напрямую зависит от тяжести стрессовых воздействий, поэтому в зависимости от степени стресса иммунологические процессы могут как угнетаться, так и, напротив, стимулироваться.

Стрессовые ситуации могут привести к дисбалансу нейроиммунных взаимодействий, которые можно наблюдать во время действия экстремальных факторов, вызывающих стресс, или после их окончания. Главной задачей иммуномодулирующих веществ являлось снижение степени или предотвращение негативных расстройств, вызванных стрессом.

Одним из веществ иммуномодулирующего действия является выведенный из цветков календулы полисахарид (ПС) – соединение природного происхождения, обладающее биологической активностью, являющееся

компонентом растительной клетки. Исследования показывают, что полисахарид календулы стимулирует иммунные процессы, влияет на активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового комплекса.

Тема нейрогуморальных механизмов стресса вызывает большой интерес, но многие аспекты до сих пор остаются нерешенными. Мы все еще имеем недостаточно знаний о физиологических изменениях организма, происходящих после пережитого стресса, и об их стадиях. Отсутствуют данные о том, каким образом корригирующее воздействие ПС влияет на гематологические показатели крыс в постстрессорном периоде, не установлена связь между изменениями системы крови после использования ПС при однократной и продолжительной стрессовой ситуации.

Цель. анализ динамики гематологических параметров у крыс в ответ на введение полисахарида цветков календулы после однократного и длительного стресс-тестов.

Материалы и методы. Опыт поставлен на 20 самцах крыс породы Вистар с массой тела 180 ± 40 г.

Для проведения эксперимента были сформированы две группы по 10 особей в каждой. Животные обеих групп подверглись однократному длительному стрессу, заключающемуся в 24-часовой иммобилизации в индивидуальных пластиковых пеналах (рестрейнерах). После завершения стрессовой нагрузки крысам была сделана однократная внутрибрюшинная инъекция: первой группе ввели физиологический раствор (ФР, 1 мл), а второй группе 5% водный раствор полисахарида цветков календулы (100 мкг/кг ПС в 1 мл ФР). Животные, которым был введен физиологический раствор после стрессорной нагрузки (группы 1), служили «активным контролем» для крыс, получавших ПС (группы 2).

Гематологические показатели анализировались у крыс, подвергнутых экспериментальному стрессу с последующим введением ПС – через 3 ч (1 и 2 группы), 1 сутки (1 и 2 группы).

Клеточный состав крови измерили с использованием автоматического гематологического анализатора в мазках крови, используя для подсчета клеток программное обеспечение «ImageJ».

Результаты и их обсуждение. Полисахарид, выделенный из цветков календулы, принадлежит к классу пектиновых веществ, поэтому при пероральном его введении после стрессорного воздействия изменяется клеточный состав крови, и макроскопически можно наблюдать изменения в органах пищеварения. Количество кровяных клеток было измерено с использованием гематологического анализатора URIT-5160. При анализе результатов было выявлено изменение гематологических показателей, увеличение числа лейкоцитов, что является характерным признаком стресс-лимфопении, анэозинофилии и нейтрофилеза.

Выводы. Благодаря высокой биологической активности полисахаридов при введении в организм животного они могут быть применены для лечения различных патологических состояний. Следовательно, полисахарид календулы можно использовать в качестве протективного средства для восстановления структуры и функций кроветворных органов после стрессовых ситуаций.

ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ И УМЕНИЯ ОКАЗЫВАТЬ ПЕРВУЮ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШЕМУ ЧЕЛОВЕКУ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ Г. РЯЗАНИ

Софронова А.И., Смирнова Е.А., 3 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: В.И. Оберешин

Введение. Навыками оказания первой помощи должен владеть каждый человек вне зависимости от уровня образования. Связано это с тем, что зачастую чрезвычайные ситуации случаются, когда медицинского работника нет рядом, и первую помощь вынужден оказывать тот, кто непосредственно контактирует с пострадавшим. При этом вне стен лечебного учреждения медицинские работники могут оказать только первую помощь нуждающимся гражданам в связи с отсутствием в такой ситуации медицинского снаряжения.

«Платиновые 10 минут» или «золотой час» – так называют время, когда помощь, оказанная пострадавшему, является эффективной. Если это время упущено, то не менее 30% пострадавших, имеющих совместимые с жизнью повреждения, как правило, погибают. Поэтому готовность медицинского работника оказывать первую помощь пострадавшему вне стен медицинского учреждения так важна.

Цели:

1. Изучить мотивацию медицинских работников лечебного учреждения в желании оказывать первую помощь вне рабочего места.
2. Оценить знания и умения в оказании первой помощи и проведении сердечно-легочной реанимации медицинскими работниками лечебного учреждения.

Материалы и методы:

- 1) Разработан опросный лист в виде анкеты.
- 2) Проведен анонимный опрос медицинских работников лечебного учреждения, в ходе которого им предложили пройти анкетирование, состоящее из 2 блоков: паспортные вопросы (возраст, образование) и вопросы, определяющие субъективный уровень мотивированности и уровень подготовки в оказании первой помощи и проведении базовой сердечно-легочной реанимации.

Вопросы анкеты: Уровень мотивированности и уровень подготовки в оказании первой помощи и проведения базовой сердечно-легочной реанимации:

1. Есть ли у Вас желание оказывать первую помощь любому гражданину вне работы?
2. Считаете ли Вы, что вне работы обязаны это делать по призванию?
3. Вы умеете оказывать первую помощь?
4. Вы умеете проводить базовую сердечно-легочную реанимацию?
5. Где Вы этому научились?
6. По оказанию первой помощи и проведению базовой сердечно-легочной реанимации Вы изучали:
 - а) только теорию;

б) теорию и практику?

Паспортные вопросы:

7. Укажите свой возраст.

8. Укажите уровень образования.

Данные обрабатывали в программе Microsoft Excel 2019.

Результаты. Всего в опросе приняли участие 77 медицинских работников: 33 имели высшее образование и 44 – среднее.

Распределение голосов:

1. Медицинские работники с высшим образованием в большей степени готовы оказывать первую помощь (90%), чем со средним специальным образованием (77%).

2. Медицинские работники с высшим образованием в большей степени считают, что обязаны оказывать первую помощь (93%), чем со средним специальным образованием (77%).

3. Медицинские работники с высшим образованием в одинаковой степени с медицинскими работниками со средним специальным образованием считают, что умеют оказывать первую помощь (86% к 87% соответственно).

4. Медицинские работники с высшим образованием в меньшей степени (78%), чем медицинские работники со средним специальным образованием (87%) считают, что умеют проводить базовую сердечно-легочную реанимацию.

5. Основным местом получения навыков оказания первой помощи у работников как с высшим, так и со средним специальным образованием в основном является профильное учебное заведение (85 % и 84 %). В то же время специалисты с высшим образованием чаще обращаются к дополнительным источникам информации (например, Интернету).

6. Достаточно высокий процент работников как с высшим, так и со средним специальным образованием получили не только теоретические знания, но и овладели в процессе обучения практическими навыками оказания первой помощи и базовую сердечно-легочную реанимацию (82 % и 80 % соответственно).

Выводы. Таким образом, большинство медицинских работников данного лечебного учреждения не только хотят, но и считают своей обязанностью оказывать первую помощь. Большинство респондентов получали знания по оказанию первой помощи в учебных заведениях. Однако каждый пятый опрошенный изучал только теорию, следовательно, есть вероятность, что данная категория не сможет практически оказать первую помощь на должном уровне.

Проверить практические навыки по оказанию первой помощи среди медицинских работников не получилось из-за отказа по разным причинам последних показать свои умения.

СОБЫТИЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ В РУССКОМ РОКЕ

Трушин Д.А., 2 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: М.А. Трусова

Введение. События Великой Отечественной войны освещены в большом количестве музыкальных произведений прошлых лет, которые стали признанной народной классикой. Однако современные жанры музыки могут лучше раскрыть некоторые аспекты подвигов солдат и придать им нужную эмоциональную окраску.

Материалы и методы. Анализ литературных, аудио- и видеоисточников от отечественных авторов различных лет.

Результаты и их обсуждение. Сделав основой своих произведений военные подвиги из различных эпох существования России, Олег Абрамов, известный под сценическим псевдонимом Radio Tarok, создает своего рода памятник и отдает уважение участникам событий того времени.

Великая Отечественная война, как одно из самых знаковых событий в истории нашей страны, не могла не получить отражение в его песнях, в которых автор использует свою музыку и тексты для передачи значимых моментов «Всенародной» войны. Источниками для анализа служат собственные произведения Radio Tarok, такие как "Мясной бор" и "Битва за Москву". Рок-музыка как выбранный жанр обладает большим потенциалом для отражения различных аспектов и событий Второй мировой войны через энергичные ритмы, мощные гитарные партии и громкий вокал. Музыка может передать атмосферу войны, эмоции людей того времени, дух солдат и подвиги военных героев, что отчетливо прослеживается в песнях Radio Tarok.

В качестве примера песни, описывающей события военной борьбы, нужно обратить внимание на «Мясной бор». В этой композиции рассказывается история «Долины смерти» рядом с деревней Мясной бор в Новгородской области. В течение песни чувствуется отчаяние и ужас ситуации, в которой оказались солдаты, что передается через мелодию с ее низким темпом и редкими ударами барабанов. В третьем куплете исполнитель изменяет мелодию и стиль песни, чтобы подчеркнуть драматизм происходящего. Он просит русскую землю успокоить души бойцов, потому что они сражались достойно и отдали свою жизнь за Родину.

Для сравнения с «Мясным бором» стоит обратить внимание на другую работу Radio Tarok – «Битва за Москву». В этой песне темп мелодии значительно выше, а музыкальное оформление акцентирует ее боевой дух, предвещая благоприятный исход: стремительные и резкие гитарные рифы, мощные ударные и агрессивный вокал создают яркое звучание. Текст песни посвящен событиям начала Великой Отечественной войны, в частности, Московской битве. Он позволяет проследить хронологию событий, разворачивавшихся в окрестностях столицы.

Выводы. Таким образом, выбор Radio Tarok в пользу рок-музыки для передачи исторических событий Второй мировой войны является вполне

обоснованным. Его музыкальные композиции не только отражают эмоции, атмосферу и дух времени, но и помогают привлечь внимание аудитории к важным историческим событиям. Рок-музыка, благодаря своей энергии и мощности, становится мощным инструментом для передачи исторической правды и сохранения памяти о той тяжелой эпохе.

ОЦЕНКА ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСОВ ПО БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА

Трушкина А.А., 3 курс, факультет СПО и бакалавриата «Сестринское дело»
Научный руководитель: к.м.н., доц. С.Н. Котляров

Введение. Бронхиальная астма – это заболевание, в основе которого лежит воспаление дыхательных путей, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступом удушья. При бронхиальной астме бронхи воспалены, вследствие аллергического, инфекционного или нейрогенного воздействия.

Тема исследования актуальна, так как бронхиальная астма была и остается одной из главных медицинских и социальных проблем медицины нашего времени. За последние десять лет наблюдается значительное повышение возникновения случаев различных аллергических заболеваний, прежде всего бронхиальной астмы, которая является, на данный момент, проблемой мирового уровня и находится в эпицентре внимания медицинских работников различных специальностей.

Также немаловажно владение информацией пациента по своему заболеванию. Большое количество людей без медицинского образования не имеют представления о данном заболевании.

Цель. изучить электронные ресурсы на двух разных интернет-платформах на пациентоориентированность по часто задаваемым поисковым запросам. **Предметом** исследования стали электронные ресурсы на интернет-порталах «Yandex» и «Google».

Материалы и методы. Материалы: подлежали исследованию первые 5 сайтов по конкретному запросу, который формировался как наиболее часто задаваемый пациентом с бронхиальной астмой, что важно, который не имеет медицинского образования. Методы: способы, позволяющие достичь поставленной цели исследования, были запросы по часто задаваемым вопросам по бронхиальной астме на интернет-платформах «Yandex» и «Google».

Результаты и их обсуждение. При рассмотрении результатов стоит выделить, что не все сайты подходят для пользователей, не имеющих медицинского образование; не все сайты имеют ссылку на медицинские документы или законы, либо не имеют автора или автора с медицинским образованием, что дает повод усомниться в достоверности материала, изложенного на нем. Так же не на всех сайтах уточнены временные рамки обновления актуальной информации. Не маловажно, что большинство сайтов

имеют коммерческий характер. Следует дать следующие рекомендации: регулятору (Роскомнадзору) разработать иную систему индексации сайтов с тем, чтобы официально рекламируемые Минздравом ресурсы показывались первыми в списке формируемым на медицинские запросы, а медицинским сообществам целесообразно разработать больше материалов для пациентов.

Выводы. Подытоживая вышеизложенное, можно сказать о том, что и в данное время интернет-платформы с каждым днем набирают популярность, но качество и актуальность доступной информации не улучшается. Были исследованы 25 сайтов на 2 интернет-платформах «Yandex» и «Google».

Из полученных результатов можно сделать вывод о том, что пациент, не имеющий медицинского образования, не сможет получить качественную и полезную для него информацию по поставленному запросу на обеих интернет-платформах.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ЗАМЕНЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА

Шабурова А.А., Зинатуллина А.К., 2 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н. В.О. Поваров

Введение. Сердечно-сосудистые имплантируемые электронные устройства (СИЭУ) широко применяются в лечении бради- и тахикардий, а также хронической сердечной недостаточности. Наличие электрода в венозной системе создает предпосылки для венозной тромбоэмболии и венозной обструкции. Бессимптомное или малосимптомное течение большей части тромбозов глубоких вен (ТГВ) верхних конечностей у пациентов с СИЭУ не позволяет вовремя диагностировать тромботический процесс. Исходом тромбозов может быть развитие посттромбофлебитического синдрома (ПТФС). Диагностика ТГВ и ПТФС верхних конечностей основаны на проведении ультразвукового исследования или ангиографии. Данные инструментальные методы обследования не применяются рутинно у пациентов с СИЭУ, поэтому нарушение проходимости вен верхних конечностей часто является случайной находкой. Интерес представляют возможности лабораторной диагностики нарушения венозной проходимости у пациентов с имплантированными СИЭУ. Нами ранее был рассмотрен уровень Д-димера, как прогностический маркер развития ТГВ верхних конечностей после первичной имплантации ЭКС

Цель. Оценка взаимосвязи уровня Д-димера с нарушением проходимости вен верхних конечностей у пациентов с имплантированными электрокардиостимуляторами (ЭКС), находящихся на стационарном лечении для плановой замены в связи с истощением батареи устройства.

Материалы и методы. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-315-90109, ClinicalTrials.gov ID NCT04499612. В исследование вошли 51 пациент (39,2% мужчин) со средним возрастом $76,4 \pm 7,6$ лет, которые находились на стационарном лечении для

плановой замены ЭКС. 25 (49,0%) ЭКС были однокамерными, 26 (51,0%) – двухкамерными. У 8 (15,7%) пациентов замена ЭКС планировалась второй в жизни, у остальных – первой. Основным заболеванием и причиной имплантации ЭКС у данных пациентов в 17 (33,3%) случаев была атриовентрикулярная (АВ) блокада, в 13 (25,5%) случаев – синдром слабости синусового узла, в 21 (41,2%) случаев – перманентная форма фибрилляции предсердий с замедлением АВ проведения. Сопутствующими заболеваниями у 51 (100,0%) пациентов были гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и хроническая сердечная недостаточность, у 21 (41,2%) – стенокардия напряжения, у 13 (25,5%) – сахарный диабет. В анамнезе у 9 (17,6%) пациентов отмечался инфаркт миокарда и у 8 (15,7%) – острое нарушение мозгового кровообращения. 21 (41,2%) пациент находился на антиагрегантной терапии (ацетилсалициловая кислота), остальные – на антикоагулянтной. Ривароксабан получали 14 (27,5%) пациентов, апиксабан – 5 (9,8%), дабигатран – 1 (2,0%), варфарин – 10 (19,6%). Пациентам перед операцией производился забор венозной крови для определения уровня Д-димера, эхокардиография и ультразвуковое исследование вен верхних и нижних конечностей для оценки их проходимости.

Результаты и их обсуждение. У 7 (13,7%) пациентов выявлено нарушение проходимости подключичной вены со стороны имплантированного ЭКС. Средний уровень Д-димера у данных пациентов составил 1000 (1000-4000) мг/л DDU, у пациентов с нормальной проходимостью – 500 (300-800) мг/л DDU ($p=0,002$). По результатам ROC-анализа уровень Д-димера выше 900 мг/л DDU был ассоциирован с нарушением проходимости вен верхних конечностей у пациентов с имплантированными ЭКС ($AUC\ 0,851\pm0,073$, 95% ДИ 0,708-0,993, $p=0,003$). Другими ассоциированными факторами были прием пациентами антиагрегантов (ОШ 11,6, ДИ 95% 1,28-105,41, $p=0,029$) и вторая по счету замена ЭКС (ОШ 5,85, ДИ 95% 1,004-34,1, $p=0,0495$).

Тактика ведения пациента перед заменой ЭКС происходит следующим образом. Пациентам с уровнем Д-димера ниже 900 мг/л DDU проводится замена ЭКС с имплантацией нового электрода с той же стороны. Уровень Д-димера выше 900 мг/л DDU – показание для венографии или ультразвукового исследования (УЗИ) вен. При условии проходимости вен действия те же. При нарушении проходимости вен осуществляется имплантация новой системы ЭКС с другой стороны.

Выводы. Нарушение проходимости вен верхних конечностей выявлено у 13,7% пациентов, находящихся на стационарном лечении для плановой замены ЭКС. Нарушение проходимости вен ассоциировано с приемом пациентом антиагрегантной терапии, второй по счету заменой ЭКС и уровнем Д-димера выше 900 мг/л DDU. Уровень Д-димера > 900 мкг/л является прогностическим маркером нарушения проходимости вен у пациентов с имплантированными электрокардиостимуляторами.

**ТЕЗИСЫ ПОБЕДИТЕЛЕЙ И ПРИЗЕРОВ
ВНУТРИВУЗОВСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ
2024-2025 гг.**

**ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ
НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

Житкова А.В., Шестакова К.В., 1 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.ф.-м.н., доц. Т.Г. Авачева

Введение. В статье представлены три системы искусственного интеллекта, способного диагностировать пневмонию на рентгенограммах грудной клетки, а также их сравнительная характеристика. Некоторые из систем могут быть использованы в врачебной практике.

Цель. Выделить наиболее совершенную систему искусственного интеллекта (ИИ) на основе некоторых сравнительных характеристик.

Материалы и методы. Сравнительный анализ систем искусственного интеллекта.

Результаты и их обсуждение. Сервис «ФтизисБиоМед». Это система поддержки принятия врачебных решений (СППВР), которая позволяет автоматически оценивать вероятность наличия патологий на цифровых рентгенограммах или флюорограммах. Показатель точности: 88%.

Система третьего мнения «Third Opinion AI». Это инновационная система искусственного интеллекта, предназначенная для предоставления дополнительных мнений и рекомендаций в различных областях, таких как медицина, финансы и образование. Система может получать информацию о пациентах в реальном времени и сразу анализировать их для предоставления рекомендаций. Точность постановки диагноза и выявления рекомендаций – 76%.

Система TD-CNNLSTM-LungNet. Данная система использует комбинацию нейронных сетей для анализа мельчайших изменений на изображениях и долгосрочного анализа данных. ИИ продемонстрировал высокий показатель точности – на уровне 96,51%. Исследователи внедрили в модель объяснимые методы ИИ, позволяющие обосновывать решения. Эта функция генерирует наглядные пособия, такие как тепловые карты, которые помогают рентгенологам понимать выводы ИИ и доверять им.

Выводы. Система «ФтизисБиоМед» является лучшей среди других, так как она рассчитана и на постановку диагноза у специализированных врачей, и на своевременную работу с самим пациентом. Кроме того, эта система постоянно пополняет количество рентгенограмм и соответствующих им диагнозов, что способствует более точной постановке заболевания и выдаче рекомендаций. Также эта система показала довольно высокий процент точности.

ИЗМЕНЕНИЕ АКТИВНОСТИ СУКЦИНАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ В МЫШЦАХ КРЫС ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПОЛИСАХАРИДА, ПОЛУЧЕННОГО ИЗ ЦВЕТКОВ КАЛЕНДУЛЫ

Зиматкин А.А., Шиндякова А.И., Луканин Р.Р., 3 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: Д.С. Ванина

Введение. Сукцинатдегидрогеназа (СДГ), также известная как комплекс II митохондриальной дыхательной цепи, играет важную роль в цикле Кребса и окислительном фосфорилировании, обеспечивая клетки энергией в виде АТФ. Активность СДГ является значимым показателем энергетического состояния клетки и функции митохондрий, особенно в тканях с высоким уровнем энергетического потребления, таких как мышечная ткань. Полисахариды, обладающие разнообразной биологической активностью, привлекают всё больше внимания как потенциальные модуляторы метаболических процессов. Настоящее исследование было направлено на изучение воздействия полисахарида, выделенного из цветков календулы лекарственной (*Calendula officinalis*), на активность СДГ в мышцах крыс. Календула традиционно используется в народной медицине благодаря своим противовоспалительным, ранозаживляющим и антиоксидантным свойствам, однако её влияние на энергетический метаболизм мышечной ткани остаётся недостаточно изученным.

Цель. Оценить влияние полисахарида цветков календулы на активность СДГ в мышцах крыс.

Материалы и методы. Исследование проводилось на лабораторных крысах линии *Wistar* ($n=24$). Животные были рандомизированы на четыре группы: интактные, контрольную (получавшую физиологический раствор), экспериментальную (получавшую полисахарид цветков календулы по 1 мл в течение 5 дней) и экспериментальную (получавшую полисахарид цветков календулы по 1 мл в течение 10 дней). По окончании эксперимента животных эвтаназировали под общим наркозом. Из мышц бедра (*m. quadriceps femoris*) извлекали образцы и готовили гомогенат. Активность СДГ определяли спектрофотометрическим методом.

Результаты и их обсуждение. После моделирования стресса в контрольной и опытных группах, подвергшихся методике «вынужденного плавания», в три группы вводился физиологический раствор, СДГ – 14,1 нмоль/мин на мг белка. В группе, получавшей полисахарид цветков календулы в течении 5 дней, уровень СДГ составил 20,3 нмоль/мин на мг белка, что свидетельствует о значительном повышении активности сукцинатдегидрогеназы по сравнению с контрольной группой, а в группе, получавшей полисахарид в течении 10 дней, уровень СДГ составил 15,4 нмоль/мин на мг белка. Таким образом, в группах, получавших календуловый полисахарид, активность СДГ была на 46,4% выше, чем в контроле ($p<0,005$).

Полученные результаты указывают на то, что полисахарид цветков календулы способен оказывать защитное влияние на метаболизм при стрессовых условиях. Повышение активности сукцинатдегидрогеназы может

свидетельствовать о восстановлении энергетического баланса в мышцах и улучшении клеточного метаболизма. Это, возможно, связано с антистрессорными свойствами полисахарида, способствующими улучшению состояния клеток и тканей после стрессовой нагрузки.

Полученные данные свидетельствуют о том, что полисахарид цветков календулы оказывает модулирующее воздействие на энергетический метаболизм мышечной ткани крыс, что выражается в увеличении активности ключевого фермента цикла Кребса – СДГ. Повышение активности СДГ может быть связано с увеличением числа митохондрий, усилением экспрессии генов, кодирующих СДГ, или изменением аллостерической регуляции фермента. Различия во влиянии полисахарида на активность СДГ в разных типах мышц (быстрых и медленных) могут объясняться различиями в их метаболическом профиле и чувствительности к внешним факторам. Антиоксидантные свойства полисахарида календулы также могут способствовать регуляции активности СДГ, защищая митохондрии от окислительного повреждения.

Выводы. Введение полисахарида цветков календулы оказывает модулирующее влияние на активность СДГ в мышцах крыс, что указывает на его потенциальную способность воздействовать на энергетический метаболизм мышечной ткани. Полученные результаты открывают новые перспективы для дальнейших исследований, направленных на изучение механизмов действия полисахарида и его возможного применения для повышения физической выносливости, улучшения метаболизма при заболеваниях, связанных с нарушением функции митохондрий, и повышения эффективности спортивных тренировок. Необходимо продолжить изучение молекулярных механизмов, лежащих в основе наблюдаемого эффекта, а также оценить безопасность и эффективность полисахарида календулы для клинического применения.

БИОНИЧЕСКОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ

Иванова А.В., Колганова М.А., Овчинников И.М., 1 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.пед.н., доц. М.А. Шмонова

Введение. Бионическое протезирование – это область медицины, которая переживает быстрое развитие и предлагает революционные решения в восстановлении функций организма, утраченных в результате травм, болезней или врожденных дефектов. В отличие от косметических протезов, бионические устройства используют технологии, воспроизводящие биологические процессы, что позволяет создать искусственные органы, интегрирующиеся с нервной системой человека и реконструирующие не только механическую функцию, но и чувствительность.

Итак, принимая во внимание, что развитие бионического направления в технологиях становится всё масштабнее, можно говорить о несомненной актуальности темы представляемой работы.

Цель. Оценить значимость процесса внедрения и эксплуатации бионических протезов.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели предстоит решить следующие **задачи**:

1. Изучить источники по теме исследования;
2. Осветить историю вопроса;
3. Описать устройство и принципы работы биопротезов;
4. Рассмотреть перспективы развития биопротезирования.

Предмет: включает в себя исследования биологических систем, разработку материалов и технологий для создания искусственных органов, разработку нейроинтерфейсов для управления протезами и получения сенсорных откликов, а также изучение этических и социальных аспектов применения бионических протезов.

Объект: включает в себя конечности, органы чувств, внутренние органы и другие системы организма, функции которых могут быть восстановлены с помощью бионических протезов.

Результаты и их обсуждение. Таким образом, подводя итог развитию протезов в мировой истории, можно сказать, что они прошли огромный путь модернизации и до сих пор продолжают совершенствоваться. Сейчас протезы дают людям, утратившим частичку себя, шанс вернуться к своей прежней жизни. Для кого-то процесс адаптации очень тяжёлый и долгий, но поверьте, он того определённо стоит.

Выводы. Область бионического протезирования открывает новые возможности для реабилитации и восстановления утраченных функций, позволяя людям жить полноценной жизнью и реализовывать свои потенциалы. Однако, всё происходит не так активно, как хотелось бы. Причина этому высокая стоимость. Но, будем надеяться, что в ближайшем будущем, мы сможем увидеть модели протезов, которые полностью заменят настоящую руку, ногу или орган, не уступая им по возможностям и набору функционала.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДЕЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ И НЕ ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Алфимова В.Д., 3 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: д.м.н., доц. А.А. Дементьев

Введение. Питание – один из приоритетных витальных факторов, формирующих здоровье населения. Распространенность не рационального питания среди молодежи продолжает оставаться актуальной гигиенической проблемой.

Цель. Гигиеническая оценка и сравнительный анализ отдельных особенностей питания лиц молодого возраста с разным отношением к занятиям спортом.

Материалы и методы. Проведено выборочное исследование особенностей питания среди мужчин и женщин в возрасте 18-29 лет. Испытуемые были поделены на две группы: 1 группа – не занимающиеся спортом – 30 человек, 2 группа – регулярно занимающиеся спортом – 20 человек. Все испытуемые в течении одной недели вели дневники питания с указанием веса потребляемых продуктов. Суточные энергозатраты рассчитаны таблично-хронометражным методом, индекс массы тела – на основании антропометрических данных. Статистическая обработка результатов исследования проводилась непараметрическими методами, рассчитывались медиана, межквартильный размах (Q1–Q3), межгрупповые сравнения для несвязанных выборок проводились по критерию Манна-Уитни при целевом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Все испытуемые были отнесены к 1 группе интенсивности трудовой деятельности. Среди участников исследования, не занимающихся спортом, несколько чаще встречались лица с предожирением и ожирением, доли которых составили соответственно 30% и 13,4% против 25% и 5% в группе спортсменов ($p > 0,05$). Медиана потребления белка в группе спортсменов составила 113,5 г и превышала групповое значение физиологической нормы на 51,4% ($p = 0,00001$), тогда как среди не спортсменов вышеуказанный показатель составлял 83,5 г и превышал физиологическую норму только на 13,6% ($p = 0,04$). Питание обеих групп испытуемых характеризовалось выраженным дефицитом углеводов, который у спортсменов составлял 38,7%, а среди не спортсменов был еще более существенным – 49% ($p < 0,0001$). Рационы питания обеих групп испытуемых не в полной мере восполняли суточные энергозатраты, при этом среди лиц, не практикующих регулярные занятия спортом, медиана калорийности составляла 1589 ккал и была на 24,3% ниже значений групповой нормы ($p < 0,0001$), тогда как среди спортсменов наблюдался удовлетворительный дефицит калорийности – 9,5% ($p = 0,004$). Медиана калорийности рациона питания спортсменов составляла 1938 ккал и была на 21,9% выше аналогичного показателя среди испытуемых, не занимающихся спортом ($p < 0,0001$).

Выводы:

1. Питание испытуемых характеризовалось избыточным потреблением белка, выраженным дефицитом углеводов и недостаточной калорийностью рациона питания, выраженной у не спортсменов и удовлетворительной у спортсменов.

2. Питание в сравниваемых группах было не сбалансированным, характеризовалось дефицитом жиров и углеводов, более выраженным в группе спортсменов.

3. Питание спортсменов характеризовалось достоверно более высокими уровнями потребления белков, жиров, углеводов и калорийностью рациона питания по сравнению с лицами, не занимающимися спортом ($p < 0,001$).

ПРИМЕНЕНИЕ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ ТЕСТОВ В ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЕ

Ангбазова А.И., 1 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.б.н. Ю.А. Поминчук

Введение. В настоящее время персонализированная медицина, основанная на применении молекулярно-генетических методов, активно внедряется в здравоохранение. Её цель – разработка терапии с учетом истории болезни и биомаркеров пациента. Анализ однонуклеотидных полиморфизмов, выявляемых с помощью фармакогенетических тестов, позволяет спрогнозировать индивидуальный ответ организма.

Материалы и методы. В рамках исследования проанализированы научные публикации из российских и международных баз данных по вопросам фармакогенетики, метаболизма и эффективности варфарина.

Результаты и их обсуждение. Отмечается активный рост числа тромботических осложнений у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Главными средствами для тромбопрофилактики являются антикоагулянты, среди которых лидирует варфарин. Он блокирует эпоксид-редуктазный комплекс витамина К (VKOR), что нарушает активацию факторов свертывания крови (II, VII, IX, X) и синтез антикоагулянтных белков С и S в печени, препятствуя тромбообразованию. Идентифицировано около 30 генов, влияющих на метаболизм варфарина, ключевые – *VKORC1* и *CYP2C9*. Ген *CYP2C9* кодирует изофермент из семейства цитохрома, известно 60 его аллелей. Особое внимание уделяется *CYP2C9*2* и *CYP2C9*3*, являющимся наиболее исследованными. У гомозиготных носителей нормального аллеля *CYP2C9*1* метаболические процессы и элиминация S-варфарина не нарушены. У носителей *CYP2C9*1* в сочетании с *CYP2C9*2* метаболизм S-варфарина замедляется умеренно. У носителей гомозиготного варианта *CYP2C9*2* и обладателей хотя бы одной копии *CYP2C9*3* метаболизм S-варфарина значительно замедлен. Носительство аллелей *CYP2C9*2* и *CYP2C9*3* замедляет трансформацию варфарина и повышает его концентрацию в плазме крови даже при минимальных дозах. Это усиливает антикоагуляционный эффект и увеличивает риск развития кровотечений и гипокоагуляции. Частоты аллелей *CYP2C9* варьируются между этническими группами. Среди популяций людей в России полиморфизм *CYP2C9*2* встречается с частотой 11%, *CYP2C9*3* около 6%.

Ген *VKORC1* кодирует субъединицу витамин К–эпоксидредуктазного комплекса. Мутации в данном гене регулируют скорость синтеза и концентрацию фермента в клетках. Анализ полиморфных локусов *VKORC1* выявил гаплотипы, ассоциированные с различной чувствительностью к варфарину. Пациентам со сниженной экспрессией этого гена достаточно низких доз варфарина, а с повышенной – требуются высокие дозы. Другие аллельные комбинации могут влиять на резистентность к варфарину.

Выводы. Внедрение фармакогенетического тестирования в клиническую практику при лечении варфарином позволит реализовать персонализированный

подход в лечении, уменьшить сроки подбора дозы, снизить побочное действие от применения препарата, повысить эффективность и безопасность антикоагулянтной терапии варфарином.

МАРКЕРЫ ГОСПИТАЛЬНОГО ИСХОДА ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ МОНОИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА МУНИЦИПАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Бикерова А.И., 4 курс, педиатрический факультет

Научные руководители: к.м.н., доц. А.В. Бороздин, А.И. Гириченко

Введение. Коронавирусная инфекция (COVID-19) – это острое инфекционное заболевание, вызываемое новым штаммом вируса из рода коронавирусов SARS CoV-2 с аэрозольно-капельным и контактно-бытовым механизмом передачи, характеризующееся тропностью ко многим тканям организма, но преимущественно к легочной ткани. Заболевание может протекать в виде бессимптомного вирусоносительства или клинически выраженных форм, характеризующихся интоксикацией, поражением эндотелия верхних и нижних дыхательных путей, вплоть до развития пневмонии с риском развития летальных осложнений.

Цель. Сравнение клинических, лабораторных и инструментальных показателей и изучение их связи с госпитальной летальностью у больных, находившихся на лечении в COVID-госпитале ГКБ №11 в период двух пиков заболеваемости в 2020 году.

Материалы и методы. Проанализировано 1303 истории болезни пациентов (579 мужчин, 724 женщин, медиана возраста 64,00 [56,00:71,00] лет), находившихся на лечении в COVID-госпитале ГБУ РО ГКБ № 11 в 2020 году с диагнозом новой коронавирусной инфекции, вызванной SARS-COV-2 (первый пик заболеваемости с мая по август 2020 года, второй – с октября 2020 по февраль 2021 года). Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 6.0, различия принимали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Во время первой волны смертность составляла 15,28% и во время второй волны – 25,71%. Методом логистической регрессии установлена связь летального исхода с уровнями SpO₂ и альбумина. Уровень SpO₂ у умерших больных первой волны составил 92,0 [85,0:95,0], у выписанных для амбулаторного лечения 96,0 [94,0:97,0]; во второй волне этот показатель у умерших и выписанных составил 88,0 [81,0:92,0] и 92,0 [88,0:94,0] соответственно. Уровень альбумина крови у больных, госпитализированных во время первого пика заболеваемости, равен: у умерших – 31,5 [30,0:36,0] и у выписанных для дальнейшего лечения амбулаторно – 38,0 [35,0:40,0]; во время второго пика этот показатель составил 34,0 [30,0:36,0] и 36,0 [33,0:39,0] соответственно. В построенной модели логистической регрессии по данным

первой волны χ^2 34,1, $p < 0,001$, для каждого показателя $p < 0,001$, отношение шансов (ОШ) 38,0, процент корректных значений 88,5%; для данных второй волны χ^2 119,0, $p < 0,001$, для каждого показателя $p < 0,001$, ОШ 6,2, процент корректных значений 77,4%.

Выводы. Таким образом, маркеры госпитальной летальности, верифицированные по данным, полученным во время первого подъема заболеваемости, сохраняют свою прогностическую значимость и при дальнейшем развитии пандемии COVID-19, однако точность прогноза может снижаться, что следует учитывать в использовании прогностических моделей.

СЕРДЕЧНЫЙ БСЖК ИЛИ ПОМОЩЬ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОКС НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Блоха Т.С., 4 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: Д.И. Подъяблонский

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания являются главной причиной смертности. Ключевыми проблемами ведения пациентов с острым коронарным синдромом является необходимость быстрой и точной постановки диагноза, отбор больных на ранних этапах госпитализации, прогноз заболевания и выбора адекватной тактики лечения.

Цель. Оценка роли сБСЖК на догоспитальном этапе диагностики острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST, а также анализ специфичности и эффективности сердечного белка, связывающего жирные кислоты, возможности и опыт его применения.

Материалы и методы. Анализ отечественных и зарубежных статей по исследованию сердечного БСЖК. Анализ карт вызовов больных с установленным диагнозом «ОКС без подъема сегмента ST» (МКБ-10: I20.0). Опрос сотрудников ГБУ РО ОКССМП об опыте использования экспресс-тестов на определение наличия тропонина, сердечного БСЖК.

Результаты и их обсуждение. По анализу карт вызовов скорой медицинской помощи основной проблемой эффективной работы является нехватка дополнительных методов исследования на догоспитальном этапе для ранней дифференциальной диагностики при нетипичной клинической картине и отсутствии четких ЭКГ-критериев. При изучении новых инструментов диагностики был найден сердечный белок, связывающий жирные кислоты – белок кардиомиоцитов, который осуществляет связывание и транспортировку жирных кислот внутри клетки. При повреждении клеточной мембраны кардиомиоцитов он быстро попадает в кровоток, повышаясь в крови до диагностических значений уже через 1-2 ч после начала клинических проявлений, достигает максимальных значений через 6 ч после повреждения миокарда и возвращается к нормальным значениям через 24 ч. На рынке РФ нами было найдено два экспресс-теста «КардиоБСЖК» и «Кард-Инфо», которые

использовались в исследовании по изучению клинической эффективности ранней диагностики ОИМ с помощью сБСЖК (ИСПОЛИН). В работе проводился сравнительный анализ экспресс-тестов на тропонин и сердечный БСЖК. Основными критериями оценки было определение чувствительности и специфичности кардиомаркеров. Специфичность: тропонинов – 92,8%, БСЖК – 81,9%. Чувствительность: тропонинов – 78,1%, БСЖК- 81,55%.

Выводы:

1. Высокая чувствительность теста на сБСЖК существенно более эффективна в определении пациентов с ОИМ. Эффективность диагностики по сБСЖК по сравнению с тропонином особенно высока на ранних стадиях обследования пациентов (в первые 1—6 ч). Изученные тесты просты и удобны в применении, не требуют дополнительного лабораторного оборудования.

2. Возможность использовать для диагностики рецидивирующего ОИМ в течение 10 ч после первого ОИМ, чего не дает исследование динамики тропонинов. При этом 73% сотрудников станции СМП выразили желание иметь тест на сБСЖК у себя в укладке.

3. Наибольшую практическую значимость данный тест будет иметь в тех ситуациях, когда диагностика ОИМ затруднена: при отсутствии стойкой элевации сегмента ST, наличии нарушений внутрижелудочковой проводимости и атипичном течении заболевания.

ПОКОЛЕНИЕ Z В БЕЛЫХ ХАЛАТАХ: РОДИТЕЛЬСТВО И КАРЬЕРА КАК КОНКУРИРУЮЩИЕ ЦЕННОСТИ

Быкова А.В., 1 курс, факультет СПО и бакалавриата «Лечебное дело»

Научные руководители: к.м.н. А.Л. Шумова, Н.И. Тарасенко

Введение. В настоящее время наблюдается общемировая тенденция к снижению рождаемости, в том числе и в Российской Федерации. Согласно данным Росстата, суммарный коэффициент рождаемости в 2023 году составил 1,41, что существенно ниже уровня, необходимого для воспроизводства населения (2,1). Поколение Z (зумеры), к которому относятся люди, родившиеся в период с 1995 по 2008 год, сформировалось в эпоху активного развития цифровых технологий, что обусловило особенности их мировоззрения и ценностных ориентаций, отличающие их от старших поколений. Для представителей этого поколения характерна ориентация на индивидуальные потребности и стремление к самореализации, что влияет на их репродуктивные установки и выбор между родительством и карьерой. В контексте профессиональной деятельности, в частности в сфере медицины, среди студентов-медиков поколения Z все чаще наблюдается тенденция к предпочтению насыщенной жизни без детей и отказу от дополнительной ответственности, связанной с родительством.

Цель. Изучение отношения студентов-медиков поколения Z к родительству и карьере как к потенциально конкурирующим ценностям.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было проведено онлайн-анкетирование среди студентов факультета СПОиБ специальности «Лечебное дело» (n=28), относящихся к поколению Z. Анкета включала вопросы, направленные на выявление их представлений о родительстве, карьере и их взаимосвязи, а также на оценку значимости этих ценностей.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования, направленного на изучение отношения студентов-медиков поколения Z к родительству и карьере, были получены следующие результаты. На вопрос о периоде жизни, в котором родительство представляется наиболее значимым, всего лишь 8% указали 18–23 года. Анализ отношения к родительству как к ценности выявил следующие результаты: 25% – как равноценную карьере, 37,5% – как менее важную, чем карьера. Оценка отношения к карьерным перерывам, обусловленным родительством, показала, что 41,67% — готовы рассмотреть такую возможность, 29,2% респондентов воспринимают родительство как признак карьерной не успешности. 70,8% респондентов считают уход за ребенком сложной задачей, требующей значительных временных и энергетических затрат. При этом половина респондентов рассматривают возможность совмещения учебы и ухода за ребенком.

Выводы. Результаты исследования показывают, что студенты-медики поколения Z в целом не исключают возможности создания семьи и рождения детей, однако отмечают приоритетность карьерного роста на этапе получения профессионального образования. Несмотря на признание важности карьерной реализации, респонденты выражают готовность взять на себя ответственность, связанную с родительством, что свидетельствует о сложности и многогранности их ценностных ориентаций.

ПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР ИЛИ MEMENTO MORI: ВЗГЛЯД НА СИСТЕМЫ СОРТИРОВКИ ПОСТРАДАВШИХ В ЧС

Васейкина К.И., 5 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.В. Минаева

Введение. В мире существуют различные алгоритмы сортировочных систем, но нет общего и универсального согласия как именно следует сортировать пациентов и раненых. На сегодняшний день ни одна из систем сортировки не была известна как наиболее эффективная в отношении клинических исходов. В связи с этим поиск простого и рационального алгоритма представляется актуальной задачей.

Материалы и методы. Систематический поиск в системах MedLine, Cinahl. Анализ систем медицинской сортировки, хронометраж выполнения алгоритмов сортировки, включая 31 испытуемого.

Результаты и их обсуждение. Были выбраны 6 сортировочных систем (START, SIEVE, SALT, SORT, ВПХ-SORT 2, Homebush). Алгоритмы SALT и Homebush включают наибольшее количество сортировочных групп – 5. Больше

всего сортировочных шагов включает алгоритм SORT-7, меньше всего SIEVE – 3. Больше всего времени было затрачено на систему SORT – 92,3 с, меньше всего на START – 30,2 с. Сложность технического оснащения выполнения систем оценивалась по необходимости наличия и умения пользоваться дополнительным оборудованием (приборами) и расходными материалами. Так, системы SORT и ВПХ-SORT-2 требовали наличия пульсоксиметра и тонометра; SALT – жгута для остановки кровотечения, антидотов.

Выводы:

1. Наиболее быстрой системой является START, но при её применении есть вероятность сортировочной ошибки из-за низкой информативности в отношении витальных показателей пострадавших.

2. Если использовать систему SORT, в которой минимальна вероятность сортировочной ошибки, затрачивается больше времени, и другие пострадавшие, нуждающиеся в помощи, могут её не получить.

3. Ни одна из систем сортировки не является идеальной, но наиболее оптимальной является START, поскольку на неё не требуется много времени, дополнительных ресурсов, и она достаточно простая в своём исполнении.

ВАРИАНТЫ ТРАВМ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НА АМБУЛАТОРНОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Гарагезова Х.А., 3 курс, стоматологический факультет,

Безнасюк А.Р., 4 курс, стоматологический факультет

Научный руководитель: к.м.н. А.Н. Журавлев

Введение. По данным исследований, до 37% пациентов, проходящих стоматологическое лечение, сталкиваются с теми или иными проявлениями поражения тройничного нерва. В ряде случаев эти поражения носят транзиторный характер, однако значительная их часть приводит к длительным или даже постоянным неврологическим нарушениям. При этом наибольший процент приходится на удаление третьих моляров, а также на процедуры местной анестезии и дентальной имплантации.

Материалы и методы. Тройничный нерв (nervus trigeminus) является пятой парой черепных нервов и считается самым крупным из них. Он имеет как чувствительную, так и двигательную составляющие. Чувствительная часть обеспечивает восприятие болевых, тактильных и температурных ощущений от кожи лица, слизистых оболочек рта, носа, глаз, а также зубов. Двигательная часть иннервирует жевательные мышцы, мышцы дна полости рта и некоторые мышцы, участвующие в речевых и глотательных движениях. Таким образом, любое его повреждение может приводить не только к потере чувствительности, но и к нарушению функций жевания и речи.

Особую клиническую значимость представляют повреждения язычного и нижнего альвеолярного нервов, так как они сопровождаются устойчивыми и часто тяжело обратимыми расстройствами. Среди них – онемение, парестезии,

снижение или искажение вкусовой чувствительности, хронический болевой синдром, а также выраженные психоэмоциональные расстройства вплоть до развития депрессии и социальной изоляции.

Среди наиболее распространённых причин выделяют:

1. Удаление третьих моляров (зубов мудрости)
2. Местная анестезия
3. Дентальная имплантация – неудачное позиционирование имплантатов может вызвать компрессию или прямое повреждение нерва (17%).
4. Хирургические вмешательства на нижней челюсти – кисты, опухоли, остеотомии.
5. Ошибки в диагностике и планировании лечения, включая пренебрежение визуализацией (КТ, ОПТГ).
6. Механические травмы и перегрев костной ткани при работе с борами и пьезохирургией.

Результаты и их обсуждение. Клинический кейс. В отделении ЧЛХ Рязанской ОКБ пациенту провели вскрытие и дренирование флегмоны. Через 3 недели после перевязок была выполнена некрэктомия, в ходе которой поврежден кровеносный сосуд, что привело к кровотечению и повторной операции по гемостазу. На следующий день у пациента возникло онемение левой руки и слабость в ногах, что привело к тетраплегии и правостороннему гемипарезу. Ночью состояние ухудшилось, и пациента перевели в реанимацию. Невролог заключил, что причиной неврологических расстройств стали отек мозга на фоне гипогликемии и повреждение сосуда во время операции, вызвавшее компрессию соседних нервов.

Выводы. Травмы ветвей тройничного нерва – это серьезная проблема, с которой сталкиваются как стоматологи, так и их пациенты. Полностью исключить этот риск, к сожалению, невозможно, но знание анатомии, правильный подход к оперативному вмешательству и аккуратность его выполнения позволяют значительно повысить качество стоматологической помощи, и качество жизни наших пациентов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ПНЕВМАТИЗАЦИИ ТЕЛА КЛИНОВИДНОЙ КОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНФИГУРАЦИИ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ЧЕЛОВЕКА

Головин М.Д., 2 курс, педиатрический факультет

Научный руководитель: Е.Г. Рогожина

Введение. Клиновидная (основная) пазуха (*sinus sphenoidalis*) – околоносовая пазуха, расположенная в теле клиновидной кости. Форма и размеры основной пазухи различны. Перегородками клиновидная пазуха разделена на правую и левую половины, как правило несимметричные, которые открываются на передней стенке посредством апертур в верхние носовые ходы. На верхней стенке клиновидной пазухи в её средних отделах располагается

турецкое седло. Исследования клиновидной пазухи представляют большой интерес для клинических специалистов в области челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии, а также судебной медицины.

По данным литературы, околоносовые пазухи играют важную роль в процессе перераспределения деформационных сил и формировании контрфорсов лица (костные утолщения, по которым деформационная сила передаётся на свод черепа). В связи с этим, нам представляется интересным

Цель. Изучить размеры и форму клиновидной пазухи при различных линейных и угловых показателях основания мозгового черепа человека.

Также поставлены следующие **задачи**:

1) Измерить линейные показатели клин пазухи.

2) Определить степень пневматизации тела клиновидной кости и выявить наличие перегородок в *sinus sphenoidalis*.

3) Выявить соотношение между линейными размерами и анатомическими характеристиками клиновидной пазухи и угловыми показателями черепа.

Материалы и методы. Работа выполнена на КТ сканах черепа 15 пациентов. Исследуемых не разделяли по полу и возрасту. Измерения были выполнены в программах «Philips DICOM Viewer» и «Radiant». На КТ снимке определяли форму клиновидной пазухи (преселлярная, селлярная и постселлярная) и измеряли высоту верхней части лица от верхней границы носовой кости до альвеолярных возвышений верхней челюсти (точки N-A). Проводилось измерение расстояния от точки N до селлярной точки (середина входа в турецкое седло (Se)), а также базиллярного угла (угол между отрезками, обозначающих расстояние между назионом и селлярной точкой и между базионом и селлярной точкой). Методика взята из статьи Дж. Хаммара, 1960г.

Рассчитывали коэффициент К по формуле: $AN/NSe \cdot 100\%$.

В клиновидной пазухе были измерены ячейки, перегородки (септы) и бухты. Также проводилось измерение ширины лицевого черепа (расстояние между наиболее удаленными точками скуловой дуги);

Полученные данные обработаны в пакете MS Excel 2016. Данные представлены в виде медианы, первой и третьей квартиля, минимума и максимума. Для оценки значимости различий полученных данных использовали U-критерий Манна-Уитни при значении $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что два черепа имели преселлярную форму пазухи, 5- селлярную и 8- постселлярную. Чем больше была высота лица, тем коэффициент К был больше.

Для преселлярной формы медиана К составила 79,1%, селлярной – 77,3%, постселлярной – 84,0%

Статистический критерий показал наличие связи между A-N и формой пазухи.

Таким образом, при сравнении преселлярной и селлярной форм клиновидной пазухи присутствовала статистически значимая связь ($p < 0,05$).

При сравнении преселлярной и постселлярной форм пазухи не обнаружено достоверных статистических связей ($p > 0,05$).

При сравнении селлярной и постселлярной форм пазухи присутствовала достоверная статистическая связь ($p < 0,05$).

Выявление взаимосвязи между всеми формами клиновидных пазух и базиллярным углом не дали положительного результата. Взаимосвязи нет.

Выводы:

1. Выявлена слабая статистически значимая связь между формой пазухи и высотой верхней части лица.
2. Показано, что чем крупнее лицо и пазуха, тем больше септ она имеет.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У БЕРЕМЕННОЙ ПАЦИЕНТКИ

Евстропова П.С., 4 курс, лечебный факультет

Научные руководители: к.м.н. А.И. Судаков, д.м.н., проф. Е.П. Куликов,
к.м.н., доц. И.Б. Судаков, О.А. Серганова

Введение. В структуре онкологических заболеваний в России новообразования из лимфатической и кроветворной ткани занимают 8 место. На лимфому Ходжкина отводится около 1% от показателя злокачественных поражений организма. Опухоли во время беременности встречаются с частотой 1 случай на 1000 беременных.

Материалы и методы. За период 2011-2023 годов в России суммарно было выявлено 40406 случаев лимфомы Ходжкина. При этом отсутствует регистр, учитывающий данные о частоте выявления данного заболевания у беременных пациенток. Пациентка Р., 1989 г.р., обратилась в декабре 2015 г. с жалобами на увеличение лимфатических узлов надключичной области на фоне беременности 12 недель. На УЗИ отмечено увеличение подмышечных, надключичных л/у и гипоехогенный участок в селезёнке. Была направлена на консультацию в ГБУ РО ОКОД и после открытой биопсии л/у проведено ИГХ № 760-63/2016, которое позволило поставить диагноз: классическая лимфома Ходжкина II AXS St., вариант с нодулярным склерозом 1 подтипа. С учётом наличия беременности пациентка была консультирована ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина" Минздрава России.

Результаты и их обсуждение. Согласно клиническим рекомендациям, при выявлении лимфомы Ходжкина в I триместре у женщин с благоприятным и промежуточным прогнозом возможна выжидательная тактика и начало лечения во II или III триместре. Пациентке в начале II триместра проведено 2 курса винбластина. С 21 недели было проведено 3 курса ПХТ по схеме ABVD. В июне 2016 года пациентка естественным путем родила здоровую девочку 8-9 по шкале Апгар. Послеродовой период без особенностей. Через 2 недели возобновлена химиотерапия. Завершила курс в сентябре 2016 года. Лучевая терапия была отложена вследствие развившейся двусторонней пневмонией. После длительного лечения на ПЭТ-КТ от февраля 2017 года отмечены сохраняющиеся очаги: в конгломерате субкариальных л/у с max SUV 11,52; по КТ до 4,0×1,8 в

поперечнике (DC-5). Дополнительно было проведено 2 эскалированных курса ВЕАСОРР, которые закончились гематологической токсичностью. Это послужило окончанию ХТ и направлением пациентки на лучевую терапию. С учетом сохраняющихся очагов проведен курс консолидирующей ДЛТ (3D CRT) на область средостения. В последующем пациентка регулярно наблюдалась и в течении 4 лет отмечалась ремиссия состояния. Однако в 2022 году при контроле на ПЭТ-КТ от 12.01.22 получены данные о наличии опухолевой ткани с гиперметаболической активностью в л/у по обе стороны диафрагмы. С 16.03.22 по 10.08 проходила лечение по протоколу BASALT01.

Проведено 8 введений Brentuximab-ведотина в монорежиме.

06.09.22 и 20.09.22 выполнены 2 введения Пролголимаба в монорежиме.

В дальнейшем проведена высокодозная ХТ по схеме DНАР, осуществлялся режим кондиционирования ВЕАМ для аутоТГСК. При контрольном ПЭТ-КТ от 29.03.24 DC-3. С 2022 года пациентка находится в ремиссии.

Выводы. Клинический случай демонстрирует современные возможности лечения лимфом на фоне беременности, которые позволяют перевести заболевание в длительную ремиссию.

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ПРОДУКТОВОЙ КОРЗИНЫ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ДЕМОГРАФИЯ»

*Елышева С.К., Ларина М.Н., 6 курс,
медико-профилактический факультет*
Научный руководитель: к.м.н., доц. Г.П. Пешкова

Введение. Национальная программа “Демография” направлена на улучшение демографической ситуации в России и включает комплекс мер по поддержке семей, развитию инфраструктуры и повышению качества жизни населения. Ключевым аспектом программы является оценка доступности продуктовой корзины для различных социально-экономических групп граждан.

Материалы и методы. В качестве основных материалов использованы анкетные данные ФБУЗ “Центр гигиены и эпидемиологии”. Применялись аналитический и описательно-оценочный методы исследования, позволяющие провести комплексный анализ доступности продуктовой корзины.

Результаты и их обсуждение. Продуктовая корзина представляет собой набор товаров и продуктов питания, необходимых для удовлетворения базовых физиологических потребностей человека. В её состав входят основные категории: хлеб и хлебобулочные изделия, молочные продукты, мясо, рыба, яйца, овощи, фрукты, картофель, сахар, растительные масла, чай и кофе.

По данным исследований, стоимость минимальной продуктовой корзины варьируется по регионам России. На август 2024 года средний показатель составляет 6656,5 рублей на человека в месяц, что на 10,6% выше показателей начала года. Максимальные цены зафиксированы на Чукотке (15241,7 рубля) и в

Магаданской области (11075,6 рубля), минимальные – в Мордовии (5244,1 рубля) и Липецкой области (5466,9 рубля).

Анализ доступности продуктовой корзины показывает, что домохозяйства тратят 30-40% семейного бюджета на продукты питания, что свидетельствует о существенной нагрузке на семейный бюджет. При этом средняя зарплата в Липецке составляет 40-50 тысяч рублей, а минимальный размер оплаты труда с 1 января 2024 года – 19242 рубля.

Исследование розничных цен выявило значительное повышение стоимости отдельных продуктов: картофель подорожал на 63,3%, сахар – на 53,67%. При этом минимальный рост цен зафиксирован на охлажденные куры (+2,9%) и ржаной хлеб (+3,9%).

Сравнение ассортимента и цен в торговых сетях “Магнит” и “Пятерочка” показало следующие особенности:

- “Пятерочка” предлагает более низкие минимальные цены на пшеничный хлеб, яблоки, капусту, яйца и масло
- “Магнит” имеет более широкий ассортимент, особенно по молочным продуктам и овсяной крупе
- В “Пятерочке” большой выбор творога и колбасных изделий

Проведенные исследования свидетельствуют, что “Пятерочка” демонстрирует конкурентоспособные минимальные цены на множество продуктов, тогда как “Магнит” может предложить более широкий выбор.

Выводы. Доступность продуктовой корзины в России требует комплексного подхода. Программа “Демография” способствует улучшению социальной и экономической стабильности через мониторинг и координацию цен, обеспечивая пищевой достаток населения.

ФЕКАЛЬНАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ И ПРИНЦИП ДЕЙСТВИЯ

Есинова А.С., Бибикова А.А., 2 курс, медико-профилактический факультет
Научные руководители: к.м.н. Е.П. Котелевец, к.б.н., доц. И.В. Воробьева

Введение. Основная цель трансплантации фекальной микробиоты (ТФМ) – восстановление нормального состава микробиоты кишечника, который может быть нарушен из-за различных факторов, включая антибиотикотерапию, инфекции или заболевания. Этот метод помогает восстановить баланс кишечных бактерий, что может привести к улучшению состояния здоровья реципиента.

Материалы и методы. Нами проведен обзор отечественных и зарубежных литературных источников по базам данных eLibrary и PubMed.

Результаты и их обсуждение. Основные направления применения ТФМ включают:

1. Лечение рецидивирующей инфекции *Clostridium difficile*: ТФМ является эффективным методом лечения рецидивирующих инфекций, связанных с *C. difficile*, особенно у пациентов, не реагирующих на стандартные антибиотики.

2. Влияние на микробиоту: исследования показывают связь между состоянием микробиоты и различными заболеваниями, что открывает новые горизонты в терапии.

3. Потенциал в лечении других заболеваний: ТФМ исследуется как потенциальное лечение для синдрома раздраженного кишечника, воспалительных заболеваний кишечника (болезнь Крона, язвенный колит), ожирения, диабета 2 типа и даже неврологических расстройств (аутизм, болезнь Паркинсона).

4. Безопасность и доступность: метод считается относительно безопасным и доступным, что способствует его широкому применению.

5. Увеличение интереса со стороны научного сообщества: в последние годы наблюдается рост исследований и публикаций по ТФМ, что свидетельствует о ее значимости в медицине.

На данный момент основными показаниями для проведения ТФМ являются: часто рецидивирующая *C. difficile*-ассоциированная инфекция, тяжелая форма инфекции *C. difficile*, не поддающаяся лечению антибиотиками, фульминантная форма инфекции при невозможности хирургического вмешательства. Кроме того, ТФМ рассматривается как перспективный метод лечения других состояний, таких как печеночная энцефалопатия, метаболический синдром, аутоиммунные и нейродегенеративные заболевания. Исследования показывают, что механизм действия ТФМ связан не только с введением донорской микробиоты, но и с экзометаболитами бактерий. Например, экзометаболиты *Bifidobacterium bifidum* обладают антимикробной активностью и могут использоваться для предотвращения контаминации в травматологии и ортопедии.

Процесс отбора доноров включает анкетирование, объективный осмотр и лабораторные тесты. Рекомендуется привлекать доноров в возрасте от 18 до 50 лет с индексом массы тела до 25 кг/м². Потенциальные доноры могут быть исключены из программы при наличии сопутствующих заболеваний или положительных тестов на определенные инфекции (например, цитомегаловирусная инфекция).

Выводы. Трансплантация фекальной микробиоты представляет собой перспективный метод лечения различных заболеваний, особенно связанных с нарушением микробиоты кишечника. С учетом растущей проблемы антибиотикорезистентности и необходимости поиска новых терапевтических стратегий, ТФМ может сыграть важную роль.

115 ЛЕТ С НАЧАЛА ЭПИДЕМИИ ЧУМЫ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ – ПОСЛЕДНЕЙ В ИСТОРИИ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА

Житаева Д.В., Журавлева С.Е., 1 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: О.А. Урясьев

Введение. История медицины знает Маньчжурскую эпидемию, как последнюю эпидемию чумы в истории человечества, она длилась около 6 месяцев и унесла за собой почти 80 тысяч человеческих жизней.

Цель. Проанализировать происхождение Маньчжурской эпидемии, возможность вакцинации и методы борьбы с заболеванием в то время и определить значение последней эпидемии чумы для человечества.

Материалы и методы. В исследовании использованы общие методологические подходы для историко-медицинских исследований с применением исторического метода.

Результаты и их обсуждение. Проанализировано происхождение Маньчжурской эпидемии чумы и методы борьбы с ней, определено значение Маньчжурской эпидемии чумы.

Выводы. Маньчжурская эпидемия чумы взяла свои корни на северо-западе Китая и двигалась на юго-восток страны, унося за собой десятки тысяч человеческих жизней. Благодаря доктору У Ляньдэ, главному борцу с эпидемией в то время, заболеваемость снизилась с введением масок среди китайских медиков и солдат и дополнительной дезинфекцией населения с помощью массового применения фейерверков на Новый Год. Доктор У Ляньдэ был номинирован на Нобелевскую премию. Маньчжурская эпидемия чумы имела огромное значение для истории медицины в мире. Она стала последней крупной эпидемией чумы на земном шаре, подчеркнула важность многонациональных медицинских ответных мер, способствовала рождению в Китае современной эпидемиологии, оказала влияние на внедрение средств индивидуальной защиты и позволила предотвратить распространение чумы в дальнейшем.

ИДЕАЛЫ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОГО РЕАЛИЗМА В ТВОРЧЕСТВЕ А. ДЕЙНЕКИ

Заленский И.С., Чернега А.И., 2 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.и.н., доц. О.А. Клеймёнова

Введение. Социалистический реализм, как основной художественный метод в советском искусстве, утвердился с 1934 года. Призванный формировать идеологически выверенный образ действительности, он стал важным инструментом воздействия на массы. Искусство должно было не только отражать реальность, но и формировать новые цели, задачи в соответствии с коммунистическими идеалами. Одним из наиболее ярких представителей социалистического реализма в живописи стал Александр Александрович

Дейнека. В его творчестве отражены ценности времени: героизм, труд, физическая и духовная сила человека новой эпохи. Актуальность исследования заключается в необходимости осмысления искусства как инструмента идеологического влияния и исторического свидетельства.

Материалы и методы. Методология исследования основана на анализе сюжетного содержания живописных и графических произведений А. Дейнеки, включая картины «Оборона Петрограда», «Оборона Севастополя», серию «В Донбассе». Были применены контекстуальный, системный метод и метод исторического анализа, что позволило рассмотреть искусство соцреализма в широком культурном контексте.

Результаты и их обсуждение. А. Дейнека создал образ «нового человека» – физически развитого, морально устойчивого, преданного идеалам коллективного труда и героизма. В его работах сочетаются монументальность и динамика, правдивость и символизм. Спорт, индустриализация, армейский подвиг, труд шахтёров – все эти темы он осмысливает через призму социалистической идеологии. Картина «Оборона Петрограда» передаёт обобщённый образ героической эпохи, а «Оборона Севастополя» – трагизм и стойкость, проявленные в годы Великой Отечественной войны. Графическая серия «В Донбассе» не только раскрывает бытовую сторону жизни рабочих, но и подчеркивает важность общечеловеческих ценностей, социальной ответственности трудящихся. Особенностью А. Дейнеки является избегание избыточной детализации при сохранении выразительности и документальной точности.

Выводы. Творчество Александра Дейнеки, ставшее символом социалистического реализма, представляет собой синтез эстетики и идеологии советского общества. Его произведения, при том, что достаточно полно соответствовали официальной позиции, сохраняли художественную глубину, искренность и авторский стиль. А. Дейнека остаётся ключевой фигурой в истории советского искусства, а его картины – важным источником понимания образа времени и его визуального кода. Исследование его творчества позволяет глубже осмыслить роль искусства в формировании общественного сознания.

СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА

Инякова Е.В., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доц. Е.В. Заикина

Введение. Согласно клиническим рекомендациям, идиопатический легочный фиброз – особая форма хронической прогрессирующей фиброзирующей интерстициальной пневмонии неизвестной этиологии; возникает преимущественно у людей старшего возраста, поражает только легкие и связана с гистологическим и/или компьютерно-томографическим паттерном обычной интерстициальной пневмонии.

Материалы и методы. Клинический случай: пациент Д, 60 лет. Жалобы: на одышку, сухой кашель. Анамнез: одышка с 2021 г., в том же году выявлены изменения на ФЛГ. Не лечился. Ухудшение состояния в последние 1,5 года, усиление одышки. Работает строителем. Курит около 45 лет, ранее по пачке в день, сейчас по 4-5 сигарет в день. По материнской линии бронхиальная астма. Объективно: состояние удовлетворительное. Дистальные фаланги пальцев рук по типу барабанных палочек, ногти – часовые стекла. В легких – перкуторно звук легочный, в нижних отделах с обеих сторон притупление. Аускультативно – дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон хрипы типа «velcro». ЧДД – 17 в мин.

Результаты и их обсуждение. Проводился дифференциальный диагноз между ХОБЛ, бронхиальной астмой, идиопатическим легочным фиброзом и хроническим бронхитом с обструктивным компонентом.

По данным лабораторно-инструментальных исследований КТ: интерстициальные изменения в легких: диффузное снижение пневматизации легочной ткани по типу матового стекла, на фоне ретикулярных изменений, преимущественно в субплевральных отделах легких с обеих сторон определяются множественные разноразмерные соты, а также бронхиоло- и бронхоэктазы. В верхушках легких зоны парасептальной эмфиземы.

Спирометрия: нарушений ФВД не выявлено. ЖЭЛ – 83%, ОФВ1 – 92%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 85%. Общий и биохимический анализы крови – без изменений.

IgE общий: 197,30 МЕ/мл. ЭхоКГ: увеличение ЛП, ПП, ЛЖ. Эксцентрическая гипертрофия ЛЖ. Склероз АК. Недостаточность МК 2ст (умеренная). Наличие зоны нарушения локальной сократимости ЛЖ + незначительное нарушение глобальной сократимости ЛЖ. Вероятность легочной гипертензии 3 ст. Атеросклероз корня аорты. Умеренная регургитация на ЛК, ТК. На основании анамнеза, клинической картины, данных осмотра и данных КТ был выставлен диагноз «Идиопатический легочный фиброз». Пациент был направлен на получение антифибротической терапии.

Выводы. За счет неспецифичности клинической картины и маскировки под другие заболевания нижних дыхательных путей, постановка диагноза «Идиопатический легочный фиброз» затруднена. Другим сложным аспектом является отсутствие на данный момент терапии, позволяющей уменьшить уже имеющийся фиброз интерстиция легких. Поэтому необходима настороженность врача относительно интерстициальных заболеваний легких для как можно более ранней диагностики и начала специфического лечения.

РОЛЬ СИНАНТРОПНЫХ ЖИВОТНЫХ В РАСПРОСТРАНЕНИИ ПАРАЗИТОВ ЧЕЛОВЕКА

Калимулина А.Р., Кудимкина К.Т., 3 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: д.б.н., доц. А.И. Новак

Введение. Паразитарные инвазии человека являются актуальной проблемой международного масштаба. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 4,5 млн человек в мире заражено различными паразитами, причём 99% из них приходится на гельминтозы, многие из которых распространяются синантропными животными: птицами (голуби, воробьи, вороны, галки, грачи) и млекопитающими (кошки, собаки, грызуны). Неконтролируемое увеличение количества бродячих животных, а также антисанитарное состояние мест выгула домашних собак оказывают значительное влияние на распространение зооантропонозов: криптоспоридиоза, токсоплазмоза, цистоизоспороза, дипилидиоза, гименолепидоза, стронгилоидоза, токсокароза, нотоэдроза, саркоптоза и других.

Цель. Изучить встречаемость зооантропонозов у синантропных животных на территории города Рязани.

Материалы и методы. В 2024 году исследовано 277 проб фекалий животных из разных районов города Рязани: 223 – от собак, 4 – от кошек, 50 – от голубей. Использованы копроскопические методы последовательных промываний; нативного мазка с окраской по Циллю-Нильсену; Фюллеборна, Щербова. Выполнен аналитический обзор научной литературы по теме исследований и статистических материалов «Центра гигиены и эпидемиологии Рязанской области».

Результаты и обсуждение. У собак выявлены яйца токсокар (2,2 %), стронгилоидов (4,5 %) в Московском, Железнодорожном и Советском районах. У голубей ооцисты криптоспоридий в 16 % случаев (8 проб из 50). Интенсивность инвазии криптоспоридиями определяли методом подсчета в 10 полях зрения микроскопа при увеличении в 1000 раз: низкая – от 1 до 3 ооцист, средняя – до 4 ооцист, высокая – от 5 и более. По результатам исследований в 6 пробах выявлен низкий уровень инвазии, в 2 – высокий. Среди населения Рязанской области регулярно регистрируются токсокарозы (0,18-0,73 случая на 100 тысяч), стронгилоидоз (0,36 на 100 тысяч), спорадически – нотоэдроз или саркоптоз. Случаи аккаридозов зафиксированы у детей при тесном общении с кошками и щенками. В России ежегодно выявляется от 0,5 до 2,1 случаев токсокароза на 100 тысяч населения.

Выводы. В последние годы наметилась тенденция снижения уровня зараженности. Невысокий уровень инвазированности людей стронгилоидами и токсокарами по данным медицинской статистики можно объяснить сложностью дифференциальной диагностики гельминтозов, которые характеризуются неспецифическими симптомами, сходными с ОРВИ и расстройствами пищеварительной системы. Фиксируются только случаи обращения за медицинской помощью. В связи с этим необходимо проводить плановый

скрининг зараженности людей зооантропонозными паразитами и выявлять источники заражения.

ВЛИЯНИЕ СПОРТИВНЫХ ТРЕНИРОВОК НА ДИНАМИКУ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ

Князева А.А., 3 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: д.м.н., доц. А.А. Дементьев

Введение. Рациональная двигательная активность и популяризация занятий физической культурой являются основополагающими факторами, формирующими здоровье. Однако возникает вопрос о влиянии спортивных тренировок на динамику умственной работоспособности студентов.

Материалы и методы. Объект исследования – студенты обоего пола в возрасте 18-23 года (10 человек). Повторное исследование: функциональные показатели исследовались до и после тренировки в недельной динамике (вторник, четверг, суббота, вторник следующей недели). Оценивалась динамика следующих показателей: длительность задержки дыхания, систолическое и диастолическое кровяное давление, частота сердечных сокращений. Оценки динамики умственной работоспособности проводилась по цифровому тесту Шульте. Статистическая обработка результатов исследования проводилась непараметрическими методами, рассчитывались медиана, межквартильный размах (Q1-Q3), межгрупповые сравнения для зависимых переменных проводились по критерию Вилкоксона при целевом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При проведении пробы с задержкой дыхания исследование показало статистически значимое снижение медианы времени задержки дыхания в динамике тренировки в 1,4 раза ($p=1,6E-07$), которое сохраняется и в отдельные дни недели и наиболее значимо в субботу и вторник следующей недели ($p<0,005$), что может свидетельствовать о неполном восстановлении за период отдыха. В ходе исследования не было выявлено достоверного изменения систолического, диастолического и пульсового давления ($p>0,05$). В динамике тренировки регистрировалось статистически значимое увеличение медианы ЧСС на 25% с 78 до 97,5 уд/в мин ($p=1,3E-07$), тренировки сохраняется и в отдельные дни недели и наиболее значимо в субботу и вторник следующей недели ($p<0,005$), что подтверждает предположение о неполном восстановлении за период отдыха. Выявлено статистически значимое уменьшение на 10,3% медианы длительности выполнения теста Шульте после тренировки по сравнению с её началом ($p=0,000027$), что свидетельствует об увеличении умственной работоспособности. Статистически значимое улучшение умственной работоспособности регистрировалось только в четверг и второй понедельник.

Выводы. Уменьшение длительности задержки дыхания и увеличение частоты сердечных сокращений свидетельствуют о формировании кислородной

задолженности после выполнения физической работы и являются признаками утомления и не полного восстановления в период между тренировками. Более значимое снижение данных показателей в первую тренировку после выходных свидетельствует о неполном восстановлении и не достаточной эффективности отдыха. Также физическая нагрузка, полученная во время тренировки, способствует восстановлению умственной работоспособности студентов.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ О ВЛИЯНИИ ЭЛЕКТРОННЫХ СИГАРЕТ НА ИХ ЗДОРОВЬЕ

*Комиссарова Т.А., Витовская В.М., 1 курс, факультет СПО
и бакалавриата «Сестринское дело»*

Научный руководитель: А.В. Максимова

Введение. Актуальность: в наше время курящий подросток явление очень частое. Не замечать это уже невозможно. Почему подростки подсаживаются на Вейпы? Считают ли они это вредным и каким последствиям это может привести? В связи с этим, нам захотелось разобраться в этой проблеме.

Личностные мотивы: беспокойство за здоровье подрастающего поколения.

Материалы и методы. Объект исследования: подростки 14-16 лет курящие электронный сигареты.

Предмет исследования: осведомлённость подростков о вреде электронных сигарет.

Цели: выяснить степень информированности среди подростков о вреде электронных сигарет.

Гипотеза: предполагаем, что подростки недостаточно информированы о вреде и негативном воздействии электронных сигарет на их здоровье.

Задачи исследования:

- анализ литературных и интернет-ресурсов,
- проведение анкетирования среди учащихся 8 и 11 классов,
- сравнение и обработка полученных данных,
- способствовать формированию знаний подростков о вреде курения Вейп.

В данной работе для решения перечисленных выше задач из открытых интернет-источников была изучена конструкция и принцип работы Вейпа.

Результаты и их обсуждение. Для изучения информированности подростков исследование проводилось методом анкетирования. Опрос был проведён среди 85 учеников школы № 68 города Рязани в возрасте от 14 до 16 лет. Анкета содержала 13 вопросов как открытых, так и закрытых.

Выводы. На основании полученных данных входе опроса, мы сделали следующие выводы:

1) Многие подростки знают, что такое Вейпинг, некоторые из них пробовали курить электронные устройства. Немногие из опрошенных курят на постоянной основе, объясняя это тем, что курение снимает стресс и приносит удовольствие.

2) Часть опрошенных из этой группы подростков ответили, что имеют зависимость от курения. Так же в среде опрошенных, респонденты ответили, что у них есть негативные примеры в лице друзей и членов семьи, которые подвержены пагубному влиянию курения и тем самым они подают пример того, что курение не так уж и вредно.

3) Некоторые родители, выдавая деньги своему чаду на карманные расходы, не всегда контролируют куда они на самом деле были потрачены.

4) Несмотря на то, что с подростками проводят беседы и обсуждают вопросы Вейпинга учителя (на классных часах), родители (многие из которых узнав о пристрастии своего ребёнка конечно же ругают и уговаривают бросить, приводя различные доводы), некоторые подростки не хотят, а может уже и не могут бросить эту пагубную привычку.

АУТОАГРЕССИВНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННОГО СТУДЕНТА: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

Косырева А.В., 6 курс лечебный факультет

Научный руководитель: д.м.н., проф. А.В. Меринов

Введение. Студенты традиционно являются группой повышенного суицидального риска, связанного, в частности, с высоким уровнем учебного стресса. Изучение и мониторинг особенностей суицидологических характеристик студенческой молодежи – важный аспект построения профилактических программ.

Материалы и методы. Исследованы 345 анкет студентов, направленных на выявление их аутоагрессивных особенностей (104 юноши и 241 девушки). Использованы методы описательной статистики и хи-квадрат Пирсона (p – статистически значимая разница между группами студентов мужского и женского пола одного и того же учебного времени).

Результаты и их обсуждение. Группу студенток характеризуют следующие значимые для суицидологической практики паттерны (разница достигает статистически значимого значения): присутствие навязчивого чувства стыда, навязчивое чувство вины, частые угрызения совести, одиночество, беспричинные эпизоды депрессии и безнадёжности, посещение психиатра или психолога в анамнезе. Студентов юношей соответственно: курение и склонность к неоправданному риску. Иных достоверных отличий обнаружено не было, при условии, что суицидальные попытки в анамнезе отмечались у 4,8% юношей и 7,05% девушек, суицидальные мысли – у 24,09% и 29,46% соответственно. В сравнении с результатами, полученным в аналогичном исследовании, осуществленном 10 лет назад, картина в целом мало изменилась, что говорит в пользу относительно стабильных показателей исследуемых значений.

Выводы. Общее количество аутоагрессивных паттернов остается заметным в исследуемой группе, с некоторым преобладанием таковых в женской

подгруппе. В целом, отмечаются тенденции, аналогичные выявленным в ранее проведенном исследовании.

ИНТРУЗИЯ МОЛЯРОВ С ПОМОЩЬЮ ЗАВЫШАЮЩИХ КОРОНОК И МИНИ-ВИНТОВ

Кривич А.Я., 3 курс, стоматологический факультет
Научный руководитель: В.В. Илясов

Актуальность. Выдвижение верхних моляров наблюдается в 82% при отсутствии зубов-антагонистов. В настоящее время не найдено эталонного метода интрузии моляров для дальнейшего восстановления дефекта полости рта искусственным зубом.

Цель: изучить метод интрузии моляров с помощью завышающих прикус искусственных коронок для внедрения в дальнейшую практику врачей-стоматологов.

Материалы и методы. Для данной научной работы использовались материалы, размещенные в сети «Интернет». Особенно активно использовались статьи из таких источников: поисковая система по биомедицинским исследованиям – PubMed, научная электронная библиотека – CyberLeninka, исследование Нанкинского университета. Для перевода иностранных статей использовалась нейросеть Merlin. Производился анализ статей и исследований, посвященных теме «интрузия моляров с помощью завышающих коронок и мини-винтов».

Результаты и их обсуждение. По результатам исследований были рассмотрены плюсы использования завышающих коронок частичных съемных протезов для интрузии моляров, а также проведено сравнение с использованием мини-винтов.

В 2017 году в Нанкинском университете было проведено лечение 8 человек с использованием завышающих коронок частичных съемных протезов. Лечение у всех прошло успешно, удалось достигнуть 57% интрузии по отношению к изначальному выдвижению. Лечение в среднем составило 6 месяцев, не вызвало осложнений у пациентов и не имеет абсолютных противопоказаний.

Использование мини-винтов показывает высокую эффективность, но несмотря на это оно имеет ряд существенных недостатков. Высокая стоимость лечения, инвазивности, наличие противопоказаний. Ряд исследований отмечают возможность резорбции корня моляра, на который направлена нагрузка, а также ряд других осложнений.

Результаты исследований показали преимущества использования метода интрузии с использованием завышающих коронок частичных съемных протезов.

Выводы. Использование частичных съемных протезов с завышающими коронками для интрузии моляров – универсальный метод, имеющий низкую стоимость, высокую эффективность и отсутствие противопоказаний. Данный метод имеет преимущества перед другими методами интрузии моляров.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ И ГЭРБ

Кунова Д.А., 4 курс, лечебный факультет

Научные руководители: к.м.н. С.В. Шелухина, к.м.н. Е.В. Маркова

Введение. Ахалазия кардии – идиопатическое нервно-мышечное заболевание, представляющее собой первичное нарушение двигательной функции пищевода, проявляющийся непостоянным спазмом нижнего пищеводного сфинктера. Клиническая картина: дискомфорт при глотании, нарушение прохождения жидкости и твёрдой пищи, регургитация пищевого комка, болезненные ощущения за грудиной.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризуется регулярно повторяющимся забросом в пищевод желудочного и дуоденального содержимого.

ГЭРБ и ахалазия имеют сходные симптомы: дисфагия, ощущение инородного тела при глотании, также для ГЭРБ характерны изжога, тошнота, частая икота, изменение голоса, кашель.

Материалы и методы. Данные объективного, лабораторных и инструментальных исследований пациентки, находившейся на стационарном лечении в ГКБ №4.

Клинический случай. Больная С., 48 лет, 17.09.2024 поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на чувство кома за грудиной при прохождении жидкой пищи (приём жидкости заканчивался срыгиванием с примесью слюны), отрыжку воздухом, отсутствие аппетита, жажду. Из анамнеза известно, что ранее возникало затруднение прохождения твёрдой пищи после психоэмоциональных нагрузок. В 2022 г. произошло усугубление дисфагии на фоне стресса, лечилась амбулаторно с улучшением (диагноз ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит).

Настоящее ухудшение состояния вечером 12.09.2024 на фоне стресса. Прием средств, назначенных ранее, – без эффекта. Обратилась в поликлинику по месту жительства, с диагнозом ГЭРБ: эзофагит госпитализирована в дневной стационар ГКБ №4 в связи с неэффективностью проводимой терапии. При поступлении был поставлен диагноз ГЭРБ: рефлюкс-эзофагит.

Результаты и их обсуждение. При расспросе выявлен повышенный уровень тревожности. ОАК и биохимический анализ крови: изменений нет. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Эндоскопическое исследование: в просвете пищевода обнаружена виноградина, кардия смыкается, слизистая пищевода не изменена.

Рентгенологическое исследование: в нижней трети пищевода на протяжении 2,5 см имеется равномерное коническое сужение. Эвакуация небольшими порциями с неровным глотком. Прохождение контрастного вещества через пищевод, замедленное до 30 с.

Учитывая эндоскопические и рентгенологические данные, можно установить заключительный клинический диагноз: ахалазия кардии I степени.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует сходство симптомов ГЭРБ и ахалазии кардии, что требует внимательного изучения жалоб, анамнестических данных и обязательное использование рентгенологических и эндоскопических методов в дифференциальной диагностике и постановке диагноза.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЛИМФОЦИТАРНЫЙ МЕНИНГИТ МОЛЛАРЕ: НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ИЛИ ИНФЕКЦИОННАЯ ПРОБЛЕМА?

*Филина А.Д., 5 курс, лечебный факультет,
Лушникова К.А., 6 курс, лечебный факультет*

Научные руководители: к.м.н., доц. Е.А. Карасева, к.м.н., доц. К.А. Агеева

Введение. Доброкачественный рецидивирующий лимфоцитарный менингит – заболевание, характеризующиеся повторяющимися эпизодами воспаления мозговых оболочек, за которыми следуют периоды полного отсутствия симптомов и патологических изменений в ликворе.

Впервые данное заболевание было описано Р. Mollaret в 1944 году. Одним из этиологических факторов считается вирус простого герпеса (ВПГ) 2 типа.

Клиническая картина включает внезапное начало с интенсивной головной болью, менингеальными симптомами, лихорадкой, возможны преходящие неврологические нарушения. В ликворе выявляется лимфоцитарный плеоцитоз при отсутствии бактериального возбудителя.

Материалы и методы. Проведен анализ истории болезни пациента менингитом Молларе.

Результаты и их обсуждение. Пациент Б. 1992 г.р. поступил в ГБУ РО ОКБ им. Н.А. Семашко 19.09.2024 с жалобами на головную боль, преимущественно в теменной области, боль в глазных яблоках, общую слабость, повышение температуры тела до 37,8°C.

Анамнез заболевания: в конце 2018 года, в феврале 2020 года, в июне 2023 года перенес серозный лимфоцитарный менингит. Возбудитель идентифицирован не был.

Считает себя больным с 18.09.2024, когда появились вышеописанные жалобы. Принимал анальгин, цитрамон, суматриптан, трекрезан – без эффекта. 19.09.2024 вновь появилась сильная головная боль, повышение температуры тела до 37,3°C. Вызвал скорую помощь, госпитализирован в инфекционное отделение.

При поступлении: состояние удовлетворительное, сознание ясное, больной ориентирован в пространстве, времени, личности. Положение активное. Кожа и слизистые оболочки нормальной окраски, периферические отеки отсутствуют. ЧДД 17 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС 77 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст.

Неврологический статус – сознание ясное, зрачки равные, движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет, язык по средней линии, асимметрии носогубных складок нет. Тонус и сила в конечностях не изменены. Симптомов натяжения нет. Сенсорных расстройств нет. Сухожильные рефлекс равны, средней живости. Патологических знаков нет, в позе Ромберга устойчив, пальценосовую пробу выполняет правильно, с двух сторон. Менингеальные симптомы сомнительные. Проведены лабораторные и инструментальные исследования: в ОАК (19/09/2024) лейкоцитоз – $12,75 \cdot 10^9/\text{л}$; ликвор (20/09/2024) – бесцветный, прозрачный, повышенное содержание белка, глюкозы, цитоз 554 клеток/1 мкл. (лимфоциты 98%). Выделен – ВПГ 1, 2 типа.

МРТ головного мозга – очаговых и объемных образований не определяется.

В связи с установлением возбудителя назначен ацикловир 750 мг 3 раза в день. На фоне лечения положительная динамика, выписан с улучшением.

Выводы. Данный случай демонстрирует типичное течение менингита Моллара с рецидивирующими эпизодами лимфоцитарного менингита и подтвержденной герпетической этиологией. Редкость заболевания, низкая настороженность врачей приводят к поздней диагностике. Применение противовирусной терапии способствует купированию симптомов и снижению частоты рецидивов.

ГЕМОХРОМАТОЗ 1 ТИПА: МИНОРНАЯ МУТАЦИЯ РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ. СЛОЖНОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Мухина В.В., 4 курс, педиатрический факультет

Научный руководитель: Е.И. Шумская

Введение. Гемохроматоз (МКБ 10: E83.1 – Нарушения обмена железа) – состояние, характеризующееся избыточным накоплением данного микроэлемента в тканях и органах. При проведении генетического скрининга было установлено, что гомозиготная мутация гена *HFE* регистрируется у 1 из 500 обследованных, тогда как число клинически установленных случаев заболевания составляет 1:5000. Таким образом, значительное количество случаев не распознается или диагностируется поздно, на стадии необратимого поражения внутренних органов. I тип наследственного гемохроматоза наследуется аутосомно-рецессивно, обусловлен мутациями гена *HFE* C282Y, H63D.

Материалы и методы. Анализ истории болезни, данные мировой литературы, работа с генетической базой данных OMIM.

Результаты и их обсуждение. Гемохроматоз, связанный с дефицитом гепсидина или резистентностью к нему, приводит к повышению уровня железа в плазме, образованию насыщенного трансферрином железа, которое захватывается паренхиматозными клетками и запускает патогенетический процесс. Рассмотрим клинический случай. Пациентка Д., 17 лет фенотипически без особенностей. При плановом обследовании в 2012 (5 лет) выявлено увеличение селезенки. Направлена для обследования и лечения в ФНКЦ ДГОИ,

где выставлен диагноз: Наследственная гемолитическая анемия (сфероцитоз). В 7 лет после ОРВИ – гемолитический, апластический криз (паравирус В19). После выписки кризов не отмечалось. В 9 лет проведена сплен-холецистэктомия. Наблюдается гематологом. Обращает на себя внимание повышенное сывороточное железо (СЖ), сывороточный ферритин (СФ), насыщение трансферрина железом (НТЖ). В 17 лет после ОРВИ ухудшение состояния, назначено комплексное обследование, мол/ген тестирование гена *HFE*. Гемохроматоз?

УЗ-признаков патологии органов брюшной полости и почек не выявлено. ЭХОКГ: Проплап митрального клапана с регургитацией 1 ст.

Генетический анализ: обнаружен патогенный вариант нуклеотидной последовательности в гомозиготной форме в гене *HFE* H63D G/G, нормальный вариант C282Y G/G.

Синдром H63D – это очень редкий клинический фенотип, связанный с гомозиготной мутацией гена *HFE*, диагностируется как отдельная редкая нозология. В тоже время, гомозиготная мутация *HFE*-H63D является причиной классического и поддающегося лечению гемохроматоза только у 6,7% её носителей.

Выводы. Своевременное обращения к врачу, генетическое консультирование и комплексное обследование позволяет выявить гемохроматоз в раннем возрасте. Назначение своевременной терапии хелаторами железа улучшает качество жизни пациентов. Систематический подход к анализу клинических данных и анализ мировой литературы играет значительную роль в дифференциальной диагностике генетических заболеваний.

ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА КАК МАНИФЕСТАЦИЯ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА

Низов А.А., 6 курс лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доц. Э.С. Бельских

Введение. Лихорадка неясного генеза (ЛНГ) – это наднозологический синдром, при котором температура $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ держится более 21 дня и остаётся необъяснённой после базового диагностического алгоритма – от клинического осмотра до рутинных лабораторных и инструментальных тестов. Современный мета-анализ 2024 г. (Wright W.F., Wang J., Auwaerter P.G. Fever of Unknown Origin Criteria Influences Diagnostic Outcomes. Am J Med. 2024) показывает, что строгое соблюдение этих критериев повышает диагностическую «встречаемость» ЛНГ до 79% и сокращает сроки постановки диагноза. В структуре причин ЛНГ у терапевтических больных инфекционные агенты лидируют, однако на втором месте уверенно располагаются злокачественные новообразования, прежде всего гемобластозы; их доля достигает 25% и продолжает расти на фоне широкой иммуносупрессивной терапии и увеличения продолжительности жизни.

Материалы и методы. Анализ данных истории болезни больного М. 71 г.

Результаты и обсуждение. Представленный клинический случай 71-летнего пациента иллюстрирует типичную диагностическую ловушку. После тяжёлого COVID-19 на фоне интерстициального лёгочного фиброза больной длительно получал высокодозные ГКС и испытывал хроническую гипоксию. Уже на этапе реабилитации появились лейкопения с единичными миелоцитами, рецидивирующая лихорадка до 39°C, афтозный стоматит и костные боли, однако эти «красные флаги» остались недооценёнными. Лишь через 14 месяцев после дебюта симптомов, при очередном эпизоде ЛНГ, миелограмма выявила >20% миелобластов и позволила верифицировать острый миелоидный лейкоз (ОМЛ). Отсроченная диагностика привела к быстрому росту бластов (до 62%), резистентной фебрильной нейтропении и летальному исходу на 25-й день химиотерапии.

Причины, по которым лейкоз остался не замечен:

1. Длительная иммуносупрессия маскирует классическую воспалительную и лейкомоидную реакцию.
2. Хроническая гипоксия индуцирует экспрессию HIF-1 α , поддерживающую лейкомогенные клоны.
3. Фиброзная ремоделирование тканей создаёт условия для злокачественной трансформации стволовых клеток.

Выводы:

1. ЛНГ>3 недель на фоне ГКС следует рассматривать как возможную манифестацию гемобластоza независимо от абсолютного числа лейкоцитов.
2. Повторные ОАК с ручной микроскопией надо дополнять развёрнутой формулой; появление миелоцитов или бластов требует немедленной гематологической консультации.
3. В каждом случае ЛНГ необходим междисциплинарный консилиум; «затраты времени на обсуждение» окупаются более ранним началом этиотропной терапии.
4. Хроническая гипоксия и длительная стероидотерапия – модифицируемые факторы риска ОМЛ; коррекция сатурации и минимизация дозы ГКС должны войти в профилактический стандарт для гемобластозов.

Таким образом, длительная персистирующая лихорадка должна быть поводом для углублённого обследования с привлечением мультидисциплинарной команды. Принцип «лучше один раз пунктировать, чем опоздать» в контексте ЛНГ способен спасти жизнь пациента.

МЕДИЦИНСКАЯ ФИЗИКА: ОТ АДАПТИРОВАННОЙ ФИЗИКИ К ПРОФИЛЬНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Прохина С.А., 2 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: А.А. Кривушин

Введение. Физика традиционно занимает особое место в медицинском образовании: на протяжении десятилетий она преподавалась будущим врачам в адаптированном формате – с примерами из физиологии и медицинской техники. Такой курс позволял студентам видеть практическое значение физических законов для диагностики и терапии. Однако в последние десятилетия, на фоне развития радиационной медицины и высокотехнологичных методов лечения, возникла необходимость в выделении медицинской физики в самостоятельную область знаний и профессиональной деятельности.

Материалы и методы. Работа основана на анализе исторических этапов преподавания физики в медицинских вузах, международных практик (IAEA, EFOMP, AARM) и нормативных документов Российской Федерации. Особое внимание уделено приказу Минздрава № 206н (2023), закрепившему квалификационные требования к медицинским физикам. Также использованы результаты анкетирования студентов и выпускников (n=203), отражающие их восприятие термина «медицинская физика».

Результаты и обсуждение. Исторически физика для студентов-медиков развивалась как адаптированный курс, в котором классические разделы (механика, оптика, электродинамика) дополнялись медицинскими примерами. В 1960–1980-е годы это закрепились в учебниках как «медицинская и биологическая физика». До 2023 года термин «медицинская физика» применялся условно – как к базовым курсам, так и к прикладным аспектам. Ситуация изменилась после приказа Минздрава № 206н (2023), где профессия «медицинский физик» закреплена как клиническая специальность (радиотерапия, радиодиагностика, дозиметрия, радиационная безопасность), что соответствует международному пониманию *medical physics*.

Результаты анкетирования показывают, что у большинства студентов сохраняется терминологическая путаница: 70 % респондентов воспринимают медицинскую физику как совокупность методов и технологий в медицине или как «физику для врачей», тогда как только около 60 % признают её самостоятельной научной дисциплиной. Это подтверждает необходимость разграничения понятий: медицинская физика – это не просто физика в медицине, а клиническая профессия, связанная с радиотерапией, радиодиагностикой, дозиметрией и радиационной безопасностью.

Выводы. Эволюция курса физики в медицинском образовании показывает, как адаптированная дисциплина постепенно превратилась в основу для выделения медицинской физики как профильной области. Этот переход отражает усиление роли физических методов в современной медицине и подчёркивает их значение для развития высокотехнологичных диагностических и лечебных технологий.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

Реш Е.Р., Дьяченко В.А., 2 курс, стоматологический факультет

Научные руководители: к.б.н., доц. М.В. Акулина,

к.б.н., доц. Н.А. Куликова

Введение. Изучение взаимосвязи уровня тревожности с показателями электрической активности жевательных мышц представляет собой важную область междисциплинарных исследований. Понимание того, как психоэмоциональные факторы влияют на состояние челюстно-лицевой области, важно для специалистов – стоматологов при установке постоянных либо временных конструкций.

Цель. Выявление взаимосвязи между уровнем тревожности и состоянием жевательных мышц.

Материалы и методы. В исследовании участвовали студенты-юноши второго курса Рязанского государственного медицинского университета, возраст которых составлял от 18 до 19 лет, и которые не имели аномалий зубочелюстной системы. Психоэмоциональное состояние оценивали с использованием опросников Спилберга-Ханина, Тейлор, Бэка и с помощью кардиоинтервалографии (АПК «Варикард»). Физиологическое состояние жевательных мышц оценивали с помощью электромиографии (АПК Biopac Student Lab). Статистический анализ проводили с использованием программы Statistica 12.

Результаты и их обсуждение. На 1 этапе исследования оценивались показатели в отсутствии рубежных контрольных мероприятий. 2 этап включал в себя оценку этих же показателей на неделе рубежных контрольных мероприятий. По данным анкетирования (по опросникам Бэка, Тейлор и Спилберга-Ханина) выявили, что при наличии рубежных контрольных мероприятий уровень тревожности испытуемых достоверно увеличивается по сравнению с отсутствием рубежных контролей ($p < 0,001$). Результаты кардиоинтервалографии свидетельствуют, что ЧСС при наличии рубежных контрольных мероприятий увеличивается, а коэффициент вариации уменьшается. Однако различия статически недостоверны. Уровень стресс индекса достоверно увеличивается на неделе рубежных контролей, как и индекс централизации ($p < 0,01$). Анализ данных электромиографического исследования показал различия параметров функционального состояния жевательных мышц при наличии и отсутствии рубежных контрольных мероприятий ($p < 0,05$). По результатам корреляционного анализа были выявлены связи умеренной степени выраженности между показателями тревожности и значениями электрической активности жевательных мышц в состоянии покоя, при слабом и при сильном сжатии. Также была выявлена связь между показателями индекса централизации и значениями электрической активности жевательных мышц в состоянии покоя, при слабом и при сильном сжатии.

Выводы. Установлено, что уровень тревожности, стресс-индекса, индекса централизации, электрическая активность жевательных мышц достоверно повышаются в условиях проведения рубежных контролей. Выявленные корреляционные связи указывают на наличие некоторой взаимосвязи электрической активности мышц с уровнем ситуативной тревожности и индексом централизации, однако сила этих связей варьируется в зависимости от степени сокращения мышц. Знание о связи тревожности и активности жевательных мышц может помочь в раннем выявлении и профилактике различных стоматологических заболеваний.

ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТНОГО ПОЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА

Рудь-Панарин В.В., 4 курс, стоматологический факультет
Научный руководитель: к.м.н. Е.В. Болотина

Введение. Болезни пародонта были и остаются одними из самых распространенных стоматологических заболеваний и имеют тесную связь с состоянием органов пищеварительного тракта, обмена веществ, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, формируя фон для сенсibilизации организма. Распространенность хронического гингивита у лиц молодого, трудоспособного возраста также остается на высоком уровне и составляет 85%, что является актуальной проблемой в современной стоматологии и также имеет медико-социальное значение. Несмотря на то, что поиск эффективных способов лечения хронического гингивита ведется давно, однако результат от их использования, в большинстве случаев, приводит к некоторому улучшению состояния слизистой оболочки десны. Находясь в поиске неинвазивного воздействия на человека, мы обратили своё внимание на физиотерапевтическое лечение, как один из элементов комплексного лечения заболеваний пародонта. Электромагнитные поля составляют неотъемлемую часть факторов, при воздействии которых формировалась живая природа.

Материалы и методы. Проводилось лечение 35 пациентов в возрасте от 15 до 26 лет с диагнозом хронический гингивит легкой и средней степени тяжести, в том числе 11 мужчин (31,4%) и 24 женщин (68,4%). Клиническое обследование до лечения включало, осмотр, определение индексов: Грина – Вермиллиона и РМА, а состояние микроциркуляции слизистой оболочки десны определяли с использованием аппарата ЛАКК-ОП. Физиотерапевтическое лечение с применением магнитотерапии назначали после проведения профессиональной гигиены полости рта. Проводили контроль гигиены рта в процессе лечения хронического гингивита. Способ лечения хронического гингивита заключается в контактном размещении излучателей низкочастотного низкоимпульсивного магнитного поля аппарата, при этом допустимо воздействие на зоны воспаления с 2 сторон одновременно. Курс лечения включал 10 процедур, длительность

каждой процедуры – 20 минут. Результаты курса магнитотерапии оценивались непосредственно после лечения.

Результаты и их обсуждение. Уменьшение проявлений воспалительных процессов в тканях пародонта, замедление прогрессирования заболевания, увеличение продолжительности ремиссии и сокращение частоты рецидивов заболевания. Улучшение качества жизни пациентов.

Выводы. Таким образом, использование аппарата магнито-терапевтического «ОФТАЛЬМАГ» при лечении хронического гингивита дало положительное влияние на динамику лабораторных показателей ротовой жидкости и ткани пародонта.

СОЧЕТАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ И ДИСТАЛЬНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Савельева Д.Е., 6 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: В.В. Баранов

Введение. Гипертоническая болезнь (ГБ) и сахарный диабет (СД) представляют серьезную медико-социальную проблему из-за высокой распространенности и риска сосудистых осложнений. Особую опасность представляет сочетание кардиоваскулярной (КАН) и дистальной нейропатии (ДН), значительно повышающее вероятность жизнеугрожающих осложнений при артериальной гипертензии.

Цель. Спрогнозировать риск развития инфаркта и инсульта у пациентов с ГБ и СД 2 типа в зависимости от наличия КАН и ДН.

Материалы и методы. На базе отделений ГБУ РО ОКБ и ГК БСМП обследовано 75 пациентов с ГБ и СД 2 типа, разделённые на группы: 1) КАН (n=16), 2) ДН (n=17), 3) КАН+ДН (n=20), 4) контрольная группа без нейропатии (n=22). Группы сопоставимы по основным параметрам (возраст $55,2 \pm 7,7$ лет, ИМТ $31,7 \pm 4,2$ кг/м², длительность СД $9,5 \pm 3,1$ лет, АД $154,9/96,3$ мм.рт.ст.). Для диагностики ДН исследовали нарушения поверхностной чувствительности с помощью неврологической иглы, Тип-Терм, монофиламента, камертона, определяли сухожильные рефлексy, ЭНМГ. Результаты интерпретировались по шкалам NISS-LL, TSS, ВАШ. Для диагностики КАН применялась ортостатическая проба 30:15.

Результаты и их обсуждение. Исследование выявило значительные нарушения гликемического контроля: у пациентов с КАН отмечена высокая вариабельность глюкозы, при ДН – снижение времени в целевом диапазоне, а при сочетанной нейропатии – максимальная вариабельность с минимальным временем нормогликемии. Во 2 и 3 группах наблюдалось снижение вибрационной, тактильной, болевой, температурной чувствительности, рефлексов, мышечной силы, скорости проведения импульса, амплитуды ответа и резидуальной латентности, а в 1 и 3 группе по пробе 30:15 выявлено снижение

вариабельности ЧСС, характерное для тяжелой автономной нейропатии. Установлена прямая зависимость между уровнем HbA1c и баллами по шкале TSS ($R=0,9184$), а также умеренная корреляция между показателями пробы 30:15 и временем в целевом диапазоне гликемии ($R=0,6619$). Выраженность нейропатии коррелировала с сердечно-сосудистым риском: 15-20% при изолированных формах, до 30% для инфаркта и 25% для инсульта при сочетанном поражении, тогда как в группе контроля риск не превышал 10%.

Выводы. ГБ и СД оказывают друг на друга взаимноотягчающее влияние. Сочетание КАН и ДН ухудшает контроль гипертензии и увеличивает частоту макрососудистых осложнений. Увеличение времени в целевом диапазоне гликемии и снижение её вариабельности уменьшают риск инсульта, инфаркта и других фатальных осложнений артериальной гипертензии.

ОЦЕНКА ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ГЛИКОАЛКАЛОИДСОДЕРЖАЩЕГО СУХОГО ЭКСТРАКТА КОЖУРЫ КЛУБНЕЙ КАРТОФЕЛЯ КЛУБНЕНОСНОГО (*SOLANUM TUBEROSUM*, F. *SOLANACEAE*)

Софронова А.И., Смирнова Е.А., 4 курс, фармацевтический факультет,

Сульженко Е.С., 3 курс, фармацевтический факультет

Научные руководители: д.б.н., доц. И.В. Черных,

Н.Г. Богомолов, Т.О. Острикова

Введение. Гликоалкалоиды (ГА) (α -соланин и α -чаконин) обладают противоопухолевой активностью, для ее подтверждения *in vivo* следует предварительно проанализировать острую токсичность при различных путях введения.

Материалы и методы. Эксперимент проводился на половозрелых мышах-самцах стока ICR (CD-1) массой 14-16 г с соблюдением всех норм содержания лабораторных животных в соответствии с Рекомендациями коллегии Евразийской экономической комиссии №33 при свободном доступе к воде и пище. Объект исследования – суспензию ГА-содержащего экстракта в 1%-ном растворе крахмала (100-1500 мг/кг), вводили внутрижелудочно. Наблюдение за животными продолжалось 14 дней после введения экстракта: ежедневно фиксировались изменения массы тела и сенсомоторные рефлексы. После гибели животных проводили некропсию внутренних органов с измерением массы и описанием макро- и микрокартины. Анализировали антихолинэстеразную активность экстракта (LD0, LD50, LD100). Статистический анализ проводился в программе GraphPad Prism 10.0. Характер распределения определяли с помощью критерия Шапиро-Уилка, для сравнения изменений массы тела – критерия Даннета. Статистически значимыми принимали различия при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. После внутрижелудочного введения экстракта мыши погибали через 9-96 часов. Значение LD50 составило 426,80 [296,42–557,18] мг/кг. У выживших животных с дозами 500, 750 мг/кг набор

массы тела по окончании эксперимента был ниже, чем у контрольной группы. При наблюдении за животными были отмечены седация, диарея, мышечная слабость, угнетение сердечной деятельности и дыхания. Макрокартина и масса внутренних органов не отличалась от контрольной группы. При микроскопии легких и печени выявлено венозное полнокровие, что свидетельствует об острой сердечной недостаточности. Антихолинэстеразная активность отмечалась в дозе 1500 мг/кг (LD100), активность фермента была снижена на $23,54 \pm 9,99\%$ ($p=0,0004$).

В эксперименте выявлены симптомы отравления экстрактом, а также микроскопические признаки острой сердечной недостаточности, которые могут указывать на антихолинэстеразную активность ГА-содержащего экстракта. Полученные результаты оценки активности ацетилхолинэстеразы подтверждают предполагаемый механизм токсичности. Значение полуметальной дозы позволяет отнести экстракт к классу умеренно токсичных соединений по классификации Hodge и Sterner.

Выводы. Таким образом, была проведена оценка острой токсичности и ацетилхолинэстеразной активности ГА-содержащего экстракта при внутрижелудочном введении. Механизм отравления связан с ингибированием ацетилхолинэстеразы.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МАРКЕРЫ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН

Фатеев М.А., 3 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доц. А.А. Камаев

Введение. Хронические заболевания вен (ХЗВ) нижних конечностей представляют собой актуальную медицинскую и социальную проблему, занимая одно из ведущих мест среди заболеваний периферических сосудов, что подтверждено в ряде эпидемиологических исследований. Преимущественное поражение варикозной болезнью лиц трудоспособного возраста, постоянно прогрессирующее течение заболевания с развитием декомпенсированных форм ХВН – все это ведет к снижению качества жизни и инвалидизации пациентов.

Материалы и методы. Сбор анамнеза и жалоб, физикальное, лабораторное и инструментальное обследование, хирургическое вмешательство. В исследовании, проведенном в ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, участвовали пациенты с ВРВ (88 человек), которые были поделены на 4 группы:

I группа. Компрессионная терапия (21 чел.)

II группа. Эндовенозная лазерная облитерация (ЭВЛО) (22 чел.)

III группа. ЭВЛО+МОФФ (23 чел.)

IV группа. ЭВЛО+Сулодексид (22 чел.)

Результаты и их обсуждение. Наиболее количественное и качественное снижение молекулярных маркеров было в III и IV группах:

I группа: Е-селектин – $4\% \downarrow$; MCP-1 – $2\% \downarrow$; VEGF – $4\% \downarrow$; MMP-2 – $1\% \downarrow$

II группа: Е-селектин – 31%↓; МСР-1 – 33%↓; VEGF – 2%↓; MMP-2 – 3%↓
III группа: Е-селектин – 36%↓; МСР-1 – 42%↓; VEGF – 51%↓; MMP-2 – 7%↓
IV группа: Е-селектин – 28%↓; МСР-1 – 38%↓; VEGF – 4%↓; MMP-2 – 54%↓

Выводы:

1. На фоне проводимого лечения отмечается снижение активности исследуемых показателей.

2. Наиболее выраженное изменение концентрации Е-селектина, МСР-1, VEGF, MMP-2 отмечалось у пациентов, которым проводилось назначение фармакотерапии после ЭВЛО.

ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Фатеев М.А., 3 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: д.м.н., доц. А.А. Егоров

Введение. В настоящее время частота аневризм абдоминальной аорты (ААА) в РФ составляет 10-40 случаев на 100 тысяч населения.

Материалы и методы. Исследование истории болезни пациента с ААА и проведенным оперативным лечением. Больной Х., мужчина, 31.03.1947 (77 лет), поступил в плановом порядке в ГБУ РО ОКБ 05.08.2024. Жалобы: общая слабость, пульсирующее образование в брюшной полости. Диагноз: основной: Атеросклероз. Аневризма брюшного отдела аорты. Сопутствующие заболевания: ГБ 3ст., контролируемая АГ, риск 4, НЖЭ, ХСН 1, ФК2. В ходе до обследования было проведено КТ с контрастированием и выявлена аневризма брюшной аорты. Размеры аневризмы – 12,87 x 9,06 x 6,94 см. Лечение. Аорто-подвздошное бифуркационное протезирование синтетическим протезом Intergard.

Результаты и их обсуждение. Операционное вмешательство было проведено 21.08.2024, а 29.08.2024 пациент был выписан.

Рекомендовано:

- АСК 100 мг 1 р/д;
- Ксарелто 2,5 мг по 1 таблетке 2р/д;
- Аторвостатин 20 мг 1р/д;
- Нольпаза 20 мг 2 р/д за 30 минут до еды;
- Рекомендация терапевта: метопролол 12,5 мг 2 р/д;
- КТ-контроль брюшного отдела аорты 1 раз в год с повторной консультацией сосудистого хирурга.

Выводы. На сегодняшний день хирургическое ведение доказано, является методикой выбора при лечении аневризмы брюшного отдела аорты. Несмотря на активное внедрение эндоваскулярных методик лечения, открытые оперативные вмешательства продолжают сохранять свою актуальность и доказанную эффективность. КТ-ангиографический контроль до оперативного вмешательства позволяет установить индивидуальную анатомию артерий, а также точную локализацию и размеры аневризмы.

НЮРНБЕРГСКИЙ ПРОЦЕСС: ВОЗМЕЗДИЕ ДЛЯ ПРЕСТУПНИКОВ

Чикановский Н.С., 1 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.и.н., доц. О.Г. Ракова

Введение. Нюрнбергский процесс (20.11.1945–01.10.1946) стал уникальным событием – первым в истории международным судом над главными нацистскими преступниками. Этот процесс, вошедший в историю как «суд народов», заложил основы современного международного уголовного права. Его историческое значение невозможно переоценить, однако ход процесса был осложнен серьезными политическими противоречиями между СССР и западными союзниками, что стало предвестником начинающейся «холодной войны».

Материалы и методы. В основе исследования лежат официальные материалы Международного военного трибунала, включая приговоры и протоколы заседаний. Анализ проведен на основе научных трудов отечественных историков (А.И. Полтораки, А.Г. Звягинцев), мемуаров непосредственных участников процесса, а также специализированных исследований по внешней политике предвоенного периода. Особое внимание уделено работам, освещающим дипломатические аспекты взаимодействия стран-победительниц.

Результаты и обсуждение. Процесс над 24 высшими руководителями Третьего рейха выявил фундаментальные разногласия между странами-победительницами. Западные союзники, контролируя большую часть архивов, ограничивали доступ СССР к доказательствам преступлений на Восточном фронте. Немецкая оборона активно пыталась дискредитировать СССР, поднимая вопросы о пакте Молотова-Риббентропа и Катынском расстреле, на что западные представители реагировали без должной поддержки советской стороны. Несмотря на языковой барьер, различия правовых систем и политическое давление, советская делегация добилась признания ключевых аспектов своей позиции. Решающую роль сыграли неопровержимые доказательства нацистских зверств – показания фельдмаршала Паулюса, подтвердившие планирование агрессии против СССР, и документальные фильмы о зверствах в концлагерях, шокировавшие мировую общественность.

Выводы. Несмотря на объективные трудности и начало «холодной войны», СССР сыграл ключевую роль в историческом осуждении нацизма. Нюрнбергский процесс установил важнейшие правовые нормы: принцип личной ответственности за преступления против мира, военные преступления и преступления против человечности, не имеющие срока давности. Трибунал опроверг средневековый принцип о неподсудности высших руководителей. Суд создал правовой прецедент для последующих международных трибуналов и заложил основы современной системы международного уголовного правосудия, став непреходящим предостережением для будущих поколений.