



НАУЧНЫЙ
ФОРУМ
nauchforum.ru

ISSN 2541-8386



№5(33)

НАУЧНЫЙ ФОРУМ:
МЕДИЦИНА, БИОЛОГИЯ
И ХИМИЯ

МОСКВА, 2020



НАУЧНЫЙ ФОРУМ: МЕДИЦИНА, БИОЛОГИЯ И ХИМИЯ

*Сборник статей по материалам XXXIII международной
научно-практической конференции*

№ 5(33)
Май 2020 г.

Издается с ноября 2016 года

Москва
2020

УДК 54/57+61+63

ББК 24/28+4+5

НЗ4

Председатель редколлегии:

Лебедева Надежда Анатольевна – доктор философии в области культурологии, профессор философии Международной кадровой академии, г. Киев, член Евразийской Академии Телевидения и Радио.

Редакционная коллегия:

Арестова Инесса Юрьевна – канд. биол. наук, доц. кафедры биоэкологии и химии факультета естественнонаучного образования ФГБОУ ВО «Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковлева», Россия, г. Чебоксары;

Карабекова Джамия Усенгазиевна – д-р биол. наук, гл. науч. сотр. Биолого-почвенного института Национальной Академии Наук Кыргызской Республики, Кыргызская Республика, г. Бишкек;

Сафонов Максим Анатольевич – д-р биол. наук, доц., зав. кафедрой общей биологии, экологии и методики обучения биологии ФГБОУ ВО "Оренбургский государственный педагогический университет", Россия, г. Оренбург.

НЗ4 Научный форум: Медицина, биология и химия: сб. ст. по материалам XXXIII междунар. науч.-практ. конф. – № 5(33). – М.: Изд. «МЦНО», 2020. – 56 с.

ISSN 2541-8386

Статьи, принятые к публикации, размещаются на сайте научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU.

ISSN 2541-8386

ББК 24/28+4+5

© «МЦНО», 2020

Оглавление	
Медицина и фармацевтика	5
Раздел 1. Клиническая медицина	5
1.1. Внутренние болезни	5
ОСОБЕННОСТИ АМИНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА ПЛАЗМЫ КРОВИ И СОДЕРЖАНИЕ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА-В1 У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА Шелкович Юлия Яновна	5
ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА Шелкович Юлия Яновна	10
1.2. Геронтология и гериатрия	15
АНАЛИЗ ОКАЗЫВАЕМОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ Шалапов Досхан Музаппарханович Бименова Маржан Молдагалиевна Ильясова Балжан Тастемирқызы Садыкова Асель Даулетбаевна Мәденбай Кәмшат Мұратқызы	15
1.3. Нервные болезни	22
ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ДЕМЕНЦИЯ Сагымбаев Темирлан Баршанулы	22
РОЛЬ МИКРОБИОТЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПАТОГЕНЕЗЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА Толегенова Ирада Хусанкызы	28
1.4. Педиатрия	34
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ, ОБСЛУЖИВАЕМОЙ ГУЗ «ЦГКБ Г. УЛЬЯНОВСКА» Шакирова Анжелика Рустамовна Солманова Ксения Сергеевна	34

Раздел 2. Медико-биологические науки	41
2.1. Патологическая физиология	41
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ МИГРЕНИ С ДЕПРЕССИЕЙ, ТРЕВОЖНОСТЬЮ И НАРУШЕНИЕМ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ	41
Ганцева Анастасия Александровна Стуков Александр Игоревич Зуева Татьяна Витальевна	
Раздел 3. Профилактическая медицина	48
3.1. Общественное здоровье и здравоохранение	48
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА	48
Мошкова Алина Игоревна Караваева Татьяна Александровна Леванов Владимир Михайлович,	

МЕДИЦИНА И ФАРМАЦЕВТИКА

РАЗДЕЛ 1.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

1.1. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ОСОБЕННОСТИ АМИНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА ПЛАЗМЫ КРОВИ И СОДЕРЖАНИЕ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА-В1 У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА

Шелкович Юлия Яновна

ассистент,

*Гродненский государственный медицинский университет,
Республика Беларусь, г. Гродно*

FEATURES OF THE AMINO ACID COMPOSITION OF BLOOD PLASMA AND THE CONTENT OF TRANSFORMING GROWTH FACTOR-B1 IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA/HYPOPNEA SYNDROME

Yuliya Shaikovich

Lecture assistant,

*Grodno State Medical University,
Belarus, Grodno*

Аннотация. В настоящее время особенности течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) у пациентов с синдромом обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) малоизучены. Статья посвящена изучению аминокислотного состава плазмы крови и содержания трансформирующего фактора роста- $\beta 1$ у пациентов с ГЭРБ и СОАГС.

Abstract. Nowadays, the features of gastroesophageal reflux disease (GERD) in patients with obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome (OSAHS) are not completely investigated. The article is dedicated to the study of the amino acid plasma composition and the level of transforming growth factor- $\beta 1$ in patients with GERD and OSAHS.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна; трансформирующий фактор роста- $\beta 1$; аминокислотный состав плазмы крови.

Keywords: gastroesophageal reflux disease; obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome; transforming growth factor- $\beta 1$; amino acid composition of blood plasma.

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) представляют собой коморбидные заболевания, способные приводить к синдрому взаимного отягощения. В литературных источниках имеются указания на то, что СОАГС способствует развитию фиброза слизистых верхних дыхательных путей за счет повышения профибротических цитокинов, одним из которых является трансформирующий фактор роста- $\beta 1$ (ТФР- $\beta 1$). Стоит полагать, что данное явление может иметь не только местный, но и системный характер, и изменения цитокинового профиля могут влиять на патоморфологию ГЭРБ у данной категории лиц и приводить к фиброзу слизистой оболочки пищевода [1].

Цель: изучить влияние СОАГС на аминокислотный состав плазмы крови и плазменный уровень ТФР- $\beta 1$ у пациентов с ГЭРБ.

Материал и методы. Для исследования было отобрано 143 пациента, включавших в себя лиц с симптоматикой ГЭРБ и/или СОАГС, а также лиц группы сравнения. Средний возраст пациентов 48 (42; 54) лет. Для постановки диагноза ГЭРБ выполнялась эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). После визуальной оценки состояния слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ осуществлялся забор биопсийного материала из нижней трети пищевода с последующим гистологическим исследованием. Для установления респираторных нарушений во сне проводился

респираторный мониторинг с использованием прибора SOMNOcheck micro (Weinmann). Группу 1 (n=35) составили пациенты с ГЭРБ, группу 2 (n=40) – пациенты с ГЭРБ в сочетании с СОАГС, группу 3 (n=38) – пациенты с СОАГС, группу 4 (группа сравнения) (n=30) составили лица, включенные в исследование согласно критериям включения и невключения, у которых по результатам обследования ГЭРБ и СОАГС не были выявлены. В зависимости от характера поражения слизистой оболочки пациенты были разделены на лиц с неэрозивной ГЭРБ (НГЭРБ) (n=60) – группа Г1, и лиц с эрозивной ГЭРБ (ЭГЭРБ) (n=15) – группа Г2.

Определение аминокислотного состава плазмы крови выполнялось методом обращенно-фазной высокоэффективной жидкостной хроматографии с использованием хроматографа Agilent 1200. Определение концентрации ТФР-β1 в плазме крови осуществлялось методом иммуноферментного анализа (Fine Test, Китай) у 80 пациентов. Поскольку распределение показателей в группах не соответствовало закону нормального распределения, данные обрабатывались с использованием непараметрических методов программы Statistica 10.0.

Результаты. Пациенты с ЭГЭРБ имели более высокие уровни ТФР-β1 в отличие от лиц группы сравнения: 579,990 (160,943; 1928,500) и 12,088 (10,804; 52,182) нг/мл соответственно ($p^{\Gamma^2-4}=0,008$). Пациенты с НГЭРБ также отличались от группы сравнения по плазменному уровню ТФР-β1: 55,706 (13,194; 747,238) и 12,088 (10,804; 52,182) нг/мл соответственно ($p^{\Gamma^1-4}=0,024$).

При ЭГЭРБ в отличие от группы сравнения отмечались: сниженный плазменный уровень глицина (250,003 (221,957; 301,194) и 342,361 (295,404; 379,955) мкмоль/л соответственно, $p^{\Gamma^2-4}=0,011$) и увеличение содержания аминокислот, указывающих на катаболические процессы в слизистой оболочке пищевода: в отличие от группы сравнения – 1-метилгистидина (7,778 (5,351; 8,559) и 5,243 (3,818; 6,544) мкмоль/л соответственно, $p^{\Gamma^2-4}=0,014$), в отличие от НГЭРБ – 1-метилгистидина (7,778 (5,351; 8,559) и 5,240 (4,655; 6,699) мкмоль/л соответственно, $p^{\Gamma^1-\Gamma^2}=0,030$), глутаминовой кислоты (494,993 (307,812; 625,529) и 301,660 (258,302; 386,828) мкмоль/л соответственно, $p^{\Gamma^1-\Gamma^2}=0,018$), валина (352,864 (312,843; 407,812) и 292,031 (255,198; 326,953) мкмоль/л соответственно, $p^{\Gamma^1-\Gamma^2}=0,006$) и лейцина (218,813 (178,186; 254,425) и 175,986 (153,926; 210,358) мкмоль/л соответственно, $p^{\Gamma^1-\Gamma^2}=0,014$). Были обнаружены статистически значимые различия между группами по плазменным уровням ТФР-β1 (N=15,747, $p=0,0013$), глицина (N=11,222, $p=0,011$) и аргинина (N=12,811, $p=0,005$). Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Плазменные уровни ТФР-β1, глицина и аргинина
в исследуемых группах**

Показатель	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
Глицин, мкмоль/л	304,722 (264,195; 351,493)	249,052 (217,802; 313,803)	295,295 (224,469; 369,342)	342,361 (295,404; 379,955)*
Аргинин, мкмоль/л	83,553 (62,675; 96,654)	72,610 (63,660; 78,523)	59,486 (46,205; 73,326)#	74,444 (65,367; 85,588)
Концентрация ТФР-β1 в плазме крови, нг/мл	31,644 (12,054; 734,043)	160,943 (39,046; 2080,700)	111,327 (53,278; 549,300)	12,088 (10,804; 52,182)*&

Примечание: * – статистически значимое отличие группы 2 от группы 4, # – статистически значимое отличие группы 1 от группы 3, & – статистически значимое отличие группы 1 от группы 3, $p < 0,05$.

В группах 2 и 3 концентрация ТФР-β1 в плазме крови была выше, чем в группе сравнения ($p^{2-4}=0,002$, $p^{3-4}=0,010$). Плазменный уровень глицина у пациентов группы 2 был статистически значимо ниже в отличие от группы сравнения ($p^{2-4}=0,007$). Низкие уровни глицина в плазме крови пациентов с ГЭРБ и СОАГС могут свидетельствовать об избыточном использовании данной аминокислоты для синтеза коллагена при активации процессов фиброза в слизистой оболочке пищевода [2]. Уровень аргинина в плазме пациентов с ГЭРБ был статистически значимо выше, чем у пациентов с СОАГС ($p^{1-3}=0,003$).

При анализе взаимоотношений между изучаемыми показателями была обнаружена положительная взаимосвязь между концентрацией ТФР-β1 в плазме крови и ИАГ ($r=0,4$, $p<0,05$), ИД ($r=0,26$, $p<0,05$), ИАА, связанной с респираторными событиями ($r=0,31$, $p<0,05$), отрицательная корреляция между плазменным уровнем ТФР-β1 и СС за период сна ($r=-0,3$, $p<0,05$). Установлена отрицательная взаимосвязь между концентрацией глицина и ИАГ ($r=-0,22$, $p<0,05$). Между концентрацией аргинина и ИАГ статистически значимой связи выявлено не было ($r=-0,16$, $p>0,05$). Выявлена отрицательная взаимосвязь между уровнями ТФР-β1 и глицина в плазме крови ($r=-0,32$, $p<0,05$), что можно объяснить расходом данной аминокислоты на синтез коллагена I и III типов, ответственных за склерозирование слизистой оболочки пищевода под влиянием ТФР-β1.

Выводы. ЭГЭРБ при сопоставлении с группой сравнения сопровождается снижением плазменной концентрации глицина и увеличением содержания аминокислот, указывающих на катаболические процессы в слизистой оболочке пищевода: в отличие от группы сравнения – 1-метилгистидина, в отличие от НГЭРБ – 1-метилгистидина, глутаминовой кислоты, валина и лейцина. Пациенты как с ЭГЭРБ, так и НГЭРБ в отличие от группы сравнения имеют более высокие уровни ТФР-β1 в плазме крови. Наличие СОАГС у пациентов с ГЭРБ ассоциировано со снижением уровня глицина в плазме крови. Пациенты с ГЭРБ и СОАГС характеризуются высоким содержанием ТФР-β1 в плазме, что может способствовать развитию процессов фиброза в слизистой оболочке пищевода. Выявлена положительная взаимосвязь между концентрацией ТФР-β1 в плазме крови и ИАГ, ИД, ИАА, связанной с респираторными событиями, отрицательная корреляция между плазменным уровнем ТФР-β1 и СС за период сна, что подтверждает влияние СОАГС на плазменный уровень ТФР-β1. СОАГС у пациентов с ГЭРБ сопровождается снижением уровня глицина в плазме. Выявлена отрицательная взаимосвязь между уровнями ТФР-β1 и глицина, что может указывать на использование данной аминокислоты в синтезе коллагена I и III типов при развитии склеротических процессов в слизистой пищевода под влиянием ТФР-β1.

Список литературы:

1. Шелкович Ю.Я. Влияние синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна на уровни провоспалительных и профибротических цитокинов у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Ю.Я. Шелкович // Проблемы здоровья и экологии. – 2019. – Т. 60, № 2. – С. 64–70.
2. Солейко Е.В. Механизмы развития идиопатического пролапса митрального клапана: биохимические аспекты / Е.В. Солейко, И.П. Осипенко, Л.П. Солейко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2015. – Т. 51, № 3. – С. 36–39.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА

Шелкович Юлия Яновна

ассистент,

Гродненский государственный медицинский университет,

Республика Беларусь, г. Гродно

THE EVALUATION OF THE PREVALENCE OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA/HYPOPNEA SYNDROME

Yuliya Shaukovich

Lecture assistant,

Grodno State Medical University,

Belarus, Grodno

Аннотация. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) представляют собой коморбидные заболевания, при этом СОАГС может оказывать влияние на течение ГЭРБ. Данная статья посвящена изучению особенностей клинических проявлений ГЭРБ у пациентов с СОАГС.

Abstract. Gastroesophageal reflux disease (GERD) and obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome (OSAHS) seems to be comorbid diseases, and OSAHS has influence GERD. This article deals with the clinical manifestations of GERD in patients with OSAHS.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна; клинические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; опросник GERDQ.

Keywords: gastroesophageal reflux disease; obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome; clinical features of gastroesophageal reflux disease; GERDQ questionnaire.

Актуальность. Согласно литературным данным менее 1/3 пациентов с ГЭРБ обращаются за медицинской помощью, что в том числе связано с наличием атипичного или малосимптомного течения заболевания и может быть обусловлено наличием сопутствующих заболеваний. Одним из коморбидных заболеваний, часто сопровождающих ГЭРБ, является синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС). Установлено, что ГЭРБ на фоне СОАГС нередко носит стертый или малосимптомный характер, и изучение особенностей клинических проявлений ГЭРБ у пациентов с СОАГС представляется актуальным [1], [2].

Цель: оценить распространенность типичных клинических проявлений ГЭРБ у пациентов с СОАГС.

Материал и методы. В исследование было включено 143 пациента, средний возраст которых составил 48 (42; 54) лет. Для постановки диагноза ГЭРБ пациентам выполнялась эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС) с биопсией слизистой нижней трети пищевода. Для диагностики СОАГС применялся респираторный мониторинг с использованием прибора SOMNOcheck micro (Weinmann). Группу 1 (n=35) составили пациенты с ГЭРБ, группу 2 (n=40) – пациенты с ГЭРБ в сочетании с СОАГС, группу 3 (n=38) – пациенты с СОАГС, группа 4 – группа сравнения (n=30). В зависимости от характера поражения слизистой оболочки пациенты были разделены на лиц с неэрозивной ГЭРБ (НГЭРБ) (n=60) – группа Г1, и лиц с эрозивной ГЭРБ (ЭГЭРБ) (n=15) – группа Г2. Для клинической оценки типичных проявлений ГЭРБ использовался опросник GERDQ [3]. Данные обрабатывались с использованием непараметрических методов программы Statistica 10.0 для Windows.

Результаты. Было установлено, что пациенты как с ЭГЭРБ, так и с НГЭРБ, характеризуются наличием более выраженной типичной клинической симптоматики заболевания в отличие от лиц группы сравнения ($p^{\Gamma 1-4}=0,014$, $p^{\Gamma 2-4}=0,014$).

При оценке выраженности клинических проявлений ГЭРБ с использованием опросника GERDQ у пациентов с СОАГС были получены значимые различия между группами ($H=23,411$, $p=0,000$) и установлено, что выраженность клинической симптоматики у пациентов группы 1 статистически значимо превышает этот показатель в других группах ($p^{1-2}=0,012$, $p^{1-3}=0,0007$, $p^{1-4}=0,0001$). В то время как для пациентов с ГЭРБ и СОАГС характерна низкая выраженность типичной клинической симптоматики, сопоставимая с группой сравнения (6 (4; 7,5) и 6 (4; 6) баллов соответственно, $p^{2-4}=0,863$). Выраженность типичной клинической симптоматики ГЭРБ у пациентов группы 2 статистически значимо ниже по сравнению с группой 1 (6 (4; 7,5) и 8 (6; 11) баллов соответственно,

$p^{1-2}=0,012$), что может приводить к затруднению своевременной диагностики ГЭРБ у пациентов с СОАГС. Частота встречаемости типичных проявлений ГЭРБ по опроснику GERDQ представлена в таблице 1.

У пациентов с ГЭРБ изжога и регургитация встречается статистически значимо чаще, чем в других группах: в 25 (71%) случаях ($p^{1-2}=0,0025$, $p^{1-3}=0,0002$, $p^{1-4}=0,0001$) и 19 (54%) случаях ($p^{1-2}=0,033$, $p^{1-3}=0,001$, $p^{1-4}=0,0007$) соответственно. Пациенты с ГЭРБ в сочетании с СОАГС по частоте встречаемости изжоги и регургитации не отличались от группы сравнения и пациентов с СОАГС. Кроме того, у пациентов с ГЭРБ и СОАГС изжога и регургитация встречались в 14 (35%) и 11 (28%) случаях соответственно, что статистически значимо реже по сравнению с пациентами с изолированной ГЭРБ ($p^{1-2}=0,0025$ для изжоги и $p^{1-2}=0,033$ для регургитации соответственно).

По распространенности боли в эпигастрии и тошноты в исследуемых группах статистически значимых различий обнаружено не было.

В группе пациентов с ГЭРБ нарушение сна в связи с изжогой и/или регургитацией встречалось в 10 (29%) случаях, что статистически значимо чаще, чем у лиц группы сравнения ($p^{1-4}=0,008$). Между пациентами группы 1 и 2 статистически значимых различий получено не было ($p^{1-2}=0,427$).

Необходимость в приеме препаратов для купирования изжоги и/или регургитации чаще возникала у пациентов с ГЭРБ в отличие от пациентов с СОАГС ($p^{1-3}=0,034$) и лиц группы сравнения ($p^{1-4}=0,025$).

Таблица 1.

**Частота встречаемости типичных проявлений ГЭРБ
у обследованных лиц**

Основные жалобы	Группа 1 (n=35)	Группа 2 (n=40)	Группа 3 (n=38)	Группа 4 (n=30)
Изжога, n (%)	25 (71)*	14 (35)	10 (26)	6 (20)
Регургитация, n (%)	19 (54)*	11 (28)	6 (16)	4 (13)
Боль в эпигастрии, n (%)	15 (43)	19 (48)	16 (42)	12 (40)
Тошнота, n (%)	9 (26)	17 (43)	15 (39)	7 (23)
Нарушение сна в связи с изжогой и/или регургитацией, n (%)	10 (29)&	8 (20)	4 (11)	1 (3)
Необходимость в приеме препаратов для купирования симптомов изжоги и/или регургитации, n (%)	14 (40)#	12 (30)	6 (16)	4 (13)

Окончание таблицы 1.

Основные жалобы	Группа 1 (n=35)	Группа 2 (n=40)	Группа 3 (n=38)	Группа 4 (n=30)
Отсутствие жалоб со стороны верхних отделов ЖКТ, n (%)	4 (11)*	15 (38)	12 (32)	14 (47)
Выраженность типичной клинической симптоматики ГЭРБ по опроснику GERDQ, баллы	8 (6; 11)*	6 (4; 7,5)	6 (4; 6)	6 (4; 6)

Примечание: * – статистически значимое отличие группы 1 от других групп, # – статистически значимое отличие группы 1 от групп 3 и 4, & – статистически значимое отличие группы 1 от группы 4, $p \leq 0,05$.

Доля лиц, у которых отсутствуют какие-либо жалобы, перечисленные в опроснике GERDQ, была статистически значимо меньше в группе лиц с ГЭРБ и составила 4 (11%) случая в отличие от группы сравнения, где было 14 (47%) таких пациентов ($p^{1-4}=0,002$), и лиц с СОАГС, где было 12 (32%) случаев ($p^{1-3}=0,049$). Кроме того, в группе лиц с ГЭРБ и СОАГС отсутствие каких-либо жалоб определялось чаще (в 15 (38%) случаях), чем у лиц с ГЭРБ ($p^{1-2}=0,016$).

При изучении корреляционных взаимосвязей была обнаружена отрицательная взаимосвязь между количеством баллов по опроснику GERDQ и индексом апноэ/гипопноэ (ИАГ) ($r=-0,4$, $p<0,05$), индексом автономной активации (ИАА), связанной с респираторными событиями ($r=-0,32$, $p<0,05$), максимальной продолжительностью апноэ ($r=-0,3$, $p<0,05$), средней продолжительностью апноэ ($r=-0,26$, $p<0,05$), индексом десатурации (ИД) ($r=-0,26$, $p<0,05$), положительная взаимосвязь с минимальной сатурацией (МС) ($r=0,31$, $p<0,05$).

Выводы. Пациенты как с ЭГЭРБ, так и с НГЭРБ, характеризуются наличием более выраженной типичной клинической симптоматики заболевания в отличие от лиц группы сравнения. Наличие СОАГС может рассматриваться в качестве фактора, затрудняющего диагностику ГЭРБ по причине низкой выраженности типичной клинической симптоматики (в ряде случаев вплоть до отсутствия каких-либо клинических признаков) в данной группе лиц. Количество баллов по опроснику GERDQ у пациентов с ГЭРБ и СОАГС статистически значимо ниже, чем у лиц с ГЭРБ без СОАГС, и не отличается от группы сравнения. По частоте встречаемости изжоги и регургитации – основных типичных проявлений ГЭРБ – пациенты с ГЭРБ и СОАГС значимо не отличаются от группы сравнения. Обнаружена отрицательная взаимосвязь между количеством баллов по опроснику GERDQ и ИАГ, ИАА, связанной с респираторными событиями, максимальной продолжительностью апноэ, средней продолжительностью апноэ, ИД, положительная взаимосвязь с МС.

Список литературы:

1. Маев И.В. Болезни пищевода / И.В. Маев, Г.А. Бусарова, Д.Н. Андреев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 648 с.
2. Шелкович Ю.Я. Особенности клинического течения эндоскопически позитивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с синдромом обструктивного апноэ/гипопноэ сна / Ю.Я. Шелкович, В.И. Шишко // Лечебное дело. – Минск, 2018. – Том 61, № 3. – С. 22-27.
3. Кайбышева В.О. Результаты многоцентрового наблюдательного исследования по применению международного опросника GerdQ для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В.О. Кайбышева, Ю.А. Кучерявый, А.С. Трухманов, О.А. Сторонова, М.Ю. Коньков, И.В. Маев, В.Т. Ивашкин / Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2013. – Т. 23, № 5. – С. 15-24.

1.2. ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ

АНАЛИЗ ОКАЗЫВАЕМОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ОРГАНИЗАЦИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Шалапов Досхан Музаппарханович

магистрант,
Международный казахско-турецкий университет
им. Х.А. Ясави,
Республика Казахстан, Туркестан

Бименова Маржан Молдагалиевна

магистрант,
Международный казахско-турецкий университет
им. Х.А. Ясави,
Республика Казахстан, Туркестан

Ильясова Балжан Тастемирқызы

магистрант,
Международный казахско-турецкий университет
им. Х.А. Ясави,
Республика Казахстан, Туркестан

Садыкова Асель Даулетбаевна

доктор философии (PhD),
Международный казахско-турецкий университет
им. Х.А. Ясави,
Республика Казахстан, Туркестан

Мәденбай Кәмишат Мұратқызы

доктор философии (PhD),
Международный казахско-турецкий университет
им. Х.А. Ясави,
Республика Казахстан, Туркестан

ANALYSIS OF SERVICES FOR THE ELDERLY AND SENILE PATIENTS IN PRIMARY HEALTH CARE ORGANIZATIONS

Doskhan Shalapov

Master student,

*A. Yasawi International Kazakh-Turkish University,
Kazakhstan, Turkestan*

Marzhan Bimenova

Master student,

*A. Yasawi International Kazakh-Turkish University,
Kazakhstan, Turkestan*

Ilyasova Balzhan

Master student,

*A. Yasawi International Kazakh-Turkish University,
Kazakhstan, Turkestan*

Assel Sadykova

*PhD, A. Yasawi International Kazakh-Turkish University,
Kazakhstan, Turkestan*

Kamshat Madenbay

*PhD, A. Yasawi International Kazakh-Turkish University,
Kazakhstan, Turkestan*

Аннотация. Вопросы изучения потребностей людей пожилого и старческого возраста в медико-социальной и психологической помощи, совершенствования организации данных видов помощи являются важнейшей задачей здравоохранения Казахстана. Это обуславливает актуальность нашего исследования, проведен анализ потребностей людей пожилого и старческого возраста в медико-социальной и психологической помощи.

Abstract. The issues of determining the needs of the elderly people in medical, social and psychological services, improving the organization of these types of services is the most important issue for the health care system of Kazakhstan. This is due to the relevance of our research, the analysis of the needs of the elderly people in medical, social and psychological care.

Ключевые слова: пожилой и старческий возраст; медико-социальная помощь; психологическая помощь.

Keywords: elderly and senile age; medical and social service; psychological service.

Устойчивый процесс увеличения численности населения пожилого и старческого возраста в Казахстане соответствует общемировому процессу старения населения. Однако, в нормативно-правовых актах этот аспект достаточно подробно не указан [1], так как вопрос проблемы старения в Казахстане остро встал только в постсоветском периоде.

Увеличение доли данного контингента в работе медицинских структур вызывает необходимость, прежде всего, развития и совершенствования гериатрического направления на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [2]. В связи с возрастными и функциональными изменениями организма человека пожилого и старческого возраста, наличием множественной хронической патологии, снижением физической активности, увеличением зависимости от внешней помощи, существует ряд особенностей оказания им ПМСП. Это приводит к увеличению рабочей нагрузки на врачей и среднего медицинского персонала [3]. Многие исследования отечественных и зарубежных ученых посвящены проблемам людей пожилого и старческого возраста. В частности, изучены проблемы, характеризующие состояние их личного здоровья, а также проблемы по организации медико-социальной помощи [4-7].

На сегодняшний день организации ПМСП являются одной из государственных структур, где зарегистрировано большинство людей пожилого и старческого возраста, которые часто посещают организации ПМСП для получения медико-социальной помощи. В настоящее время не в полной мере изучены факторы, влияющие на потребность пожилого и старческого населения в медико-социальной и психологической помощи на уровне указанных учреждений. В условиях продолжающегося процесса старения, а также в период, когда происходит переход на обязательное медицинское и социальное страхование, необходимо совершенствование мер, направленных на повышение доступности и качества медико-социальной и психологической помощи на уровне ПМСП, направленных на удовлетворение потребностей людей пожилого и старческого возраста, прикрепленных к поликлинике.

Таким образом, вопросы выявления потребностей людей пожилого и старческого возраста в медико-социальной и психологической помощи, совершенствования организации данных видов помощи стали важнейшей проблемой для системы здравоохранения Казахстана и послужили основанием для актуальности нашего исследования.

Цель исследования. Анализ потребностей людей пожилого и старческого возраста в медико-социальной и психологической помощи.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие врачи и медицинские сестры, работающие в данной поликлинике в период проведения обследования в центральной городской поликлинике г. Шымкент.

Для изучения факторов, влияющих на качество МСП, был проведен социологический опрос, состоящий из 28 вопросов, разработанный специально для изучения мнения врачей и медицинских сестер поликлиники по вопросам оказания МСП и психологической помощи людям пожилого и старческого возраста.

Данный опрос проводился анонимно. Анкета состояла из двух частей-паспортного и специального. В паспортной части анкеты были заданы вопросы по возрасту, полу, образованию, стажу работы по специальности и профессиональной квалификации, а в специальной части вопросы, содержащие сведения по оказанию медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста; о взаимодействии медицинских работников, участвующих в опросе с геронтологами, психологами, социальными работниками; о просветительской работе по здоровому образу жизни людям пожилого возраста и членам их семей; о наличии благоприятных условий в поликлиниках для людей пожилого и старческого возраста и т. д. Опрошено 15 врачей и 28 медицинских сестер.

Результаты исследования. Установлено, что при оказании медицинской помощи данной категории больным имеет место нехватка времени на осмотр у медицинского персонала (данный факт отметили 90% врачей, 69% медицинских сестер); большое количество документов, требующих заполнения (60% врачей, 83% медицинских сестер); сложности общения с больными пожилого и старческого возраста (60% врачей, 40% медицинских сестер); недостаточность льготных лекарственных средств (53% врачей, 53% медицинских сестер); (47% врачей, 54% медицинских сестер); слабость материально-технической базы и оснащенности поликлиник (30% врачей, 40% медицинских сестер); неполное выполнение пациентами рекомендаций (27% врачей, 56% медицинских сестер, таблица 1).

Таблица 1.

Мнение врачей и медицинских сестер по основным вопросам, затрудняющим оказание медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста

Вопросы	Врачи, %	Медсестры, %
Недостаточное знание врачей по возрастным особенностям пожилых людей	47	54
Трудности при общении с пожилыми людьми	40	60
Сложность обслуживания из-за недостаточной материально-технической базы	30	40
Невыполнение рекомендаций со стороны больного	27	56
Большое количество медицинских документов для заполнения	83	60
Недостаточность бесплатных лекарств	53	53
Недостаточность времени на осмотр больных	90	69
	$\chi^2=23,8, p=0,001$	

Не выявлено статистически значимых корреляционных связей между стажем практической работы и квалификацией медицинских работников и вышеуказанными вопросами.

Для укрепления взаимодействия врачей и больных, выявления основных проблем пациентов пожилого возраста; для реализации комплекса профилактических мер, направленных на улучшение медико-социальной адаптации, необходима работа психолога в амбулаторно-поликлинических организациях для снижения нагрузки специалистов, так как для большей части больных требуется только психологическая помощь [8].

В результате исследования установлено, что поликлиника укомплектована штатными психологами. 37,5% врачей и медицинских сестер показали, что психологи проводят обучающие тренинги для больных пожилого и старческого возраста, 39,3% респондентов указали, что специалисты-психологи оказывают консультативную психологическую помощь ($\chi^2 = 15,2; p=0,0001$); 12,5% показали, что больным организовываются специальные школы ($\chi^2 = 27,1; p=0,0001$).

Ответ врачей и медицинских сестер на вопрос о совместной работе геронтологов и социальных работников был «отрицательным».

Очень важно, чтобы у пациентов пожилого и старческого возраста и медицинских работников было доверие друг к другу. Так, только 37% опрошенных врачей и медицинских сестер сообщили, что отношения с пожилыми больными основаны на полном доверии (таблица 2).

Таблица 2.

**Оценка взаимодействия медицинских работников
с пациентами пожилого возраста**

Опрос	Ответ медицинских работников	χ^2 , p
Полное доверие и взаимопонимание	37%	$\chi^2=42,2$ p=0,0001
Частичная вера и взаимопонимание	43%	
Отсутствие доверия и понимания	20%	

Заключение. В заключении необходимо учитывать особенности оказания МСП людям пожилого и старческого возраста при планировании и организации ПМСП в амбулаторно-поликлинических организациях. Исходя из результатов анкетирования, в структуре МСП для пожилых и пожилых людей необходимо эффективно организовать межотраслевую связь профессиональной деятельности, для чего необходимо наличие системы учета спецрегистрации людей пожилого и старческого возраста, нуждающихся в социальных услугах, организация социальной, бытовой и медицинской помощи в домашних условиях, оказание морально-психологической поддержки людям пожилого и старческого возраста и членам их семей, контроль за их состоянием и профилактикой обострения хронических заболеваний.

Список литературы:

1. Shanas E. et al. Old people in three industrial societies. – Routledge, 2017.
2. Sagyndykova Z., Turdaliyeva B., Igissenova A., Zhanturiyev B., Tursynbekova Zh. Evaluation on Equity of Health Care Provided at Primary Health Care Level to Persons Over 60 Years // Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences. – 2016. – Vol. 7(6). – P. 3026-3030.
3. Kennedy B.K. et al. Geroscience: linking aging to chronic disease // Cell. – 2014. – Vol. 159, №. 4. – С. 709-713.
4. Абзалова Р.А. Социально ориентированное ПМСП в Республике Казахстан как новая философия первичного здравоохранения // Республиканская научно-практическая конференция «Демографическая ситуация в Республике: проблемы и перспективы». – Караганда, 2010 – С. 151153.
5. Оспанова Д.А. Методологические и управленческие основы развития геронтологической службы в Республике Казахстан: автореф. .. док. мед. наук. - Алматы, 2010.
6. Егеубаева С.А. Медико-социальные проблемы лиц старшего возраста: дис. ... док. мед. наук. – Алматы, 2010.

7. Тезекбаева З.С., Нуркатова Л.Т. Теоретические аспекты адаптации лиц пожилого возраста к условиям социальной действительности // Успехи геронтологии. – 2014. – Т. 27, №1. – С. 190-194.
8. Новокрещенова И.Г., Сенченко И. Качество оказания медикосоциальной помощи пожилым в амбулаторно-поликлинических условиях. – Режим оступа: <https://cyberleninka.ru>.

1.3. НЕРВНЫЕ БОЛЕЗНИ

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Сагымбаев Темирлан Баршанулы

врач-резидент

«Неврология, в том числе детская»,

*Казахский Медицинский Университет Непрерывного Образования,
Республика Казахстан, г. Алматы*

Аннотация. Постинсультная деменция или когнитивные нарушения после инсульта могут поражать многих выживших после инсульта. В отличие от физической инвалидности после инсульта, когнитивная функция обычно ухудшается со временем и часто игнорируется с пагубными последствиями для качества жизни выживших. Факторы риска развития постинсультной деменции носят многофакторный характер и включают генетическую предрасположенность, демографические факторы. В данной статье основное внимание уделяется эпидемиологии, предполагаемым механизмам, современным исследованиям биомаркеров, диагностике и перспективным стратегиям лечения с функциональным исходом при постинсультной деменции.

Ключевые слова: постинсультная деменция; факторы риска; инсульт; лечение.

Введение. Инсульт является основной причиной инвалидности и второй основной причиной деменции во всем мире. Примерно 15 миллионов человек страдают от инсульта каждый год, около 5 миллионов, одна треть, остаются с постоянной инвалидностью [1]. В последние годы наблюдается значительное увеличение распространенности постинсультной деменции из-за увеличения инсульта у стареющего населения. Симптомы снижения познавательной способности часто остаются без внимания у выживших после инсульта, что приводит к увеличению показателей смертности. Деменция является серьезной проблемой общественного здравоохранения, и ее профилактика играет решающую роль. **Цель исследования** заключается в обзорном анализе эпидемиологии, последствия, факторов риска, механизма и современной стратегии управления постинсультной деменцией.

Методы и результаты. Методологическую основу исследования составили общенаучные методы: анализ, синтез, сравнение и статистический анализ.

Деменция может влиять на все аспекты когнитивных функций, но внимание и исполнительная функция являются наиболее затронутыми областями. Ранее проводимое исследование Генон Х. показало, что предполагаемой этиологией постинсультной деменции была сосудистая деменция, которая может встречаться у двух третей пациентов и болезнь Альцгеймера у одной трети. Это исследование включает данные пациентов по всем континентам и данные говорят о том, что с проблемой деменции после инсульта встречаются абсолютно все страны мира, в особенности те страны, где уровень жизни и медицины на низком уровне. Данные по Казахстану, в числе стран Центральной Азии, показывают, что проблема деменции в стране имеет показатель выше среднего на плотность населения, однако по сравнению с Кыргызстаном и Таджикистаном носит более положительный характер [2].

Существует много исследований по частоте и распространённости постинсультной деменции, но сравнение затруднено из-за различий в критериях диагностики деменции, характеристик пациента, подтипа инсульта, методологии и продолжительности наблюдения. Доступны различные инструменты для скрининга и оценки результатов. Страны Центральной Азии, в том числе Казахстан, наиболее часто используют диагностические критерии и инструменты, разработанные Национальным институтом неврологических расстройств и инсультно-сосудистых когнитивных нарушений, Международной ассоциацией по изучению неврологических заболеваний при диагностическом и статистическом руководстве [3].

Частота возникновения постинсультной деменции с течением времени является нелинейной, будучи выше в первые 6 месяцев после инсульта [3]. Исследование, проведенное авторами Альтьери М., Ди Пьеро, Паскуини М., показало, что у 21,5% пациентов развивалась деменция после инсульта в течение 4-летнего периода наблюдения [4]. В исследовании Рочестера относительный риск развития деменции после инсульта составлял 8,8 через 1 год, затем постепенно снижался до 4,2 через 3 года, до 3 через 5 лет, 2,5 через 10 лет и до 2,0 через 25 лет [5]. Кроме того, исследования экспертов ВОЗ, показало, что предыдущий или рецидивирующий инсульты были связаны с высоким риском развития постинсультной деменции. Системный и мета-анализ проводимый ВОЗ во всем мире показал, что у 10% пациентов была деменция до первого инсульта, у 10% развивалась деменция вскоре после первого

инсульта и более чем у 30% развивалась деменция после рецидивирующего инсульта [6]. Распространенность постинсультной деменции варьирует от 6 до 32% с распространенностью около 28% через 3 месяца после инсульта [6].

Патогенез инсульта, нейроанатомические особенности и их локализация определяют риск развития постинсультной деменции. В Фремингемском исследовании крупные артериальные инфаркты, лакунарные инфаркты и инфаркты неизвестного происхождения были связаны с высоким риском постинсультной деменции [7]. Выявлено, что геморрагический инсульт, также связан с повышенным риском постинсультной деменции. Хроническая ишемия головного мозга, вызванная гипоперфузией может привести к повреждению нервных клеток и нарушению синтеза белка, которые могут увеличить риск дальнейшей деменции. Деменция может быть даже вызвана нефокальными неврологическими изменениями, обнаруженными у пациентов с транзиторной ишемической атакой. Кроме того, исследования Барба Р., Мартинес-Эспиноса С. и Родригес-Гарсия Е. показали, что инфаркт в «стратегических» местах мозга играет важную роль в риске постинсультной деменции. Эти поражения включают инфаркты таламуса, угловой извилины, глубоких областей лобной доли, средней височной доли, гиппокампа и левого полушария, множественные инфаркты в обоих полушариях мозга [8].

Рассмотрим особенности ситуации по причинам деменции в Казахстане. Согласно эпидемиологическим данным ВОЗ для стран Центральной Азии, в том числе Казахстан, наиболее распространенными причинами деменции являются: сосудистая деменция – 42% (в том числе и постинсультная деменция), деменция с тельцами Леви – 15%, лобарная деменция – до 13 %, другие причины и деменция Альцгеймера – 6 % [9]. В данном анализе наблюдается значительное расхождение по заболеваемости Альцгеймера между странами Центральной Азии и развитыми странами Европы, США и т.д. В развитых странах на болезнь Альцгеймера приходится около 60% деменции, главной причиной такой колоссальной разницы заключается в том, что продолжительность гораздо выше, чем в странах Центральной Азии. Важную роль в возникновении деменции играет факторы риска (рис. 1).

Фактор	Значение показателя	Балл
Возраст, годы	<47	0
	47–53	3
	>53	4
Образование, годы	≥10	0
	7–9	2
	0–6	3
Пол	Женский	0
	Мужской	1
Систолическое артериальное давление, мм рт. ст.	≤140	0
	>140	2
Индекс массы тела, кг/м ²	<30	0
	>30	2
Общий холестерин, ммоль/л	≤6,5	0
	>6,5	2
Физическая активность	Высокая	0
	Низкая	1

Степень риска: 0–5 баллов – 1,0%; 6–7 баллов – 1,9%; 8–9 баллов – 4,2%; 10–11 баллов – 7,4%; 12–15 баллов – 16,4%.

Рисунок 1. Факторы и шкала риска развития деменции [11]

Как видите возраст является основным фактором риска развития деменции в том числе и постинсультной деменции. На рисунке 1 представлена оценка факторов риска развития различных форм деменции. Факторами риска развития болезни Альцгеймера являются: возраст; наследственная отягощенность; наличие аполипопротеина Е4 (способствует формированию сенильных бляшек); синдром Дауна у родственников; женский пол; низкий уровень образования. Факторами риска возникновения постинсультной деменции являются артериальная гипертония, сахарный диабет, поражения магистральных артерий головного мозга, гиперлипидемия, кардиальные нарушения [10].

Большинство первичных нейродегенеративных форм деменции имеют незаметное начало, могут прогрессировать медленно и в течение длительного времени не проявлять характерной клинической картины.

Дифференциальный диагноз и выявление нозологической формы деменции часто затруднен для клинициста. Несвоевременное выявление деменции и, как следствие, позднее назначение антидементной терапии, значительно ухудшает течение и прогноз заболевания, способствует ранней инвалидности и нарушению повседневной самостоятельности.

Анализируя состояние проблемы выявления и лечения деменции в Казахстане, следует отметить ряд негативных особенностей, а именно:

1. Казахстан не проводил крупных эпидемиологических исследований деменции, в результате чего официальной статистики нет.

2. Недостаточная диагностика, особенно первичных (нейродегенеративных) форм. Специалисты (психиатры, неврологи) крайне редко диагностируют деменцию. Часто под видом болезни Альцгеймера ставится диагноз дисциркуляторной энцефалопатии, посттравматической энцефалопатии или других симптоматических форм. К сожалению, многие специалисты не обладают достаточными знаниями и навыками в диагностике синдрома деменции, не знакомы с современными диагностическими критериями распространенных нозологических форм деменции и международными стандартами лечения.

3. На статистику также влияет низкая осведомленность и плохая доступность пациентов с деменцией для оказания медицинской помощи, большинство пациентов с когнитивными нарушениями пожилого и старческого возраста остаются «неучтенными». Если пациенты с сосудистой постинсультной деменцией все еще попадают в поле зрения врача, из-за приоритета цереброваскулярной патологии в домашнем здравоохранении, то пациенты с первичными формами, включая болезнь Альцгеймера, остаются в значительной степени неизученными и, соответственно, не получают адекватного терапия.

4. Культурный аспект. Среди населения широко распространено мнение, что потеря памяти и нарушение других когнитивных функций являются нормой для пожилых людей.

5. Фармакотерапия больных деменцией, как правило, сводится к назначению ноотропных и сосудистых препаратов, которые не имеют подтвержденной эффективности при лечении деменции. Охват базовой антидементной терапией этой категории пациентов остается крайне низким.

6. В отличие от развитых стран Европы и США, геронтологическая служба в нашей стране все еще слабо развита, специализированных учреждений по уходу практически нет, а гериатрические кабинеты в поликлиниках отсутствуют. К сожалению, люди с деменцией лишены медицинской и социальной помощи, в которой они так нуждаются [10].

В связи с вышесказанным, в нашей стране необходимо активно привлекать внимание медицинской и широкой общественности к этой проблеме, проводить масштабные исследования с изучением социально-демографических и этнических особенностей в нозологической структуре деменции в Казахстане. Важно повышать уровень образования медицинских работников и осведомленности населения в диагностике и лечении деменции, поскольку продление периода активного долголетия с точки зрения концепции качества жизни является одной из важнейших задач современного здравоохранения Республики Казахстан.

Список литературы:

1. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2018 год: снижение рисков, содействие здоровому образу жизни. – URL: <http://www.who.int/whr/2016/en/> Дата обращения 18 ноября 2018.
2. Генон Х. Постинсультная деменция: заболеваемость и связь с когнитивным снижением перед инсультом // Неврология. – 2016. – № 5 (7). – С. 121-143.
3. Климкович А., Дзедзич Т., Словик А. и др. Заболеваемость деменцией до и после инсульта: регистр краковского инсульта // *Dement Geriatr Cogn Disord*. – 2016. – № (14). – С. 137-140.
4. Альтьери М., Ди Пьеро, Паскуини М. Деменция после инсульта: 4-летнее последующее исследование в странах Центральной и Восточной Азии // *Neurology*. – 2017. – № 6 (2). – С. 193-203.
5. Кокмен Э., Виснант Дж. Деменция после ишемического инсульта: популяционное исследование в институте Рочестере, штат Миннесота // *Neurology*. – 2016. – № 4(6). – С. 15 -167.
6. Пендлбери С.Т., Ротвелл П.М. Экспертное исследование ВОЗ. Распространенность, заболеваемость и факторы, связанные с деменцией до и после инсульта: систематический обзор и метаанализ // *The Lancet Neurology*. – 2018. – № 2(8). – С. 106-138.
7. Иван С., Сешадри С., Бейзер А. и др. Деменция после инсульта, Фраммингхамское (Framingham) исследование инсульта. – 2014. – № 3(5). – С. 119-128.
8. Барба Р., Мартинес-Эспиноса С., Родригес-Гарсия Е. Постинсультная деменция: клинические особенности и факторы риска инсульта // *Neurology*. – 2013. – № 3(1). – С.149-159.
9. Альжанова Д.С., Жусупова А.С., Альмаханова К.К. и др. Проблема возрастной деменции в Астане // *Нейрохирургия и неврология Казахстана*. – 2017. – № № 4 (49). – С. 24-27.
10. Распопова Н.И. Деменция у лиц пожилого возраста (диагностика, терапия и профилактика): учеб. пособие. – Алматы: КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, 2016. – 108 с.
11. Научный журнал Нервные болезни, 2018 <http://atm-press.ru>.

РОЛЬ МИКРОБИОТЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПАТОГЕНЕЗЕ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Толегенова Ирада Хусанкызы

врач-резидент

«Неврология, в том числе детская»,

Казахский Медицинский Университет Непрерывного Образования,

Республика Казахстан, г. Алматы

Аннотация. Раскрывается роль кишечной микробиоты в патогенезе функций нервной системы. Показано, что желудочно-кишечный микробиота играет роль в ряде неврологических заболеваний, таких как болезнь Паркинсона (БП), болезнь Альцгеймера, депрессия и рассеянный склероз. Анализ литературы показал, что пациенты с БП обычно страдают желудочно-кишечными расстройствами и дисбактериозом. В данном обзоре обобщаются сведения о корреляции между нарушениями микробиоты желудочно-кишечного тракта и БП, включая прямые и косвенные доказательства.

Ключевые слова: кишечная микробиота; болезнь Паркинсона; желудочно-кишечный тракт.

Введение. Влияние нервной системы на физиологию кишечника известно давно, но лишь недавно появились доказательства того, что микробиота желудочно-кишечника, оказывает существенное влияние на функционирование нервной системы. Изучая взаимную регуляцию нервной системы и кишечного тракта, в последние годы специалисты использовали термин «ось кишечник–мозг» [1]. Ось микробиота кишечника – мозг охватывает центральную нервную систему (ЦНС), нейроэндокринную и нейроиммунную системы, в том числе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось; симпатическую и парасимпатическую части вегетативной нервной системы, в том числе энтеральную нервную систему, блуждающий нерв и микрофлору кишечника [2].

Многочисленные исследования выявили сопутствующую патологию неврологических, психических заболеваний и хронических кишечных расстройств, выявили взаимосвязь между расстройством микробиоты кишечника и биполярным расстройством, шизофренией, большим депрессивным расстройством и аутизмом [3]. Развитие нейродегенеративных заболеваний в том числе болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона, также связано с дисбалансом оси микробиота – кишечник – мозг, который возникает, по-видимому, под влиянием

неблагоприятной окружающей среды [4]. Степень участия кишечной микробиоты в патогенезе БП в настоящее время является одной из наиболее актуальных и дискуссионных тем в клинической и фундаментальной медицине. В связи с чем, **цель исследования** заключается в анализе роли микробиоты желудочно-кишечного тракта в патогенезе болезни Паркинсона.

Основная часть. Болезнь Паркинсона (БП) – это распространенное нейродегенеративное заболевание, возникающее в результате взаимодействия генетических факторов и факторов окружающей среды [4]. В дополнение к общеизвестным моторным симптомам брадикинезии, ригидности, тремора покоя и поструральной нестабильности, БП также включает различные немоторные симптомы, включая запор, депрессию, нарушение сна и гипосмию. Среди них запор является наиболее распространенным и может предшествовать развитию двигательных симптомов более чем на десять лет.

Желудочно-кишечные нарушения (ЖКН) обычно наблюдаются на всех стадиях болезни Паркинсона, почти 30% пациентов сообщают о симптомах ЖКН, включая слюнотечение, дисфагию, гастропарез и запоры. В работе Пфайффера Р.Ф. говорится, что распространенность слюнотечения при БП колеблется от 10% до 84% [5]. Проблема связана с глотательной дисфункцией в фазе ротоглотки и повышенной скоростью секреции околоушной железы, которая ухудшается в согнутом положении тела, непреднамеренном открытии рта [5]. Распространенность дисфагии колеблется от 9% до 82%, но в объективных исследованиях она достигала 97% [5]. Дисфагия обычно развивается у пациентов с прогрессирующим БП, которые имеют тяжелую брадикинезию и ригидность, которая, как считается, способствует дисфагии ротоглотки. Распространенность гастропареза колеблется от 70% до 100%, со средним временем полувыведения от 46 до 149 минут у пациентов с легким БП и от 55 до 221 минуты при БП средней / тяжелой степени, по сравнению с 43–107 минутами у здоровых людей [24]. Хотя точная патофизиология неясна, гастропарез является основным аспектом в развитии двигательных колебаний при БП [5].

Согласно исследованиям Фазано А., Висанджи Н.П., Лю Л.В., Ланг А.Е., Пфайффер Р.Ф. Одним из наиболее широко изученных примеров микробной ассоциации БП является *Helicobacter pylori*. Распространенность инфекции *H. Pylori* высока среди пациентов с БП и вызывает двигательные нарушения, препятствуя всасыванию леводопы, основного препарата для лечения БП. Чрезмерный рост бактерий в тонкой кишке также был связан с БП. Избыточный бактериальный рост в тонкой кишке выявлен почти у четверти пациентов с БП, и было установлено, что он значительно выше, чем в контрольной группе.

Это связывают с нарушениями перистальтики, при этом, устранение избыточного роста микробиоты привело к улучшению сокращения стенок кишечника [6].

В другом исследовании авторов Хитун З.С. и Куигли Э.М. пациенты с БП страдали повышенной проницаемостью слизистой оболочки и системным воздействием эндотоксина на кишечные бактерии [7]. Число бактерий, принадлежащих к роду *Blautia*, *Sporococcus* и *Roseburia*, было значительно снижено в кале пациентов с БП по сравнению со здоровыми. Также отмечено значительное снижение числа бактерий, принадлежащих к роду *Faecalibacterium*, а количество бактерий рода *Ralstonia*, наоборот, существенно увеличилось в слизистой оболочке пациентов с БП. На генетическом уровне значительная дисрегуляция в генах, вовлеченных в биосинтез и секрецию липополисахаридов, наблюдалась в фекальном микробиоме ФД [7].

У всех пациентов с БП перистальтика кишечника замедляется, и происходит увеличение времени прохождения пищи через ободочную кишку, что также наблюдалось у лиц с БП, которые не жалуются на запоры [8]. В тяжелых случаях такое замедление перистальтики может привести к мегаколону. При ПД диссинергия тазового дна может развиваться у более чем 65% пациентов, что было подтверждено аноректальной манометрией, дефекографией и электромиографией анального сфинктера [8]. Кроме того, задержка опорожнения желудка потенциально может негативно повлиять на фармакокинетику лекарств, следовательно, увеличить риск двигательных и немоторных колебаний. Помимо запора, ощущения вздутия живота и тяжести в животе, следствием вышеуказанных желудочно-кишечных нарушений при БП может быть изменение массы тела: оно часто уменьшается, что не связано с длительностью заболевания, но зависит от степени выраженности двигательных проявлений. Углубленные исследования показали, что снижение массы тела в течение 6 месяцев после появления двигательных симптомов при БП было связано с высоким риском развития деменции у пациента [8].

Вовлечение кишечника в патологический процесс при БП отмечал еще сам Дж. Паркинсон в известной монографии (1817), посвященной этому заболеванию. Наиболее характерные особенности он считал запор и дефекационная дисфункции. Жалобы больных обычно включают замедленное опорожнение желудка (гастропарез), раннее насыщение, анорексию, чувство переполнения в эпигастрии, тошноту и рвоту. По данным некоторых авторов, замедленное опорожнение желудка более выражено у пациентов с БП, не получавших противопаркинсонические препараты и на поздних стадиях БП. Электрогастрография позволяет выявить дизритмию желудочной моторики, при этом выраженность

нарушений не зависит от возраста, пола и наличия жалоб со стороны ЖКТ, однако положительно коррелирует с выраженностью ригидности и тремора. При изучении препрандиальной двигательной активности ЖКТ была выявлена положительная связь между дизритмией, длительностью заболеваний, приемом препаратов леводопы и моторными флюктуациями. Распространенность запоров при БП варьирует от 20 до 29% (что значительно превышает распространенность этого симптома в контрольной группе), их выраженность коррелирует с длительностью и тяжестью заболевания [9].

Некоторые исследователи отмечают, что запоры могут проявляться задолго до развития моторных проявлений БП, и приписывают их к факторам риска. Эти клинические данные заставляют учитывать физиологические основы нервной регуляции желудочно-кишечной функции. Прежде всего, следует отметить значение внутренних и внешних компонентов, которые действуют согласованно благодаря многочисленным локальным и энтерально-центральным рефлекторным связям, обеспечивающим контроль моторики, секреции ферментов и биологически активных веществ, регуляцию местного кровотока, взаимодействие с иммунной системой и составом кишечной микрофлоры.

Иннервация желудочно-кишечного тракта осуществляется парасимпатическим и симпатическим отделами вегетативной нервной системы. Парасимпатический отдел нервной системы осуществляет свое воздействие через брюшную секцию блуждающего нерва, содержащую около 40-50 тысяч чувствительных и двигательных нервных волокон. Чувствительный компонент представлен механорецепторами слизистой оболочки, хеморецепторами, рецепторами растяжения пищевода, желудка, проксимального отдела тонкой кишки, а также нервными окончаниями капсулы печени и поджелудочной железы. Менее значимой является иннервация дистальных мелких и начальных отделов толстой кишки. Основными эфферентными проводниками являются немиелинизированные волокна типа С в крупных внутренних и поясничных внутренних нервах, нервные окончания которых разветвляются в слизистых и подслизистых слоях кишечника, вокруг артериол. Хроническое воспаление желудочно-кишечного тракта вызывает сенсбилизацию нейронов спинного мозга, получающих сигналы из этой области. Информация о составе кишечного содержимого поступает через энтеро-хромаффинные клетки слизистой оболочки, которые выделяют ваготропные гормоны, что важно для определения питательных веществ и потенциально токсичных веществ. Блуждающий нерв участвует в регуляции аппетита и ощущении сытости, моторики пищевода, сократительной активности мышечного слоя, секреции соляной кислоты,

кишечных и панкреатических ферментов. Напомним, что двигательные волокна блуждающего нерва берут начало в дорсальных и двойных ядрах, большинство аксонов которых образуют синапсы на клетках кишечных ганглиев, но некоторые непосредственно иннервируют поперечно-полосатые мышцы пищевода. Их основная функция заключается в контроле моторики пищевода, расслаблении нижнего пищеводного сфинктера и преобразователя для прохождения пищи, контроле секреции желудка и экзокринной поджелудочной железы. Симпатическая иннервация желудочно-кишечного тракта имеет четыре основных точки действия: межмышечные ганглии, подслизистые ганглии, кровеносные сосуды и мышцы сфинктера. Тела преганглионарных симпатических нейронов расположены в промежуточных столбах серого вещества спинного мозга, постганглионарные симпатические вазоконстрикторные нейроны расположены в симпатической цепи и превертебральных ганглиях. Нейроны последних дают аксоны к внутримышечным и подслизистым ганглиям кишечной нервной системы. Их действие в обоих случаях носит тормозящий характер, стимуляция симпатических волокон замедляет прохождение кишечного содержимого и снижает секреторную активность желез слизистой оболочки, а также приводит к сокращению желудочно-кишечных сфинктеров.

В последние годы произошел прорыв в изучении влияния кишечной микробиоты на функции нервной системы. Дальнейшее изучение оси «микробиота – кишечный механизм – мозг» может привести к открытию новых аспектов патофизиологии БП, ранней диагностике с акцентом на изучение периферических биомаркеров в кишечной нервной системе. Определение временных и причинно-следственных связей между кишечной микробиотой и развитием патологии нервной и иммунной систем при БП имеет большое клиническое значение. Можно сказать, что поставленная цель исследования была выполнена, но также важно отметить, что необходимы дальнейшие исследования новых терапевтических подходов к лечению БП, основанных на коррекции нарушений микробиоценоза кишечника с использованием пробиотиков, аутопробиотиков или трансплантации фекальной микробиоты.

Список литературы:

1. Браак Х., Рюб У, Гай В.П. и др. Идиопатическая болезнь Паркинсона // *J. Neural Transm.* – Вена. – 2013. – 1(10). – С. 517-536.
2. Хоукс К., Дель Тредичи К., Браак Х. Болезнь Паркинсона: гипотеза двойного удара // *Neuropathol Appl Neurobio.* – 2017. – 5(33). – С. 599-614.

3. Гёдерт М., Спиллантини М.Г., Дель Тредичи К., Браак Х. 100 лет патологии Леви // *Nat Rev Neurol.* – 2013. – № 9. – С. 13-24.
4. Райхманн Х. Точка зрения: этиология при болезни Паркинсона // *J. Neurol Sci.* – 2015. – 3 (10). – С. 9-17.
5. Пфайффер Р.Ф. Желудочно-кишечная дисфункция при болезни Паркинсона // *Lancet Neurol.* – 2013. – 2(16). – С. 107-116.
6. Фазано А., Висанджи Н.П., Лю Л.В., Ланг А.Е., Пфайффер Р.Ф. Желудочно-кишечная дисфункция при болезни Паркинсона // *Ланцет Нейрол.* – 2015; 14: 625-639.
7. Хитун З.С., Куигли Э.М. Гастропарез и болезнь Паркинсона: систематический обзор // *Relat Disord.* – 2012. – 1(8). – С. 433-440.
8. Масуда Н., Асахина М. Выявление патологии α -синуклеина в толстой кишке у пациента с чистой вегетативной недостаточностью // *J. Neurol.* – 2014. – 2(12). – С. 239-245.
9. Форсайт К.Б., Шеннон К.М. Повышенная проницаемость кишечника коррелирует с альфа-синуклеиновым окрашиванием слизистой оболочки сигмы и маркерами воздействия эндотоксина при ранней болезни Паркинсона // *PLoS ONE.* – 2015. – 6(12). – С. 28-39.

1.4. ПЕДИАТРИЯ

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ, ОБСЛУЖИВАЕМОЙ ГУЗ «ЦГКБ Г. УЛЬЯНОВСКА»

Шакирова Анжелика Рустамовна

*канд. мед. наук, доцент,
Ульяновский Государственный Университет,
заведующая поликлиникой по обслуживанию детского населения
ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска»,
РФ, г. Ульяновск*

Солманова Ксения Сергеевна

*заведующая педиатрическим отделением
поликлиники по обслуживанию детского населения
ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска»,
РФ, г. Ульяновск*

ASSESSMENT OF THE HEALTH STATUS OF CHILDREN LIVING IN THE TERRITORY OF THE «CENTRAL CLINICAL HOSPITAL OF ULYANOVSK»

Angelika Shakirova

*Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor Ulyanovsk State University,
Head of the outpatient clinic child population
of the «Central Clinical Hospital of Ulyanovsk»,
Russia, Ulyanovsk*

Ksenia Solmanova

*Head of Pediatric Department Children's
Clinics of the population
of the «Central Clinical Hospital of Ulyanovsk»,
Russia, Ulyanovsk*

Аннотация. Дана оценка распространённости заболеваний органов и систем среди детей от 0 до 17 лет проживающих на территории, обслуживаемой ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска». Проанализированы данные о профилактических медицинских осмотрах. Произведен анализ лидирующих позиций по заболеваниям органов и систем за 2019 г. Выявили редкий клинический случай за период профилактического осмотра по Ульяновской области на базе ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска».

Abstract. The prevalence of diseases of organs and systems among children from 0 to 17 years of age living in the territory served by the State Health Institution "Central Clinical Hospital of Ulyanovsk" is estimated. The data on preventive medical examinations are analyzed. The analysis of the leading positions in diseases of organs and systems for 2019 is performed. A rare clinical case was revealed during the period of preventive examination in the Ulyanovsk Region on the basis of the State Health Institution "Central Clinical Hospital of Ulyanovsk".

Ключевые слова: профилактические осмотры; здоровье; заболевания; здравоохранение; несовершеннолетние.

Keywords: preventive examinations; health; diseases; healthcare; minors.

Сохранение и укрепления здоровья детей с момента рождения до перехода во взрослую жизнь, является одной из актуальных проблем здравоохранения. На сегодняшний день данная проблема имеет высокую социальную значимость и занимает одну из важнейших задач государства, т. к. здоровье детского населения составляет фундаментальную основу для формирования репродуктивного, трудового, интеллектуального потенциала страны и является фактором национальной безопасности Российской Федерации.

Здоровье подрастающего поколения имеет большое значение для страны как потенциал развития государства и прогнозирования его будущего.

Здравоохранением РФ разработан приказа от 10 августа 2017 г. N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних".

Амбулаторное звено в России является первым звеном здравоохранения, возлагая на себя более 80% объёма лечебно-профилактической помощи несовершеннолетнему населению, а качество и эффективность диспансеризации несовершеннолетних являются ключевыми параметрами оценки медицинского наблюдения, и дальнейшего пребывания детей на педиатрических участках и формирование маршрутизации из первичного звена по узкоспециализированной медицинской службе.

Все выше перечисленное направлено на изучение состояния здоровья детей от 0 до 17 лет проживающие на территории, обслуживаемой ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска», что далее определяет цель данной статьи.

Цель: оценить состояние здоровья детей, проживающих на территории, обслуживаемой ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска».

Задачи:

1. Изучить заболеваемость детей, наблюдаемых ГУЗ «ЦГКБ города Ульяновск» и оценить распространённость заболеваний органов и систем среди детей от 0 до 17 лет

2. Проанализировать данные о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних за 2019 г. и оценить лидирующие позиции по заболеваниям органов и систем за весь период и, частности 2019 г.

3. Отразить редкий клинический случай, выявленный за период профилактического осмотра из доминирующей группы нозологий по Ульяновской области.

4. Дать рекомендации по профилактике и лечению, на основании полученных данных.

Материалы и методы. Исследование проводилось на территории г. Ульяновска, на базе ГУЗ «Центральная городская клиническая больница» (далее ГУЗ «ЦГКБ») – в ведущем многопрофильном учреждении города, расположенное по адресу: 432057, Ульяновская область, город Ульяновск, Оренбургская улица, 27.

В качестве статистической сводки использовались данные о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних за 2019 год.

В настоящее время в состав ГУЗ «ЦГКБ» входит 2 поликлиники и МБДОУ по обслуживанию детского населения. Медицинская организация производит профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних, всего осмотрено 9 884 человека, из них в возрасте от 0 до 4 лет 2368 (человек), до 14 лет 8563 (человек), от 15 до 17 лет включительно 1321 (человек), детей-инвалидов от 0 до 17 лет включительно – 85 человек.

За весь период было выявлено – 12 136 человек с различными заболеваниями органов и систем.

Частота встречаемости отдельных нозологий представлена на рисунке 1.

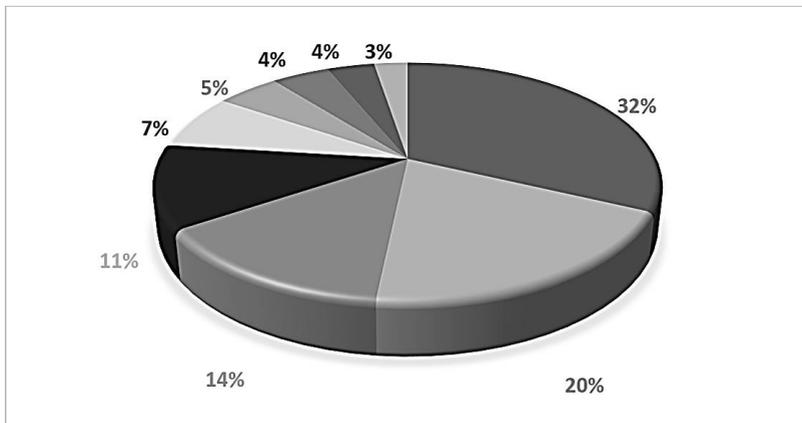


Рисунок 1. Частота встречаемости отдельных нозологий

Согласно полученным данным выявлено: заболевания костно-мышечной системы у 3 748 чел, что составило 31% от общего числа заболеваемости; заболевания органов пищеварения – 2 335 чел., что составило от общего числа заболеваемости – 19%; заболевания глаз и придаточного аппарата – 1 641 чел. От общего числа заболеваемости 13,5%; заболевания эндокринной системы – 1 304 чел. От общего числа заболеваемости – 11%; заболевания нервной системы – 886 чел. От общего числа заболеваемости – 7,3%; заболевания мочеполовой системы – 572 чел. От общего числа заболеваемости – 4,7%; заболевания органов дыхания – 526 чел. От общего числа заболеваемости – 4,3%; врождённые аномалии выявлены у 423 чел, составило 3,5% от общего числа заболеваемости; заболевания системы кровообращения – 309 чел. От общего числа заболеваемости – 2,5%.

Профилактический осмотр за 2019 г. прошло 9 884 чел., что составляет 97% от плана выполненных работ.

Преобладающие нозологии, выявленные за 2019 г. представлены на рисунке 2.

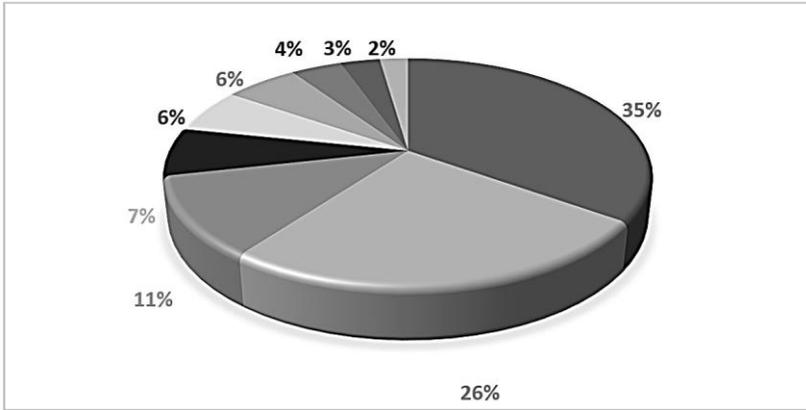


Рисунок 2. Преобладающие нозологии, выявленные за 2019 г.

Согласно полученным данным в 2019 году выявлено: с заболеваниями органов пищеварения – 758 чел., что составило 7,7% от общего числа прошедших профилактический осмотр; с заболеваниями костно-мышечной системы – 553 чел. (5,6%); с заболеваниями глаз и придаточного аппарата – 251 чел. (2,5%); с заболеваниями органов дыхания – 149 чел. (1,5%); с заболеваниями эндокринной системы – 139 чел., что составило 1,4% от общего числа прошедших профилактический осмотр; с заболеваниями нервной системы – 128 чел. (1,3%); с заболеваниями мочеполовой системы – 95 чел., что составило 0,9% от общего числа прошедших профилактический осмотр; с заболеваниями системы кровообращения – 66 чел., что составило 0,7% от общего числа прошедших профилактический осмотр; с врождёнными аномалиями выявлено 57 чел., что составило 0,5% от общего числа прошедших профилактический осмотр.

Установлено, что лидирующее положение среди всех нозологий за 2019 занимают болезни органов пищеварения.

Для данных пациентов разработаны индивидуальные планы реабилитации и лечебную диету.

В ходе ежегодного профилактического осмотра детей от 0 до 17 лет был выявлен редко встречающийся случай среди детей данной возрастной категории. Во время сбора анамнеза было выявлено: ребенок наблюдался у гематолога с рождения до 2-х лет по поводу железодефицитной анемии (ЖДА), получал препараты железа. С 2012 года взят на учет гастроэнтерологом, лечится амбулаторно с диагнозом хронический гастродуоденит, поверхностный, ремиссия. Рекомендации врача не соблюдал, питание не сбалансированное, не рациональное. Последние

несколько лет употреблял энергетические напитки. В 2019 году педиатром пальпаторно была обнаружена спленомегалия. В ходе лабораторно-диагностических исследований выявлено высокое содержание меди в разовой порции мочи. МРТ исследование показало диффузные процессы печени с фиброзными узлами – регенератами (цирроз), спленомегалия.

Благодаря слаженной работе всех звеньев амбулаторно-поликлинической помощи был установлен диагноз: K74.6 Цирроз печени неуточненной этиологии, декомпенсированный, класс С по Чайлд-Пью, активность 2 степени, печеночная недостаточность 2 степени, печеночная энцефалопатия 1-2 степени, подозрение на болезнь Вильсона-Коновалова. Были даны рекомендации по лекарственной терапии.

Оперативная работа специалистов ГУЗ «ЦГКБ» позволила своевременно выявить данное заболевание и сформировать грамотную маршрутизацию пациента с данной патологией.

В данный момент пациент наблюдается в ФГБУ «НМИЦ трансплантологии и искусственных органов имени Шумакова». Грамотность и добросовестность медицинских работников позволила сохранить жизнь гражданину и по возможности способствовать улучшению качества жизни и обеспечить благоприятный исход.

Выводы. Нами была произведена оценка заболеваемости детей, наблюдаемых ГУЗ «ЦГКБ г. Ульяновска» и распространённость заболеваний органов и систем среди детей от 0 до 17 лет.

Проанализированы данные о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних за предыдущие года и за 2019 г.

В результате работы мы пришли к выводу, что наиболее распространенной нозологией среди детей разных возрастов являются болезни органов пищеварения. Зафиксирован их прирост по сравнению с предыдущими годами на 7,7%.

Все обследованные дети с выявленной вышеуказанной нозологией взяты на динамическое наблюдение врача педиатра. Для выяснения достоверной причины данных отклонений произведено анкетирование. На сегодняшний день нам известно, что дети пубертатного периода в 85 % случаев не имеют полноценного питания, в 55 % – генетическая предрасположенность, 50 % опрошенных употребляют энергетические напитки, в 5 % случаев зафиксировано употребление табака.

Нами запланировано продолжить наблюдение за набранной группой пациентов, с целью оценки прироста заболеваемости и причин, приводящих к данной патологии. Даны рекомендации по формированию здорового образа жизни, рациональному питанию и составление индивидуальной диеты для детей с выявленной патологией.

Основной принцип организации лечебного процесса в ГУЗ «ЦГКБ» – это высокое качество оказания медицинской помощи,

применение новых технологий в диагностике и лечебной практике, профессиональный рост, нестандартное клиническое мышление врача, индивидуальный подход, комфорт пребывания пациентов на амбулаторном лечении, внимательное и доброжелательное отношение к каждому пациенту.

Исходя из полученных нами данных, необходимо обратить внимание законных представителей несовершеннолетних, медицинских работников МБДОУ и педагогических работников, участковых врачей педиатров Ульяновской области и РФ в целом, на данную проблему и ее решение.

Список литературы:

1. Альбицкий В.Ю. Актуальные проблемы социальной педиатрии. Избранные очерки / В.Ю. Альбицкий. – М., 2012. – 344 с.
2. Альбицкий В.Ю. Инновационные технологии в профилактической деятельности центров для детей / В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, С.А. Косова, А.А. Иванова [и др.] // Российский педиатрический журнал. – 2014. – Т. 17. – № 4. – С. 43-48.
3. Баранов А.А. Заболеваемость детского населения России / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, С.А. Косова, В.И. Бондарь, И.М. Волков. – М., 2013. – Вып. 18. – С. 276.
4. Баранов А.А. Профилактическая педиатрия – новые вызовы / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.Ю. Альбицкий // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – Т. 11. – № 2. – С. 7-11.
5. Назаренко Г.И. Методы и программные средства поддержки технологии доказательной медицины / Г.И. Назаренко, Г.С. Осипов, Е.Б. Клейменова, А.И. Молодченков // Искусственный интеллект и принятие решений. – 2012. – № 4. – С. 51-60.
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних" (с изменениями и дополнениями).
7. Сабанов В.И., Разработка и внедрение информационной системы контроля качества медицинской помощи в стационарных условиях / В.И. Сабанов, А.Н. Голубев, В.В. Иваненко // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2008. – № 3 (19). – С. 8.
8. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. – М., 1998. – 352 с.
9. Харин В.Н. Школьный скрининг отклонений опорно-двигательного аппарата у детей: проблемы и перспективы / В.Н. Харин, А.В. Любимова // Материалы IX съезда педиатров России «Детское здравоохранение России: стратегия развития». – М., 2001. – С. 607.
10. Цыльковская Н.Ю. Социально-гигиенические факторы и здоровье детей / Н.Ю. Цыльковская // Гигиена и санитария. – 2001. – № 2. – С. 58-60.

РАЗДЕЛ 2.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

2.1. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ МИГРЕНИ С ДЕПРЕССИЕЙ, ТРЕВОЖНОСТЬЮ И НАРУШЕНИЕМ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

Ганцева Анастасия Александровна

студент

*ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России,
РФ, г. Пермь*

Стуков Александр Игоревич

студент

*ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России,
РФ, г. Пермь*

Зуева Татьяна Витальевна

канд. мед. наук, доцент

*ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России,
РФ, г. Пермь*

PATHOPHYSIOLOGICAL ASSOCIATION OF MIGRAINES WITH DEPRESSION, ANXIETY, AND COGNITIVE IMPAIRMENT

Anastasia Gantseva

*Student of the Perm State Medical University
named after Academician E.A. Wagner,
Ministry of health of the Russian Federation,
Russia, Perm*

Alexander Stukov

*Student of the Perm State Medical University
named after Academician E.A. Wagner,
Ministry of health of the Russian Federation,
Russia, Perm*

Tatyana Zuyeva

*Candidate of medical Sciences, associate Professor,
Perm State Medical University named after Academician E.A. Wagner,
Ministry of health of the Russian Federation,
Russia, Perm*

Аннотация. В данной статье рассмотрена патогенетическая связь мигрени с коморбидными расстройствами в виде депрессии, тревожных расстройств, а также с учетом этого описаны особенности лечения. Отдельно затронута проблема когнитивной дисфункции среди пациентов, страдающих мигренью. Приведен клинический случай пациентки с мигренью и ассоциированным тревожным расстройством, депрессией.

Abstract. This article discusses the pathogenetic relationship of migraine with comorbid disorders in the form of depression, anxiety disorders, and with this in mind, describes the features of treatment. The problem of cognitive dysfunction among patients suffering from migraines is also discussed. A clinical case of a patient with migraine and associated anxiety disorder, depression is presented.

Ключевые слова: мигрень; тревожность; депрессия; когнитивно-поведенческая терапия.

Keywords: migraine; anxiety; depression; cognitive behavioral therapy.

Мигрень – это распространенное, многофакторное, рецидивирующее, наследственное нервно-сосудистое расстройство, основным клиническим проявлением которого является головная боль.

Оно поражает 15 % взрослого населения планеты, причем, преимущественно женщин - фактически, в 3 раза больше женщин, чем мужчин. Основная часть пациентов с мигренью приходится на возрастной период от 17 до 55 лет, как правило, заболевание дебютирует у большинства пациентов в период полового созревания, реже встречается в период детства [4], [5].

Многие пациенты с мигренью отмечают у себя высокий уровень депрессии и тревоги, вплоть до развития панических атак, а также плохое качество сна, интеллектуальные нарушения, особенно дефицит внимания и памяти.

Благодаря этому и многим экспериментально-клиническим изучением сегодня мигрень можно рассматривать в рамках сложного неврологического расстройства происхождение которых, как полагают, включает гипоталамус, ствол головного мозга и кору. Отсюда и возникает очень прочная анатомическая и патофизиологическая функциональная связь мигрени с аффективными и когнитивными нарушениями, которые являются её частыми спутниками.

Так, по исследованию представленному Acta Médica Portuguesa число пациентов с мигренью без когнитивных нарушений составило лишь 1\3 от обследованных, остальная часть пациентов имела коморбидное психическое расстройство.

Тревожные расстройства, включая тревожное расстройство личности, паническое расстройство, обсессивно-компульсивное

Расстройство (ОКР) и специфические фобии в два раза чаще в сопутствующей патологии с мигренью, чем в общей популяции.

Примерно от 50,7 до 57% пациентов с мигренью присутствует с тревожными расстройствами по сравнению с 27% в целом население без мигрени – это статистика по тревожным. Распространенность депрессивных расстройств у пациентов с мигренью является переменной и составляет от 4,3 до 47 % [8].

В развитие мигрени вовлечены нейронные механизмы во всех отделах головного мозга, главным образом, ствол мозга, гипоталамус, кора, а, как известно, гипоталамус играет важнейшую роль в развитии депрессии и тревожных расстройств. Депрессия связана с обменом глюкозы в островковой коре, в исследованиях с участием нейровизуализации среди пациентов с мигренью отмечались изменения МР-картины в области миндалина. Известно, что обе эти структуры участвуют в патогенезе тревожности и депрессии [9].

Некоторые авторы предлагают, что серотонинергическая и дофаминергическая дисфункция может объяснить коморбидность депрессии и мигрени.

Неадекватные уровни серотонина, снижение уровня кортизола и увеличение уровня пролактина обнаруживаются у пациентов во время приступа мигрени и хорошо поддаются терапии триптанами (суматриптан), которые являются селективные агонисты серотониновых рецепторов.

Экспериментальные исследования показывают, что пациенты с тревожными расстройствами и пациенты с мигренью, показывают общие полиморфизмы в гене 5-НТТ, который осуществляет обратный захват, а также транспорт серотонина в выделивший его нейрон.

Известно, что мигрень обычно проявляется дофаминергическими симптомами – тошнотой и рвотой. По ряду исследований доказано, что лимфоциты во время приступа мигрени имеют большое количество дофаминовых рецепторов. В данном случае и при мигрени, и при эпизодах депрессии наблюдается снижение уровня дофамина. Данное суждение можно рассматривать как связь между мигренью и депрессией [3].

В процессе анализа литературы мы столкнулись с проблемой отсутствия единого мнения по поводу патофизиологической связи между приступами мигрени и когнитивной дисфункцией. Установлено, что повышенная частота и большая длительность приступов коррелирует с ухудшением когнитивных функций, но при этом отсутствуют различия у пациентов с мигренью во время межприступного периода и здоровыми людьми [7]. Также по результатам высокоточного МРТ-исследования, имеются изменения функциональной активности у пациентов при мигрени с аурой и без неё [7], [10].

Таким образом, что касается когнитивной дисфункции, мы можем выделить два основных тезиса и развивать мысль в направлении каждого:

- мигрень опосредованно влияет на когнитивный статус;
- имеется четкая патофизиологическая связь мигрени с когнитивными нарушениями.

В отношении первого тезиса, можно предположить, что пациент, избегая триггеров и принимая лекарства, в конечном итоге достигает относительно лучших когнитивных показателей. Таким образом, мы получаем, что когнитивный статус больше связан с образом жизни, а не с самой мигренью. В доказательство этому, ряд исследований показали, что при приеме профилактических препаратов и лечении острых приступов у больных мигренью не выявляли существенного снижения когнитивных функций [2], [6].

В отношении второго тезиса «The Journal of Headache and Pain», исследуя 28 пациентов (14 с аурой и 14 без неё) установили, что у пациентов с аурой имеются специфические изменения в функциональной активности головного мозга, вызывающие нарушения связности отдельных нейронных сетей. Именно по этой причине можно предполагать, что мигрень с аурой зачастую сопровождается цереброваскулярной дисфункцией, для которой характерны выраженные когнитивные нарушения [7], [10].

Большинство клинических исследований обнаружили ухудшение когнитивных показателей у пациентов с мигренью, а по причине ограниченного количества рандомизированных исследований, вопрос о снижении когнитивных функций при мигрени по-прежнему остаётся до конца не решённым.

Ввиду того, что основными коморбидными расстройствами при мигрени, как мы выяснили ранее, являются тревожное расстройство, депрессия, то в терапии мигрени не исключено использование когнитивно-поведенческих методов (когнитивно-поведенческая терапия, далее – КПТ). Их эффективность была изучена в ряде исследований. В одном исследовании пациенты были поделены на 2 группы: группа А – получала медикаментозное лечение и проходила КПТ, группа Б – проходила только медикаментозное лечение. Через 12 месяцев пациенты группы А отметили достоверно большее снижение среднего показателя дней головной боли в месяц более чем на 50 %, а также урежение случаев нетрудоспособности, связанной с головной болью, а пациенты группы Б отметили снижение среднего показателя дней головной боли на 20%. Пациенты группы А также отметили, что стали менее тревожными, меньше возникали депрессивные мысли, идеи [1]. Поэтому можно считать, КПТ эффективным методом в комплексной терапии мигрени.

Клинический случай. Пациентка А, 20 лет. В возрасте 16 лет стала отмечать приступообразные головные боли, продолжительностью около 3-4 часов, с локализацией в левой половине головы, а также в левой глазнице, интенсивность которых по ВАШ равна 8-9 баллов, сопровождались сильной тошнотой и рвотой, светобоязнью. Примерно за 60 минут перед началом приступа возникало нарушение зрения, диплопия, нарастающая тревожность и симптомы депрессии. Данный симптомокомплекс появлялся более чем 2 раза в неделю. В самостоятельном порядке обратилась к неврологу.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Нарушений речи, праксиса, гнозиса не выявлено. Несколько повышены сухожильные рефлексы, других изменений со стороны двигательной сферы выявлено не было. Функции ЧМН не изменены. Расстройств чувствительности не выявлено. Вегетативная дисфункция отсутствует. Менингеальные симптомы не определяются.

Было проведено МРТ-исследование: органической патологии не выявлено. На повторном приеме у невролога на основании жалоб и данных анамнеза был поставлен диагноз “Мигрень с аурой”, G43.1.

Назначено лечение: триптаны (Суматриптан), в межприступный период прием ноотропов (Пикамилон, Церебролизин).

Проходила лечение по назначенной схеме, на фоне чего головные боли стали менее интенсивными. Тревожность, сопровождающаяся чувством страха смерти, депрессия и фобическое расстройство сохранились, но с меньшей продолжительностью и частотой.

В течение четырех лет не обращалась за квалифицированной помощью. Головные боли по-прежнему купировались по назначенной схеме, тревожность и депрессия перед приступами постепенно стали

нарастать. На фоне ухудшения состояния обратилась за помощью к психиатру. Были проведены тестирования: тест Спилберга-Ханина, шкала депрессии Бека.

Результаты тестирований до и после терапии приведены в таблицах 1, 2.

Таблица 1.

Результаты тестирования пациентки А. на степень тревожности и депрессии до начала лечения

Название Теста	Результат	Интерпретация
Тест тревожности Спилберга-Ханина	47 баллов	высокая
Шкала депрессии Бека	27 баллов	выраженная депрессия

По результатам собеседования и тестирования было назначено лечение: СИОЗС (Золофт) – в течение 6 месяцев, антипсихотический препарат (Тералиджен) – 20 дней, посещение КПТ.

Таблица 2.

Результаты тестирования пациентки А. на степень тревожности и депрессии после проведенного лечения

Название Теста	Результат	Интерпретация
Тест тревожности Спилберга-Ханина	26 баллов	низкая
Шкала депрессии Бека	9 баллов	депрессивных симптомов нет

В конечном итоге, на фоне проведенного лечения отмечает улучшение состояния в виде уменьшения тревожности, исчезновения “панических атак”, симптомов депрессии, а также отметила урежение приступов мигрени более, чем на 50%, более легкую переносимость приступов.

Мигрень у пациентки А. складывалась из ауры (нарушение зрения, диплопия, нарастающая тревожность и симптомы депрессии), а также непосредственно из самого приступа, проявляющегося в виде головной боли. Прием суматриптана купировал головную боль, но в полной степени не обеспечивал исчезновение симптомов депрессии и тревожности, поэтому пациентка А. и обратилась в дальнейшем к психиатру. В конечном итоге, комплексный подход к лечению мигрени дал положительные результаты.

Таким образом, мигрень является достаточно распространенным заболеванием с аффективной, когнитивной и вегетативной симптоматикой. Сопутствующие заболевания, такие как депрессия и тревога, должны быть признаны ключевыми и рассматриваться в ассоциации с мигренью. Однако когнитивные нарушения пока что не могут стопроцентно объясняться возникновением приступов. Для тех, кто страдает мигренью, это является одной из основных причин дискомфорта и ухудшения качества жизни, включая трудности на работе и в школе. По нашему мнению, существует крайняя необходимость сосредоточиться на более глубоком понимании всех патофизиологических процессах заболевания, что в дальнейшем позволило бы открыть новые подходы к лечению.

Список литературы:

1. Головачева Вероника Александровна, Парфенов Владимир Анатольевич Когнитивно-поведенческая терапия в лечении пациентов с мигренью // Неврологический журнал. – 2015. № 3.
2. Vaars MA, van Boxtel MP, Jolles J (2010) Migraine does not affect cognitive decline: results from the Maastricht aging study // *Headache* 50:176–184 18(1) - 2017.
3. Barbanti P, Fabbrini G, Ricci A, Pascali MP, Bronzetti E, Amenta F, et al. Migraine patients show an increased density of dopamine D3 and D4 receptors on lymphocytes // *Cephalalgia*. – 2010;20:15–19.
4. Burch R.C., Loder S., Loder E. et al. The prevalence and burden of migraine and severe headache in the United States: updated statistics from government health surveillance studies // *Headache*. – 2015; 55(1): 21–34.
5. Burstein R, Nosedá R, Borsook D. Migraine: multiple processes, complex pathophysiology // *J Neurosci*. – 2015; 35(17):6619–6629. doi:10.1523/JNEUROSCI.0373-15.2015.
6. Doga Vuralli, Cenk Ayata & Hayrunnisa Bolay. Cognitive dysfunction and migraine / *The Journal of Headache and Pain* // Published: 15 November 2018.
7. Lo Buono, V., Bonanno, L., Corallo, F. *et al.* Functional connectivity and cognitive impairment in migraine with and without aura // *J Headache Pain* 18, 72 (2017). <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0782-6>.
8. Martins V., Temóio J., & Murta I. (2015). Psychiatric Comorbidities Associated with Headaches: the Experience of the Liaison Consultation // *Acta Médica Portuguesa*, 28(1), 44-50. doi: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.5541>.
9. Seifert CL, Valet M, Pfaffenrath V, et al. Neurometabolic correlates of depression and disability in episodic cluster headache // *J Neurol*. 2011;258(1):123–131. doi:10.1007/s00415-010-5704-3.
10. Vuralli D, Wattiez AS, Russo AF, Bolay H. Behavioral and cognitive animal models in headache research // *J Headache Pain*. 2019;20(1):11. Published 2019 Jan 31. doi:10.1186/s10194-019-0963-6.

РАЗДЕЛ 3.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

3.1. ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Мошкова Алина Игоревна

студент,

Приволжский исследовательский медицинский университет

Минздрава России,

РФ, г. Нижний Новгород

Караваева Татьяна Александровна

врач-стоматолог

(специальность – терапевтическая стоматология),

РФ, г. Нижний Новгород

Леванов Владимир Михайлович

доцент, д-р мед. наук, профессор,

Приволжский исследовательский медицинский университет

Минздрава России,

РФ, г. Нижний Новгород

Аннотация. Представлены результаты изучения результативности телемедицинских консультаций при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта. Проведено 32 телеконсультации 25 пациентов с диагнозами острый герпетический стоматит, острый псевдомембранозный кандидоз, травматическая язва, десквамативный глоссит. Отмечен положительный медицинский эффект, а также отмечено, что применение телемедицинских технологий позволяет сократить затраты времени и средства пациентов, проживающих в сельской местности, на получение консультаций в клинических центрах.

Abstract. The results of a study of the effectiveness of telemedicine consultations in the treatment of diseases of the oral mucosa are presented. 32 teleconsultations of 25 patients diagnosed with acute herpetic stomatitis, acute pseudomembranous candidiasis, traumatic ulcer, desquamative glossitis were conducted. A positive medical effect was noted, and it was also noted that the use of telemedicine technologies can reduce the time and money spent by patients living in rural areas on getting consultations in clinical centers.

Ключевые слова: телемедицина; консультация; заболевания слизистой оболочки полости рта.

Keywords: telemedicine; consultation; diseases of the oral mucosa.

Актуальность. В повседневной клинической практике пациенты часто обращаются за медицинской помощью с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР), которые являются одной из сложных проблем в стоматологии из-за трудностей в диагностике и лечении. В течение последнего десятилетия проблеме профилактики и лечения хронических заболеваний СОПР уделяется значительное внимание отечественных и зарубежных исследователей. Это, во-первых, обусловлено возрастающим негативным влиянием на организм человека иммунодепрессивных факторов окружающей среды, широким и не всегда обоснованным использованием медикаментов с антибактериальными свойствами [1].

Во-вторых, патологические изменения СОПР и тканей пародонта, которые обуславливают первичное обращение больного к стоматологу, могут быть проявлениями некоторых общесоматических заболеваний, в т.ч. серьёзных. Поэтому диагностика и лечение заболеваний СОПР нередко требуют контакта стоматолога с другими специалистами, правильного выбора методов обследования, проведения дифференциальной диагностики, составления плана комплексной терапии с учетом рекомендаций врачей других специальностей [2]. Но для этого стоматолог должен правильно оценить роль взаимосвязи и взаимообусловленности ряда факторов, изучить причинно-следственные связи общих заболеваний и проявлений патологии в полости рта [3]. Из заболеваний слизистой оболочки полости рта на амбулаторном приеме чаще всего встречаются: травматический стоматит, декубитальная язва, лейкоплакия, глоссалгия, кандидоз, многоформная экссудативная эритема, красный плоский лишай, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, герпес [4 - 6]. Правильная визуальная оценка состояния СОПР, понимание возникающих в ней процессов, своевременная постановка диагноза играют существенную роль, как для оценки ее непосредственного состояния, так и для выявления ранних признаков патологии, связанной как с эндогенным, так и экзогенным воздействием на организм [7].

Всё изложенное выше обуславливают необходимость комплексного подхода к лечению данной группы заболеваний, в котором могут быть задействованы врачи разных специальностей. С учётом дефицита кадров врачей, особенно в сельской местности, в сложных случаях может быть целесообразно привлечение специалистов, работающих в других медицинских организациях других городов. Однако получение такой консультации в целом ряде случаев связано с определёнными сложностями, особенно у лиц пожилого возраста, проживающих в отдалённых населённых пунктах.

В последние годы был принят ряд основополагающих документов в области применения информационно-телекоммуникационных технологий в здравоохранении, в том числе Федеральный закон "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья», приказ Минздрава России от 30.11.2017 г. № 965н и другие [8; 9].

Различные телемедицинские технологии успешно внедряются и в стоматологическую практику, расширяя возможности консультативной помощи [10; 11].

Цель работы – изучить результативность телемедицинских консультаций при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе филиала ГАУЗ НО «Областная стоматологическая поликлиника» Сормовского филиала №1 города Нижний Новгород и в ГБУЗ НО «Вознесенская ЦРБ» в рабочем поселке Вознесенское Нижегородской области. Расстояние между ними составляет 220 км. Дистанционные консультации проводились между врачами-стоматологами обоих филиалов.

Объектом исследования были пациенты с СОПР, проживающие в рабочем поселке Вознесенское, в возрасте 17 – 76 лет (средний возраст – 47,2±8,5 лет).

С целью удаленной диагностики была применена методика отсроченных телемедицинских консультаций. Врачу-консультанту по защищённому каналу VPN по электронной почте предоставлялись краткие текстовые выписки из амбулаторных карт пациентов (ф.043/у). Кроме того, для объективного изучения локального статуса прилагались диагностические изображения, которые выполнялись с помощью цифровой фотокамеры «Canon 1200 D», а также при необходимости рентгенограммы, полученные с дентального рентгеновского аппарата «Xelium Ultra» и лабораторные анализы. При необходимости врачи дополнительно обсуждали клинические случаи по программе Skype (комбинированные телеконсультации).

Результаты. Всего было проведено 32 телеконсультации 25 пациентов с диагнозами острый герпетический стоматит, острый псевдомембранозный кандидоз, травматическая язва, десквамативный глоссит, в том числе необходимость видеообращения возникла в 12 случаях (37,5 %), повторные консультации – в 7 случаях, что в основном было связано с наличием сопутствующей соматической патологии.

При этом диагноз и лечение было подтверждены в 14 случаях (43,8 %), уточнён или изменён диагноз в 6 случаях (18,75 %), изменены или дополнены рекомендации по лечению в 12 случаях (37,5 %).

Телемедицинские консультации носили плановый характер, проводились за $2,3 \pm 0,7$ суток.

Приведём несколько примеров.

Пример 1.

Пациент с патологией СОПР.

Диагноз, поставленный пациенту Х., 48 лет, проживающему в рабочем поселке Вознесенское – травматическая эрозия языка и генерализованный пародонтит легкой степени тяжести. Диагноз был поставлен на основании клинического осмотра и рентгенологического обследования.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы без патологических изменений, лимфоузлы не увеличены, физиологическая окклюзия, прикрепление уздечек в норме, слизистая оболочка полости рта ярко-красного цвета, присутствует кровоточивость, костная ткань вокруг зубов начинает рассасываться, атрофия кости достигает $1/4-1/5$ длины корня, что хорошо видно на рентгенографических снимках, имеются пародонтальные (зубодесневые) карманы глубиной до 3,5 мм, из которых выделяется серозно- гнойный экссудат, наблюдаются травматические эрозии на языке, покрытые гиперемированным венчиком и фиброзным налетом.

План лечения, назначенный врачом-стоматологом по месту жительства, включал:

- антибактериальную терапию (линкомицин);
- медикаментозную обработку пародонтального кармана (р-р хлоргексидин 0,2%, хлоргексидин-гель);
- санацию полости рта;
- ферменты (трипсин, химотрипсин, лизоцим);
- витаминотерапию (витамины Е, А, С, Р);
- профессиональную гигиену полости рта;
- обучение и контроль индивидуальной гигиены полости рта;
- было рекомендовано ортопедическое лечение.

Однако, в течение 9 дней положительного эффекта достигнуто не было. Поэтому была проведена телеконсультация по описанной выше методике.

Врач-стоматолог, проконсультировавший пациента, согласился с проводимым лечением, но дополнительно назначил иммуномодуляторы (левамизол, имудон), терапию при помощи аппарата Vector (устранение патогенных микроорганизмов из десневых карманов при помощи ультразвуковых колебаний и медикаментозного раствора) и избирательное шлифование зубов. Стабилизация процесса у пациента Х. наступила через 10 дней после назначенного лечения, а через 28 дней наступило видимое улучшение состояния полости рта.

Пример 2.

Пациент с патологией СОПР и с сопутствующим заболеванием (хроническим неспецифическим язвенным колитом).

Диагноз, поставленный пациенту М., 21 год, проживающему в рабочем поселке Вознесенское – хронический рецидивирующий афтозный стоматит, ксеростомия, галитоз неясной этиологии. Диагноз был поставлен на основании клинического осмотра, рентгенологического обследования и лабораторных анализов.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы без патологических изменений, лимфоузлы не увеличены, физиологическая окклюзия, прикрепление уздечек в норме, слизистая оболочка полости рта ярко-красного цвета, присутствует кровоточивость, в полости рта обнаруживается большое количество афт с венчиком гиперемии, неприятный запах изо рта, язык обложен фибринозным налетом.

План лечения, назначенный врачом-стоматологом по месту жительства, включал:

- антибактериальную терапию (линкомицин);
- медикаментозную обработку пародонтального кармана (р-р хлоргексидин 0,2%, хлоргексидин-гель);
- санацию полости рта;
- ферменты (трипсин, химотрипсин, лизоцим);
- витаминотерапию (витамины Е, А, С, Р);
- профессиональную гигиену полости рта;
- обучение и контроль индивидуальной гигиены полости рта.

Однако в течение 14 дней положительного эффекта достигнуто не было. Поэтому была проведена телеконсультация по описанной выше методике. Врач-стоматолог, проконсультировавший пациента, согласился с проводимым лечением, но дополнительно назначил дополнительные методы обследования – гистологическое исследование (соскоб со слизистой оболочки полости рта).

Во время первичной телеконсультации между стоматологами, проведённой в связи с низкой эффективностью проводимого лечения, был заподозрен вторичный характер поражения слизистой. Во время видеосеанса с участием пациента при прицельном сборе жалоб были выявлены признаки заболевания кишечника, по поводу которого пациент ранее не обращался к врачам. Направлен на приём к гастроэнтерологу, где после углублённого обследования, включая колоноскопию, был поставлен диагноз хронического неспецифического язвенного колита легкой степени тяжести в стадии обострения. Лечение этого заболевания в комплексе с терапией СОПР дало положительный результат в течение 27 дней.

Заключение. Слизистая оболочка полости рта является индикатором состояния организма и его взаимосвязи с внешней средой. Анализ научной литературы показал, что распространённость заболеваний СОПР находится на высоком уровне. Патологическое состояние СОПР достаточно часто является отражением различных соматических заболеваний. Поэтому стоматологи в сложных случаях вынуждены обращаться за консультациями как к более опытным коллегам, так и к смежным специалистам для постановки более точного и достоверного диагноза и определения комплексного плана лечения. Перспективной альтернативой очным консультациям являются телемедицинские консультации, при которых расстояние перестаёт быть критическим фактором. Отсроченная телемедицинская консультация, реализованная с помощью электронного обмена между врачами визуальной и текстовой информацией о пациентах, способствует корректировке диагноза и плана лечения больного с заболеваниями СОПР. В результате данного исследования был получен положительный медицинский эффект.

Кроме того, применение телемедицинских технологий позволяет существенно сократить затраты времени и средств пациентов, проживающих в сельской местности, на получение консультаций в клинических центрах.

Список литературы:

1. Слизистая оболочка полости рта – зеркало здоровья [Электронный ресурс] URL: <http://osp.tom.ru/Stati/?articles=8> (Дата обращения: 30.04.2020).
2. Заркумова А.Е. Структура заболеваемости слизистой оболочки полости рта // Вестник КазНМУ. – 2017. – № 3. – С. 168-174.
3. Цагараева Т.Г., Сланова М.К., Хетагуров С.К. Изменения слизистой оболочки полости рта при некоторых системных заболеваниях // Молодой ученый. – 2019. – № 32 (270). – С. 113-115.

4. Максимовский Ю.М., Чиркова Т.Д., Ульянова М.А. Особенности клеточного иммунитета при катаральном гингивите // *Стоматология*. – 2003. – № 3. – С. 6-8.
5. Рабинович И.М., Рабинович О.Ф., Островский А.Д. особенности подготовки пациентов с патологией слизистой оболочки полости рта к ортопедическому лечению// *Клиническая стоматология*. – 2012. – № 4. – С. 3-40.
6. Анисимова И.В., Недосеко В.Б., Ломиашвили Л.М. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ // *«Стоматология»*. – 2008. – С. 117-130.
7. Vaillant L., Fontes V. Bullous diseases of the oral mucosa // *Rev Prat*. – 2002. – N 4. - P. 385-388.
8. Федеральный закон от 29.07.2017 N 242-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья" / *Российская газета*. Федеральный выпуск от 4 августа 2017 г. № 172 (7338).
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 г. № 965н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» [Электронный ресурс] URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71751294/> (Дата обращения: 30.04.2020).
10. Мошкова А.И. Электронная стоматология в эпоху цифровой экономики / *Клинический случай : сборник тезисов Научной Сессии молодых учёных и студентов «Медицинские этюды»* (Н. Новгород, 21-22 марта 2018 г.). Н.Новгород, 2016. – С.349-350.
11. Леванов В.М., Хомутичкина Н.Е., Ильдаров Р.Б. Телемедицинские технологии в стоматологии / «Актуальные проблемы управления здоровьем населения» : Сборник научных трудов, Выпуск VI, Н. Новгород, 2013. – С. 285-288.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

**НАУЧНЫЙ ФОРУМ:
МЕДИЦИНА, БИОЛОГИЯ И ХИМИЯ**

*Сборник статей по материалам XXXIII международной
научно-практической конференции*

№ 5(33)
Май 2020 г.

В авторской редакции

Подписано в печать 28.05.20. Формат бумаги 60x84/16.
Бумага офсет №1. Гарнитура Times. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 3,5. Тираж 550 экз.

Издательство «МЦНО»
123098, г. Москва, ул. Маршала Василевского, дом 5, корпус 1, к. 74
E-mail: med@nauchforum.ru

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленного
оригинал-макета в типографии «Allprint»
630004, г. Новосибирск, Вокзальная магистраль, 3



**НАУЧНЫЙ
ФОРУМ**
nauchforum.ru