

ISSN 2409-563X

MEDICUS

International medical scientific journal

№ 2 (32), 2020

Founder and publisher:
Publishing House «Scientific survey»

The journal is founded in 2015 (January)

Volgograd, 2020

UDC 61
LBC 72

MEDICUS

International medical scientific journal, № 2 (32), 2020

The journal is founded in 2015 (January)
ISSN 2409-563X

The journal is issued 6 times a year

The journal is registered by Federal Service for Supervision in the Sphere of Communications, Information Technology and Mass Communications.

Registration Certificate: III № ФС 77 – 59575, 08 October 2014

Head editor: Musienko Sergey Aleksandrovich

Executive editor: Malysheva Zhanna Alexandrovna

EDITORIAL BOARD:

Ivanova Olga Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences

Abdikarimov Serikkali Zholdasbaevich,

Candidate of Medical Sciences

Komarovskikh Elena Nikolaevna, Doctor of Medical Sciences

Lazareva Natalya Vladimirovna, Doctor of Medical Sciences

Vishneva Yelena Mikhaylovna, Doctor of Medical Sciences

Bessonov Prokopiyy Prokopievich,

Candidate of Medical Sciences

Maslyakov Vladimir Vladimirovich,

Doctor of Medical Sciences

Dorozhenkova Tat'yana Yevgenievna,

Candidate of Biological Sciences

Vecherkina Zhanna Vladimirovna,

Candidate of Medical Sciences

Kazushchik Vasiliy Leonovich, Candidate of Medical Sciences

Sergushev Sergey Gennadievich,

Candidate of Medical Sciences

Zhandarova Lyudmila Fyodorovna,

Candidate of Medical Sciences

Karatayeva Lola Abdullayevna, Candidate of Medical Sciences

EDITORIAL STAFF:

Egorova Alla Gennadievna,

Candidate of Medical Sciences

Selikhova Marina Sergeevna,

Doctor of Medical Sciences

Illek Yan Yuryevich,

Doctor of Medical Sciences

Petrova Olga Grigoryevna,

Doctor of Veterinary Sciences

Lebedev Yuri Ivanovich,

Candidate of Medical Sciences

Bayakhmetova Aliya Aldashevna,

Doctor of Medical Sciences

Authors have responsibility for credibility of information set out in the articles.

Editorial opinion can be out of phase with opinion of the authors.

Address: Russia, Volgograd, Angarskaya St., 17 "G"

E-mail: scimedicus@mail.ru

Website: <http://scimedicus.ru/>

Founder and publisher: Publishing House «Scientific survey»

УДК 61
ББК 72

MEDICUS

Международный медицинский научный журнал, № 2 (32), 2020

Журнал основан в 2015 г. (январь)
ISSN 2409-563X

Журнал выходит 6 раз в год

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

**Свидетельство о регистрации средства массовой информации
ПИ № ФС 77 – 59575 от 08 октября 2014 г.**

Главный редактор: Мусиенко Сергей Александрович
Ответственный редактор: Малышева Жанна Александровна

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Иванова Ольга Николаевна, доктор медицинских наук
Абдикаримов Сериккали Жолдасбаевич,
кандидат медицинских наук
Комаровских Елена Николаевна, доктор медицинских наук
Лазарева Наталья Владимировна,
доктор медицинских наук
Вишинева Елена Михайловна, доктор медицинских наук
Бессонов Прокопий Прокопьевич,
кандидат медицинских наук
Масляков Владимир Владимирович,
доктор медицинских наук
Дороженкова Татьяна Евгеньевна,
кандидат биологических наук
Вечеркина Жанна Владимировна,
кандидат медицинских наук
Казуцик Василий Леонович, кандидат медицинских наук
Сергушев Сергей Геннадьевич, кандидат медицинских наук
Жандарова Людмила Федоровна,
кандидат медицинских наук
Каратаева Лола Абдуллаевна, кандидат медицинских наук

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Егорова Алла Геннадьевна,
кандидат медицинских наук
Селихова Марина Сергеевна,
доктор медицинских наук
Иллек Ян Юрьевич,
доктор медицинских наук
Петрова Ольга Григорьевна,
доктор ветеринарных наук
Лебедев Юрий Иванович,
кандидат медицинских наук
Баяхметова Алия Алдашевна,
доктор медицинских наук

За достоверность сведений, изложенных в статьях, ответственность несут авторы.
Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов материалов.

Адрес редакции: Россия, г. Волгоград, ул. Ангарская, 17 «Г»
E-mail: scimedicus@mail.ru
Website: <http://scimedicus.ru/>

Учредитель и издатель: Издательство «Научное обозрение»

CONTENTS

Maieutics

- Lazareva N.V., Romanova N.V.*
ECOLOGICAL AND REPRODUCTIVE DISSONANCE AS A RESULT
OF THE TECHNOGENIC LOAD RISK PREDICTORS INFLUENCE..... 8

Hygiene

- Allakhverdieva N., Duysenova M., Kadyrbaeva A., Miroshnichenko A., Temirkhan A.*
HEALTH STATUS AND QUALITY OF EDUCATION MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS..... 15

Dermatology

- Azizov B.S., Agzamkhodzhaeva S.S., Salimova I.U.*
MODERN VIEW ON THE ACNE PROBLEM..... 21

History of medicine

- Mearago Sh.L.*
GENERALS AND MEDICINE: FIELD MARSHAL
MIKHAIL BOGDANOVICH BARCLAY DE TOLLY 25

Oncology

- Zhandarova L.F., Kalmykova O.A.,
Volodina N.G., Meshcheryakova L.A., Matveyeva O.V.*
INTRAOPERATIVE CYTOLOGICAL DIAGNOSTICS
OF THE NATURE OF CHANGES IN LYMPH NODES 29

- Maslyakov V.V.*
MODERN PRINCIPLES OF BIOETHICS IN PALLIATIVE CARE FOR ONCOLOGICAL PATIENTS 34

Pediatrics

- Illek Ya.Yu., Ryseva L.L., Tarasova E.Yu.,
Mishchenko I.Yu., Solovyova G.V., Suyetina I.G., Vyaznikova M.L.*
IMMUNOMODULATORY THERAPY
IN CHILDREN WITH MODERATE BRONCHIAL ASTHMA..... 40

Social medicine and public health organization

- Veselinova T., Khadzideleva D., Kantareva P.*
SOCIAL AND LEGAL ASPECTS OF MATERNITY IN BULGARIA 50

Odontology

Rusu-Radzikevich N.V., Radzikevich M.K.
PAROTID SALIVARY GLAND DISEASE..... 55

Phthisiology

Adamova V.D., Sleptsov V.G., Gulyayeva N.A.
HISTORY OF TUBERCULOSIS TREATMENT 60

Surgery

Maslyakov V.V.
POSTOPERATIVE PERIOD FOR GUNSHOT WOUNDS OF THE CHEST..... 66

Moshkin A.S.
QUESTIONS OF SURGICAL ANATOMY FEATURES OF THE COMMON CAROTID ARTERY 73

Epidemiology

Pavlova L.S., Popova N.D., Fedulova A.G.
EPIDEMIC FEATURES OF SALMONELLA INFECTION AT THE EXAMPLE
OF THE TBI RS (Y) “YAKUTSK REPUBLICAN CLINICAL HOSPITAL” 75

СОДЕРЖАНИЕ

Акушерство

Лазарева Н.В., Романова Н.В.

ЭКОЛОГО-РЕПРОДУКТИВНЫЙ ДИССОНАНС, КАК РЕЗУЛЬТАТ
ВЛИЯНИЯ ПРЕДИКТОРОВ РИСКА ТЕХНОГЕННОЙ НАГРУЗКИ..... 8

Гигиена

Аллахвердиева Н., Дуйсенова М., Кадырбаева А., Мирошниченко А., Темирхан А.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВО ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА 15

Дерматология

Азизов Б.С., Агзамходжаева С.С., Салимова И.У.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ..... 21

История медицины

Меараго Ш.Л.

ПОЛКОВОДЦЫ И МЕДИЦИНА:
ГЕНЕРАЛ-ФЕЛЬДМАРШАЛ МИХАИЛ БОГДАНОВИЧ БАРКЛАЙ-ДЕ-ТОЛЛИ 25

Онкология

Жандарова Л.Ф., Калмыкова О.А.,

Володина Н.Г., Мещерякова Л.А., Матвеева О.В.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ
ДИАГНОСТИКА ХАРАКТЕРА ИЗМЕНЕНИЙ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ..... 29

Масляков В.В.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ ПРИ ОКАЗАНИИ
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ 34

Педиатрия

Иллек Я.Ю., Рысева Л.Л., Тарасова Е.Ю.,

Мищенко И.Ю., Соловьёва Г.В., Суетина И.Г., Вязникова М.Л.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ
СО СРЕДНЕТЯЖЁЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ..... 40

Социальная медицина и организация здравоохранения

Веселинова Т., Хадзиделева Д., Кантарева П.

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МАТЕРИНСТВА В БОЛГАРИИ 50

Стоматология

Русу-Радзикевич Н.В., Радзикевич М.К.

ЗАБОЛЕВАНИЕ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ 55

Фтизиатрия

Адамова В.Д., Слепцов В.Г., Гуляева Н.А.

ИСТОРИЯ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА 60

Хирургия

Масляков В.В.

ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ГРУДИ 66

Мошкин А.С.

ВОПРОСЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ 73

Эпидемиология

Павлова Л.С., Попова Н.Д., Федулова А.Г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ
НА ПРИМЕРЕ ГБУ РС (Я) «ЯКУТСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» 75

УДК 618.36

**ЭКОЛОГО-РЕПРОДУКТИВНЫЙ ДИССОНАНС, КАК РЕЗУЛЬТАТ
ВЛИЯНИЯ ПРЕДИКТОРОВ РИСКА ТЕХНОГЕННОЙ НАГРУЗКИ****Н.В. Лазарева**, доктор медицинских наук, профессор¹ ФГБОУ ВО «Самарский государственный экономический университет»,² «Медицинский университет Реавиз»¹ (443090, Россия, Самара ул. Советской Армии, 141)² (443001, Россия, Самара, ул., Чапаевская, 227)

Email: natalya-lazareva@mail.ru

Н.В. Романова, врач акушер-гинеколог

ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница № 2 им. Н.А. Семашко»

(443008, Россия, Самара, ул. Калинина, 32)

Email: natalya-lazareva@mail.ru

Аннотация. Введение. Для обеспечения медико-экологического благополучия населения принимаются широкие законодательные и практические меры по дальнейшему развитию медицинского мониторинга и управления качеством окружающей среды для улучшения состояния здоровья и снижения заболеваемости населения. **Целью:** исследования явилась оценка состояния соматического и репродуктивного здоровья населения в зависимости от влияния факторов техногенной нагрузки. **Материалы и методы:** Проведен анализ динамики соматического и репродуктивного здоровья населения Самарской области в сравнительном аспекте. **Результаты:** В структуре общей заболеваемости всего населения преобладали: в заболеваемости по распространенности – болезни органов дыхания (23 %); болезни системы кровообращения (15 %); болезни костно-мышечной системы (11 %); болезни мочеполовой системы (9 %); впервые выявленной заболеваемости – болезни органов дыхания составляли 44 %; ЛОР органов, болезни органов пищеварения, болезни костно-мышечной системы – по 4 % и др. **Заключение:** В работе проведена оценка состояние здоровья населения крупного промышленного центра. Используются эпидемиологические методы, которые, позволяют выявить последствия загрязнения окружающей среды на население, определить количественную величину изучаемых влияний, установить причинно-следственные связи между загрязнителями биосферы и состоянием здоровья человека.

Ключевые слова: здоровье населения, заболеваемость, смертность, факторы окружающей среды.

Введение

Главной отличительной особенностью антропоэкологических систем, по сравнению с природными экосистемами, служит наличие в их составе человеческих сообществ, которым в развитии всей системы принадлежит абиотических факторов, доминирующая роль. Активностью сообществ людей на занимаемой территории определяется уровень воздействия их на окружающую среду. Развивающиеся сообщества, например, в период индустриализации, характеризуются наряду с ростом численности населения, увеличением потребностей его в продуктах питания, сырье, водных ресурсах, размещении отходов. Это повышает нагрузку на природную среду.

В процессе существования антропоэкологических систем взаимодействие людей с природой среды осуществляется по двум главным направлениям. Во-первых, происходят применения биологических и социальных показателей отдельных индивидуумов и сообщества в целом, направленные на удовлетворение требований, предъявляемых человеку средой. Во-вторых, осуществляется перестройка

самой среды для удовлетворения требований человека. На протяжении истории человечества соотношение названных изменений менялось в сторону преобладающей роли второго направления.

Человек в среде обитания, с одной стороны, является объектом действия экологических факторов, с другой – сам оказывает воздействие на среду. Она включает биоприродный и социально-культурный компоненты или естественную и искусственную среды. В средах человек представлен как социальное существо [1].

Важнейшие современные антропогенные экосистемы – города, сельские населения, транспортные коммуникации – характеризуются определенным сочетанием биоприродных и хозяйственно-культурных условий.

Возрастающие темпы изменения среды обитания приводят к нарушению взаимосвязи между ней и человеком, снижению адаптационных возможностей организма. Среда обитания может содержать такие вещества, с которыми организм в ходе эволюции не сталкивался и потому не имеет соответствующих анализаторных систем, сигнализирующих об их наличии [6].

Глубокие изменения биосферы происходят стремительнее, чем темпы эволюции живых организмов. Поэтому в отлаженном тысячелетиями механизме взаимодействий среды и организма, связанном с характером и уровнем защитных функций последнего, может возникнуть дисбаланс [3].

Поэтому большое значение имеет организация информационной системы «здоровье населения – окружающая среда» (ЗН – ОС), данные для которых собираются через государственную статистическую отчетность. Задача государственной информационной системы ЗН – ОС заключается в сборе данных о загрязнении окружающей среды, состоянии здоровья населения.

По данным литературы, контролируемые химические вещества в атмосферном воздухе могут при определенных обстоятельствах и концентрациях влиять на формирование следующих взаимосвязей: «взвешенные вещества, диоксид азота, бенз(а)пирен → болезни органов дыхания», «бензол и его производные, ароматические углеводороды, диоксид азота → болезни крови и кроветворных органов»; «амино- и нитропроизводные бензола, сероводород, формальдегид, взвешенные вещества нарушения с вовлечением иммунной системы → болезни системы кровообращения»; «бензол → болезни системы кровообращения»; «формальдегид, сероводород, ароматические углеводороды – болезни кожи»; «окись и двуокись углерода, ароматические соединения, сероводород, фенол → заболевания центральной и вегетативной нервной системы»; «бензол, этилбензол → органы пищеварения», «эндокринная система → окись углерода»; «этилен, бутилен, сероуглерод, углеводород, окислы серы, двуокись углерода, сероводород, окись углерода → болезни мочеполовой системы»; «полициклические ароматические углеводороды (ПАУ), в т. ч. бенз(а)пирен → злокачественные новообразования»; «канцерогены, акролеин и др. фотооксиданты (окислы азота, озон, органические перекиси формальдегида, органические перекиси) → новообразования органов пищеварения»; «этилен, бутилен, сероуглерод, углеводород, окислы серы, двуокись углерода, сероводород, окись углерода → новообразования мочеполовых органов» [7, 14].

С водным фактором связаны заболевания инфекционной и неинфекционной этиологии: экологически обусловленные природного происхождения и антропогенно обусловленные; экологически зависимая патология [2, 8].

Целью исследования явилась оценка состояния соматического и репродуктивного здоровья населения в зависимости от влияния факторов техногенной нагрузки.

Материал и методы

Проведен анализ динамики соматического и репродуктивного здоровья населения Самарской области в сравнительном аспекте.

Статистическую обработку полученных результатов выполняли с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки данных STATGRAPHICS Plus for Windows версии 3.0, STATISTICA for Windows версии 6.0 Excel-2000".

Достоверность различий между сравниваемыми группами оценивалась по критериям Стьюдента. Различия сравниваемых величин признавали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$. Достоверность разности выборочных параметров показала, что основной вывод выборочного исследования о различии параметров сравниваемых групп может быть обобщен и перенесен на соответствующие генеральные совокупности.

Результаты и их обсуждение

Самарская область является высокоурбанизированной территорией. Показатели общей заболеваемости всего населения выше средних по федеральным округам РФ (рис. 1) [14].

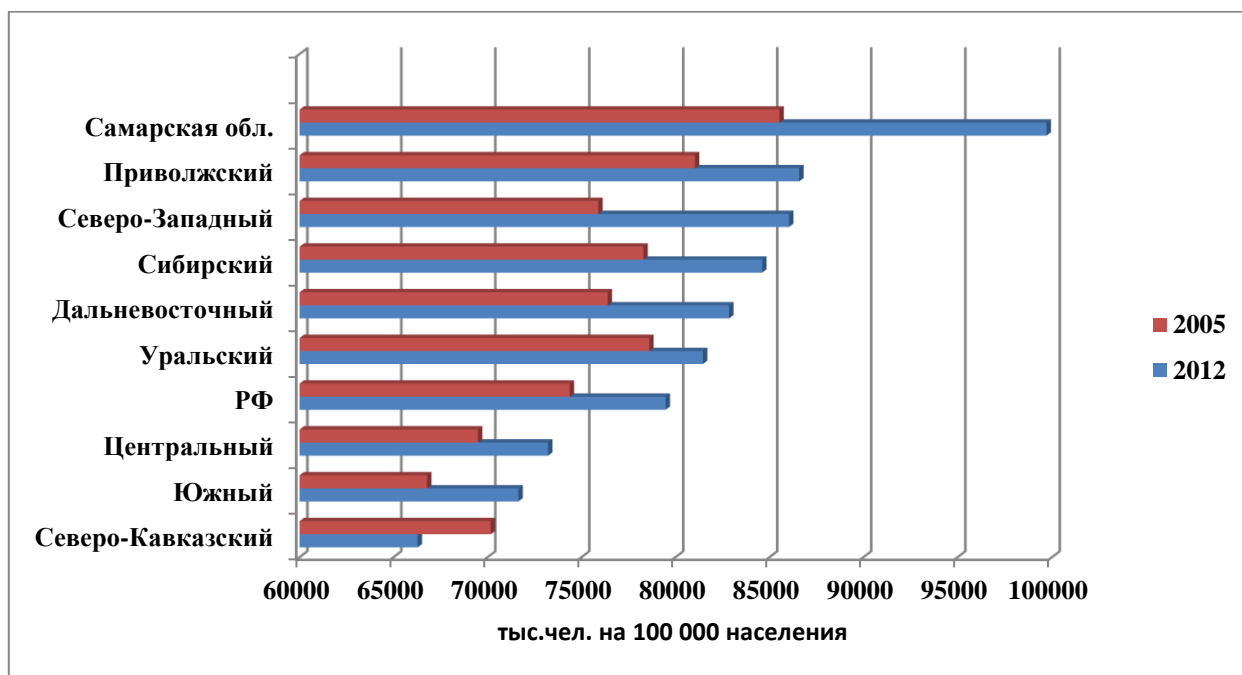


Рис. 1. Общая заболеваемость всего населения (впервые зарегистрированных)

Исходя из представленных данных наблюдается увеличение уровня регистрируемой заболеваемости с 2005 по 2012 гг. Всего за 8 лет показатели увеличились на 16,6 %.

В 2012 г., по сравнению с 2011-2010 гг., отмечалось увеличение средних концентраций: в хлебе и хлебных продуктах – свинца, ртути, ДДТ; в овощах и бахчевых – ртути и мышьяка; в мясе и мясных изделиях – свинца, ртути, ДДТ; в молоке и молочных продуктах – мышьяка; в рыбе и рыбных продуктах – ртути; в сахаре и кондитерских изделиях – ртути; в масле растительном и др. жирах – свинца, ДДТ [12].

Мышьяк, свинец и кадмий обладают кумулятивными свойствами, приоритетными загрязнителями пищевых продуктов. Пропорционально увеличению суммарного вклада указанных контаминантов в экспозицию возрастают их коэффициент опасности и риск воздействия на органы и системы организма человека [7, 10].

Ожидаемое количество случаев возникновения злокачественных новообразований за всю предстоящую жизнь рассмотренной популяции с указанной численностью при неизменном уровне экспозиции и численность экспонированной популяции составит 20 случаев на 10000 всего населения [5, 11, 13].

В структуре смертности всего населения в 2012 болезни системы кровообращения составили 51 %; новообразования – 15 %; несчастные случаи, травмы и отравления – 12 %; другие причины – 11 %; болезни системы пищеварения – 5 %; болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные болезни – по 3 % (рис. 2).

В структуре общей заболеваемости всего населения (расчеты на 100 тыс. всего населения) в 2012 г. (рис. 3) преобладали: в заболеваемости по распространенности – болезни органов дыхания (23 %); болезни системы кровообращения (15 %); болезни костно-мышечной системы (11 %); болезни мочеполовой системы (9 %); болезни глаза (7 %); травмы и отравления (5 %) и др.; впервые выявленной заболеваемости – болезни органов дыхания в 2012 г. составляли 44 %; травмы, отравления – 11 %; болезни мочеполовой системы – 8 %; болезни кожи и подкожной клетчатки – 6 %; болезни уха и сосцевидного отростка, болезни органов пищеварения, болезни костно-мышечной системы – по 4 % и др. [9].

У всего населения Самарской области за 10 лет ежегодно фиксировался рост общей заболеваемости (Ф.12 «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения»), как по распространенности, так и впервые выявленной [9].

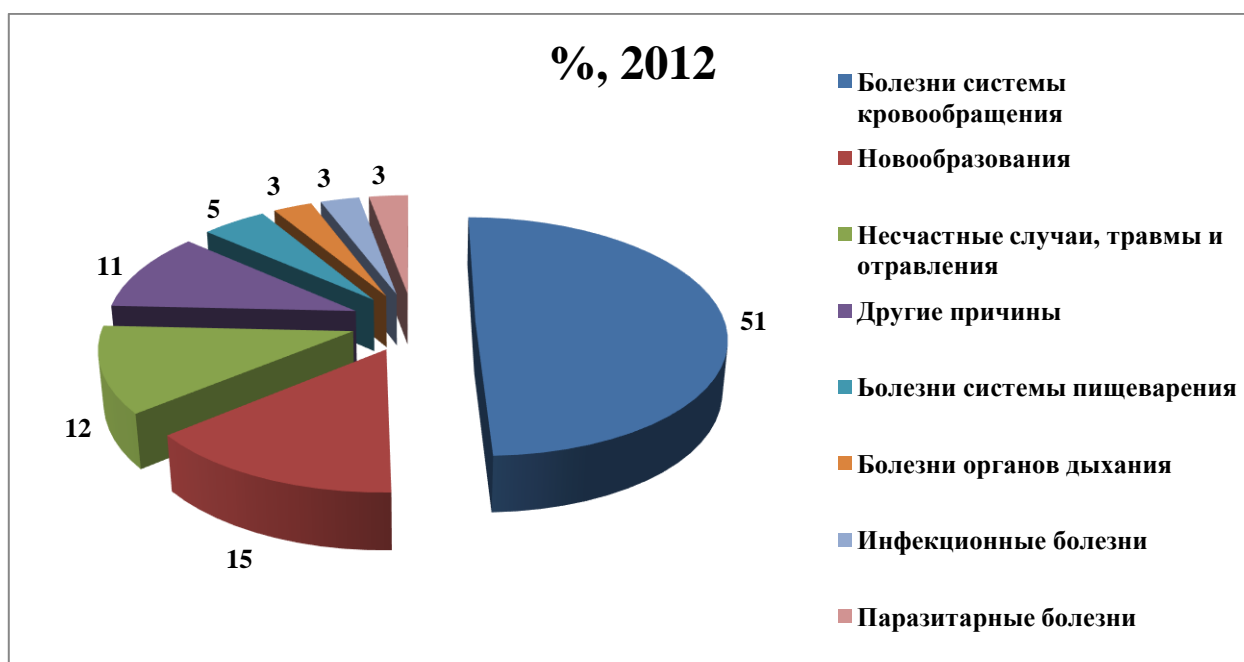


Рис. 2. Структура смертности

В структуре общей заболеваемости всего населения (расчеты на 100 тыс. всего населения) в 2012 г. (рис. 3) преобладали: в заболеваемости по распространенности – болезни органов дыхания (23 %); болезни системы кровообращения (15 %); болезни костно-мышечной системы (11 %); болезни мочеполовой системы (9 %); болезни глаза (7 %); травмы и отравления (5 %) и др.; впервые выявленной заболеваемости (рис. № 27) – болезни органов дыхания в 2012 г. составляли 44 %; травмы, отравления – 11 %; болезни мочеполовой системы – 8 %; болезни кожи и подкожной клетчатки – 6 %; болезни уха и сосцевидного отростка, болезни органов пищеварения, болезни костно-мышечной системы – по 4 % и др. [9].

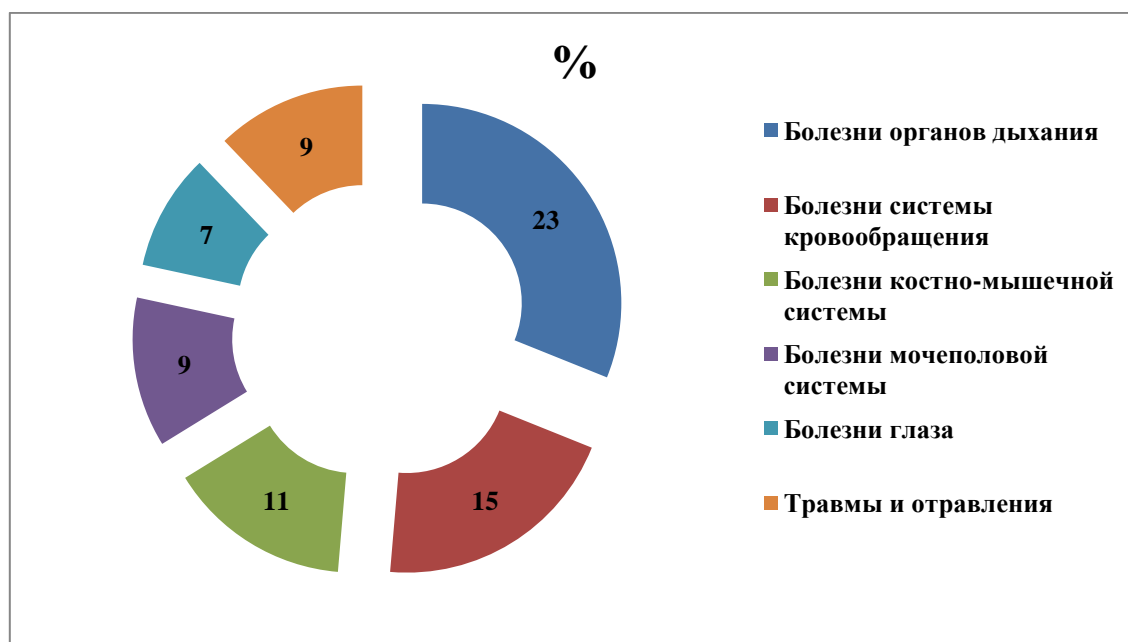


Рис. 3. Структура общей заболеваемости

В Самарской области на протяжении нескольких лет отмечается рост врожденных аномалий развития у детского населения. В 2012 г., по сравнению с 2003 г., заболеваемость врожденными аномалиями увеличилась в 1,8 раз [4, 9].

Врожденные пороки развития являются индикатором качества среды обитания и генетического здоровья населения. Причинами развития врожденных аномалий являются антропогенные нагрузки (загрязнение окружающей среды – превышение гигиенических нормативов вредных химических веществ в атмосферном воздухе, воде питьевой, продуктах питания и т. п.; воздействие шума, электромагнитных полей и пр.), социально-демографические факторы (возраст матери, паритет), меду-генетические факторы (медицинские аборты, отягощенная наследственность семьи, наличие у матери хронических заболеваний, инфекции во время беременности) [2].

Демографическая ситуация в Самарском регионе, так же как в Российской Федерации и в ПФО, за последние 5 лет улучшилась. Этому способствовало, стабилизация техногенной нагрузки, за счет уменьшения токсических выбросов в окружающую среду, и соответственно попадания в организм человека, повышение уровня жизни населения, улучшения качества предоставляемых медицинских услуг, реализация на территории РФ государственных программ социальной направленности. Значимой в этой связи стала Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года, утвержденная Правительством Российской Федерации, и «майские» Указы Президента РФ, направленные на улучшение демографического положения в стране.

Заключение

В целях реализации Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и принятия мер по устранению вредного воздействия на население факторов среды обитания человека необходимо обеспечить реализацию мероприятий, направленных на улучшение состояния здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности.

Необходимо обеспечить разработку и реализацию существующих региональных программ по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также предъявление исков о возмещении вреда среде обитания человека, причиненного в результате нарушения законодательства Российской Федерации [1].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заболеваемость населения. Самарский статистический ежегодник. Здравоохранение. – Самара, 2017.
2. Кузнецова Р.С. Обоснование экономических затрат при социальном ущербе и потерях от заболеваемости вирусного гепатита С. / Р.С. Кузнецова, Н.В. Лазарева // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2017. – № 12 (158) – С. 61–67.
3. Лазарева, Н.В. Взаимозависимые патогенетические риски влияния экотехнологических факторов на соматическое и репродуктивное здоровье человека. / Н.В. Лазарева, О.И. Линева // «Медицинский альманах», ноябрь. – 2017. – № 6 (51) – С. 63–69.
4. Лазарева, Н.В. Влияние качества питьевой воды и атмосферного воздуха на состояние здоровья. / Н.В. Лазарева, Е.Э. Кузьмина // Региональное развитие: электронный научно-практический журнал. – 2016. – № 2 (14). – Режим доступа: <https://regrazvitie.ru/>.
5. Лазарева, Н.В. Комплексная оценка состояния репродуктивного и соматического здоровья населения от воздействия факторов риска окружающей среды. / Н.В. Лазарева // «Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2015. – Т. 17. – № 4 – С. 277–288.
6. Лазарева, Н.В. Механизмы неблагоприятного влияния экологических факторов на репродуктивную функцию, пути коррекции / Н.В. Лазарева, О.И. Линева // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19. – № 9. – С. 100–105.
7. Лазарева, Н.В. Основа снижения риска неблагоприятного исхода беременности в рациональном питании женщин. / Н.В. Лазарева // Электронный научно-образовательный Вестник «Здоровье и образование в XXI веке». – 2015. – Т. 17 – № 2. – С. 26–28. Материалы XVI Международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке» www.e-pubmed.org DOI 2015172_6OL.
8. Лазарева, Н.В. Состояние репродуктивного здоровья женщин и детей в условиях перинатальной инфекции / Н.В. Лазарева // Медицинский Альманах. – 2018. – № 6 – С. 38–41.
9. Министерство здравоохранения Самарской области. – Режим доступа: <http://minzdravsoc.samregion.ru/>
10. Научно-исследовательский институт экологии человека и гигиены окружающей среды им. А.Н. Сысина. – Режим доступа: [URL/http://sysin.ru/about/progress](http://sysin.ru/about/progress).
11. Роспотребнадзор Самарской области. Режим доступа: [URL//63.rospotrebnadzor.ru](http://63.rospotrebnadzor.ru)
12. Самарстат. – Режим доступа: samarastat.gks.ru.

13. Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения. Режим доступа: URL// <http://www.mednet.ru/ru/informatizacziya-zdravooxraneniya/>

14. Rozenberg, G.S. Integration of the Problem of Medical Ecology on the Level of the Highly Urbanized Region / G.S. Rozenberg, N.V. Lazareva, Y.V. Simonov et al. // International Journal Of Environmental & Science Education. – 2016. – Vol. 11 – No. 15 – P. 7668–7683.

REFERENCES

1. *Zabolevayemost' naseleniya. Samarskiy statisticheskiy yezhegodnik. Zdravookhraneniye* [Population morbidity. Samara statistical Yearbook. Health]. Samara. 2017. (In Russ.).

2. Kuznetsova R.S., Lazareva N.V. *Obosnovaniye ekonomicheskikh zatrat pri sotsial'nom ushcherbe i poteryakh ot zabolevayemosti virusnogo gepatita S.* [Justification of economic costs for social damage and losses from the incidence of viral hepatitis C]. *Vestnik Samarskogo gosudarstvennogo ekonomicheskogo universiteta* [Bulletin of the Samara state University of Economics]. 2017, no. 12 (158), pp. 61-67. (In Russ.).

3. Lazareva N.V., Lineva O.I. *Mekhanizmy neblagopriyatnogo vliyaniya ehkologicheskikh faktorov na reproduktivnuyu funktsiyu, puti korrektsii.* [Mechanisms of adverse influence of environmental factors on reproductive function, ways of correction]. *Zhurnal nauchnykh statej Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke* [Journal of scientific articles Health and education in the XXI century]. 2017. (In Russ.).

4. Lazareva N.V., Kuz'mina E. Eh. *Vliyanie kachestva pit'evoy vody i atmosfernogo vozdukha na sostoyanie zdorov'ya* [Influence of drinking water quality and atmospheric air on health status]. *Regional'noe razvitiye: ehlektronnyy nauchno-prakticheskij zhurnal* [Regional development: electronic scientific and practical journal]. 2016, no. 2 (14). Available at: URL:<https://regrazvitiye.ru/>. (In Russ.).

5. Lazareva N.V. *Kompleksnaya otsenka sostoyaniya reproduktivnogo i somaticheskogo zdorov'ya naseleniya ot vozdeystviya faktorov riska okruzhayushchey sredy* [Comprehensive assessment of the state of reproductive and somatic health of the population from the impact of environmental risk factors]. «*Zhurnal nauchnykh statej «Zdorov'ye i obrazovaniye v KHKHI veke»* ["Journal of scientific articles "Health and education in the XXI century"]]. 2015, Vol. 17, No 4, pp. 277-288. (In Russ.).

6. Lazareva N.V., Lineva O.I. *Vzaimozavisimye patogeneticheskie riski vliyaniya ehkotehnologicheskikh faktorov na somaticheskoe i reproduktivnoe zdorov'e cheloveka* [Interdependent pathogenetic risks of ecotechnological factors influence on human somatic and reproductive health]. «*Meditsinskiy al'manakh*» [Medical almanac], 2017, no. 6 (51), pp. 63-68. (In Russ.).

7. Lazareva N.V. *Osnova snizheniya riska neblagopriyatnogo iskhoda beremennosti v ratsional'nom pitanii zhenshchin* [The basis for reducing the risk of an adverse pregnancy outcome in the rational diet of women]. *Elektronnyy nauchno-obrazovatel'nyy Vestnik «Zdorov'ye i obrazovaniye v XXI veke»* [Electronic scientific and educational Bulletin "Health and education in the XXI century"]. 2015, Vol. 17, No 2, pp. 26–28. *Materialy XVI Mezhdunarodnogo kongressa «Zdorov'ye i obrazovaniye v XXI veke»* [www.e-pubmed.org DOI 2015172_60L](http://www.e-pubmed.org/DOI/2015172_60L). (In Russ.).

8. Lazareva N.V. *Sostoyaniye reproduktivnogo zdorov'ya zhenshchin i detey v usloviyakh perinatal'noy infektsii* [State of reproductive health of women and children in conditions of perinatal infection]. *Meditsinskiy Al'manakh* [Medical Almanac]. 2018, no. 6, pp. 38-41. (In Russ.).

9. *Ministerstvo zdavookhraneniya Samarskoy oblasti* [Ministry of health of the Samara region]. Available at: //URL// <http://minzdravsoc.samregion.ru/> (In Russ.).

10. *Nauchno-issledovatel'skiy institut ekologii cheloveka i gigiyeny okruzhayushchey sredy im. A.N. Sysina.* [Research Institute of human ecology and environmental hygiene named after A.N. Sysin] Available at: //URL//<http://sysin.ru/about/progress>. (In Russ.).

11. *Rospotrebnadzor Samarskoy oblasti.* [Rospotrebnadzor of the Samara region] Available at: //URL//63.rospotrebnadzor.ru (In Russ.).

12. *Samarastat.* Available at: //URL// samarastat.gks.ru/ (In Russ.).

13. *Tsentral'nyy NII organizatsii i informatizatsii zdavookhraneniya.* [Central research Institute for healthcare organization and Informatization] Available at: //URL// <http://www.mednet.ru/ru/informatizacziya-zdravooxraneniya/> (In Russ.).

14. Rozenberg G.S., Lazareva N.V., Simonov Y.V. *Integration of the Problem of Medical Ecology on the Level of the Highly Urbanized Region.* International Journal of Environmental & Science Education. 2016, Vol. 11, No. 15, pp. 7668–7683. (In English).

Материал поступил в редакцию 04.03.20

ECOLOGICAL AND REPRODUCTIVE DISSONANCE AS A RESULT OF THE TECHNOGENIC LOAD RISK PREDICTORS INFLUENCE

N.V. Lazareva, Doctor of Medical Sciences, Full Professor

¹ FSBEI of Higher Education Samara State University of Economics

² Medical University «Reaviz»

¹ (443090, Russia, Samara, Soviet Army Str., 141)

² (443001, Russia, Samara, Str. Chapaevskaya, 227)

Email: natalya-lazareva@mail.ru

N.V. Romanova, Obstetrics and Gynecology Doctor

SBHI Samara City Clinical Hospital No. 2 named after N.A. Semashko

(443008, Russia, Samara, Str. Kalinina, 32)

Email: natalya-lazareva@mail.ru

Abstract. Introduction. To ensure the medical and environmental well-being of the population, broad legislative and practical measures are being taken to further develop medical monitoring and environmental quality management to improve the health status and reduce the morbidity of the population.

Purpose: the study was to assess the state of somatic and reproductive health of the population, depending on the influence of factors of technogenic load. **Materials and methods:** The analysis of the dynamics of somatic and reproductive health of the population of the Samara region in a comparative aspect. **Results:** In the structure of the general incidence of the entire population prevailed: in the incidence in prevalence – respiratory diseases (23 %); circulatory system diseases (15 %); diseases of the musculoskeletal system (11 %); diseases of the genitourinary system (9 %); newly diagnosed morbidity – respiratory diseases accounted for 44 %; ENT organs, diseases of the digestive system, diseases of the musculoskeletal system – 4 % each. **Conclusion:** The work assesses the health status of the population of a large industrial center. Epidemiological methods are used, which allow one to identify the effects of environmental pollution on the population, to determine the quantitative value of the studied effects, to establish causal relationships between pollutants of the biosphere and the state of human health.

Keywords: public health, morbidity, mortality, environmental factors.

УДК 613.96

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВО ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Н. Аллахвердиева, студент 3 курса факультета общей медицины
НАО «Медицинский университет Караганды»
(100008, Казахстан, Караганда, ул. Гоголя, 40)
Email: nikolaeva@qmu.kz

М. Дуйсенова, студент 3 курса факультета общей медицины
НАО «Медицинский университет Караганды»
(100008, Казахстан, Караганда, ул. Гоголя, 40)
Email: nikolaeva@qmu.kz

А. Кадырбаева, студент 3 курса факультета общей медицины
НАО «Медицинский университет Караганды»
(100008, Казахстан, Караганда, ул. Гоголя, 40)
Email: nikolaeva@qmu.kz

А. Мирошниченко, студент 3 курса факультета общей медицины
НАО «Медицинский университет Караганды»
(100008, Казахстан, Караганда, ул. Гоголя, 40)
Email: nikolaeva@qmu.kz

А. Темирхан, студент 3 курса факультета общей медицины
НАО «Медицинский университет Караганды»
(100008, Казахстан, Караганда, ул. Гоголя, 40)
Email: nikolaeva@qmu.kz

Научные руководители: **А.Х. Абушахманова**, доктор медицинских наук, профессор
НАО «Медицинский университет Караганды»
(100008, Казахстан, Караганда, ул. Гоголя, 40)
Email: nikolaeva@qmu.kz

Т.Л. Николаева, преподаватель
НАО «Медицинский университет Караганды»
(100008, Казахстан, Караганда, ул. Гоголя, 40)
Email: nikolaeva@qmu.kz

***Аннотация.** В статье представлены результаты исследования состояния здоровья, образа жизни и качества образования студентов медицинского университета. По данным анкетирования, у значительной части обучающихся имеются хронические заболевания функциональных систем организма, нерациональное питание, нарушения режима дня, низкая физическая активность. Комплекс вышеперечисленных факторов снижает результативность учебного процесса и качество образования.*

***Ключевые слова:** студенты медицинского вуза, здоровье, образование.*

Успешная профессиональная деятельность врача зависит не только от качественной подготовки высококвалифицированных специалистов в высших медицинских учебных заведениях, но также и от состояния личного здоровья, как психического, так и соматического. Обучение в медицинском вузе характеризуется повышенной сложностью изучаемых дисциплин, необходимостью усвоения большого объема научной информации, внедрением инновационных образовательных методик и интенсификацией учебного процесса, частыми стрессовыми ситуациями и постоянным психоэмоциональным напряжением. Комплекс вышеперечисленных факторов оказывает чрезмерную нагрузку на нервную систему обучающихся и требует достаточно высокого уровня стрессоустойчивости [1-5, 7-14, 16, 17].

Установлено, что переход заболеваний в хроническую форму начинается в молодом возрасте и оказывает негативное влияние на качество жизни и работоспособность человека в течение всей жизни. Сравнительный анализ частоты заболеваемости и смертности среди представителей разных профессий показал, что медицинские работники занимают одно из первых мест в данном рейтинге, причем они наиболее подвержены сердечно-сосудистым заболеваниям. По данным ВОЗ, продолжительность жизни врачей ургентных специальностей, в частности хирургов, анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов на 15-20 лет короче средней продолжительности жизни представителей других профессий, что является следствием отрицательного влияния профессиональных факторов на организм [6, 15, 18, 19, 20].

Целью проведенного исследования являлось изучение качества высшего образования студентов медицинского вуза в зависимости от состояния здоровья и образа жизни.

Материал и методы. Проведено одномоментное однократное анкетирование.

100 студентов 3 курса факультета общей медицины НАО МУК. Анкета включала вопросы, касающиеся учебного рейтинга и самооценки способностей к обучению в медицинском вузе, способов повышения успеваемости, состояния здоровья, вредных привычек, образа жизни и др. К каждому вопросу прилагалось несколько вариантов ответов, из которых студенты выбирали те, которые наиболее соответствовали их мнению.

Результаты исследования. На 3-м курсе факультета общей медицины НАО МУК обучается 353 студента. По данным анкетирования 76 % обучающихся окончили городские школы, 24 % – сельские школы. 330 выпускников городских школ при прохождении единого национального тестирования набрали более высокие баллы (80-100 и выше из 125 возможных), что позволило им получить государственные образовательные гранты для обучения в медицинском вузе. На платной основе обучаются 23 студента, ненабравшие необходимого проходного балла на ЕНТ. Большинство выпускников сельских школ были приняты на обучение по сельской квоте. 20 % студентов оценивают свои способности к обучению в медицинском вузе как высокие, 79 % считают свои способности средними, 1 % – ниже средних. При этом, 19 % студентов имеют высокий уровень успеваемости по балл-рейтинговой системе оценки знаний обучающихся (90-100 баллов), 77 % – средний уровень (75-89 баллов), 4 % – низкий уровень (74 балла и ниже). Для повышения успеваемости 48 % обучающихся посещают консультации преподавателей по наиболее сложным дисциплинам, 37 % применяют различные тренинги памяти и внимания, 15 % планируют переводиться в другие вузы с менее жесткими требованиями к обучению.

В связи с вышесказанным, необходимо отметить, что при определении базисного уровня знаний у большинства студентов обращает на себя внимание незнание некоторых вопросов по дисциплинам пре-реквизитов, изучавшимся ранее, что свидетельствует о преобладании кратковременной памяти и низкой «выживаемости» знаний.

На результативность обучения в медицинском вузе оказывают влияние не только уровень базисной подготовки в средней школе и личные способности обучающихся, но также и состояние их здоровья. Результаты анкетирования показали, что только 22 % опрошенных студентов могут считаться относительно здоровыми, так как практически ничем не болеют. 47 % студентов контролируют состояние своего здоровья, 53 % не обращают на него внимания, ссылаясь на недостаток времени. Большинство обучающихся отмечают, что состояние их здоровья ухудшилось по сравнению с первым курсом. Наиболее распространенными заболеваниями среди студентов являются миопия (21 %), хронический гастрит (38 %), хронический бронхит (24 %), хронический цистит (17 %). Кроме того, студенты часто болеют острыми респираторно-вирусными инфекциями (ОРВИ), ангинами и гайморитами. 68 % опрошенных обращаются за медицинской помощью к врачам студенческой поликлиники, 32 % предпочитают заниматься самолечением. Из-за плохого самочувствия в связи с вышеперечисленными болезнями 30 % обучающихся пропускают в среднем от 10 до 20 дней занятий в течение

учебного года. Наряду с соматическими заболеваниями, 51 % опрошенных студентов жалуются на частые головные боли, головокружение, быструю утомляемость, ухудшение общего самочувствия и снижение работоспособности, что является проявлениями хронической усталости вследствие повышенной учебной нагрузки и постоянного психоэмоционального перенапряжения.

Важным фактором, влияющим на состояние здоровья и умственную работоспособность обучающихся, является образ жизни и наличие вредных привычек. По данным проведенного анкетирования, неправильный режим дня характерен для большинства студентов. Достаточную продолжительность ночного сна имеют 11 % опрошенных, 89 % хронически не досыпают, в частности, из-за необходимости усвоения большого объема учебного материала, а также совмещения учебы с работой в ночное время и в выходные дни. Режим питания соблюдают только 28 % студентов, 72 % питаются нерегулярно и нерационально, в течение дня “перекусывая всухомятку” и принимая горячую пищу преимущественно один раз в день, обычно в вечернее время. Из вредных привычек обучающиеся в медицинском вузе отмечают в основном курение – 49 %, эпизодическое употребление алкоголя – 16 %.

Малоподвижный образ жизни ведет подавляющее большинство студентов – 86 %, ссылаясь на недостаток времени для систематических занятий физкультурой и спортом. 14 % обучающихся занимаются в спортивных секциях университета и участвуют в студенческих спартакиадах. Бытовые условия считают хорошими – 76 % студентов, проживающих в квартирах и частных домовладениях, удовлетворительными – 24 % опрошенных, проживающих в общежитиях.

Выводы. На качество образования студентов медицинского вуза оказывает влияние комплекс факторов: повышенная интенсивность учебного процесса, постоянное психоэмоциональное напряжение, хронические болезни, вредные привычки, нарушения режима дня и питания, низкая двигательная активность. Для повышения результативности высшего медицинского образования необходима профилактика хронических заболеваний, приобщение студентов к здоровому образу жизни и повышение адаптационных возможностей организма к стрессовым воздействиям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абубакарова, З.З. Некоторые аспекты здоровья студентов медиков / З.З. Абубакарова // Здоровье и образование в XXI веке: Научные труды V Междунар. науч.-практ. конф. – М.: Изд-во РУДН, 2004. – С. 19.
2. Агаджанян, Н.А. Изучение образа жизни, состояния здоровья и успеваемости студентов при интенсификации образовательного процесса / Н.А. Агаджанян, Т.Ш. Миннибаев, А.Е. Северин и др. // Гигиена и санитария. – 2005. – № 3. – С. 48–52.
3. Баклыкова, А.В. Здоровье и образ жизни студентов-медиков / А.В. Баклыкова // Молодой ученый. – 2010. – № 5. Т. 2. – С. 205–207.
4. Белоусова, Г.П. Характеристика биоритмологической работоспособности студентов медиков / Г.П. Белоусова // Эколого-физиологические проблемы адаптации: Материалы XXI Междунар. симпозиума. – М.: Изд-во РУДН, 2003. – С. 62–63.
5. Бегиев, В.Г. Некоторые медико-социальные вопросы здоровья семейных студентов – медиков ЯГУ / В.Г. Бегиев, А.Н. Москвина, Н.А. Невская // Эколого-физиологические проблемы адаптации: Материалы XXI Междунар. симпозиума. – М.: Изд-во РУДН, 2003. – С. 54–55.
6. Васюкова, Г.Ф. Клинические особенности профессиональных заболеваний внутренних органов у медицинских работников. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Г.Ф. Васюкова. – Самара, 2005. – 24 с.
7. Веневцева, Ю.Л. Уровень адаптации студентов специального медицинского отделения / Ю.Л. Веневцева, А.Х. Мельников, Е.Н. Андреева и др. // Эколого-физиологические проблемы адаптации: Материалы XXI Междунар. симпозиума. – М.: Изд-во РУДН, 2003. – С. 105–107.
8. Гречко, Т.Ю. Социальные и личностные факторы формирования алкогольной зависимости среди студентов-медиков / Т.Ю. Гречко // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2002. – Т. 5 – № 1-2. – С. 38–42.
9. Дедков, Е.Д. Характеристика студентов старших курсов медицинского вуза / Е.Д. Дедков, Н.И. Вишняков, Е.Н. Пенюгина // Здравоохран. Российской Федерации. 2003. – № 4. – С. 28–30.
10. Джергения, С.Л. Сравнительная характеристика образа жизни студентов педагогического и медицинского университетов / С.Л. Джергения, Н.В. Климина // Эколого-физиологические проблемы адаптации: Материалы XI Междунар. симпозиума. – М., РУДН., 2003. – С. 201–202.
11. Емельяненко, С.В. Состояние здоровья и организация лечебно-профилактической помощи студентам медицинского вуза: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / С.В. Емельяненко. – М., 2003. – С. 20–23.
12. Калининко, А.В. Состояние здоровья студентов медицинского вуза как медико-социальная проблема с учетом показателей заболеваемости / А.В. Калининко, В.А. Борцов, О.Н. Жоголь // Эколого-физиологические проблемы адаптации. – М., Изд-во РУДН. – 2001. – С. 212–213.
13. Камаев, И.А. Динамика заболеваемости и особенности медицинского обслуживания студентов / И.А. Камаев, О.Л. Васильева // Здравоохранение РФ. – 2002. – № 1. – С. 26–30.

14. Коданева, Л.Н. Состояние здоровья и образ жизни студентов-медиков / Л.Н. Коданева, В.М. Шулятьев, С.Ю. Размахова и др. // Педагогические науки. – 2016. – № 12. – С. 46–48.
15. Косарев, В.В. Профессиональные заболевания медицинских работников / В.В. Косарев, С.А. Бабанов. – Самара: «Офорт», 2009. – 232 с.
16. Латышевская, Н.И. Гендерные различия в состоянии здоровья и качестве жизни студентов / Н.И. Латышевская, С.В. Клаучек, Н.П. Москаленко // Гигиена и санитария. – 2004. – № 1. – С. 51–53.
17. Лебедева, Н.В. показателей заболеваемости студентов медицинского института / Н.В. Лебедева, У.Д. Антипина, И.Ш. Малогулова // Здоровье и образование в XXI веке: Материалы Второй междунар. науч.-практ. конф. – М., 2001. – С. 114.
18. Ларина, В.Н. Состояние здоровья и заболеваемость медицинских работников / В.Н. Ларина, К.В. Глибко, Н.М. Купор // Лечебное дело. – 2018. – № 4. – С. 18–24.
19. Пальцев, А.И. Образ жизни и здоровье человека / А.И. Пальцев. – Новосибирск: Сиб. универс. изд-во, 2008. – 339 с.
20. Сокол, А.Ф. Здоровье и болезни врачей: динамика социально-психологических особенностей. / А.Ф. Сокол // The Journal of scientific articles “Health and Education Millennium”. – 2015. – Vol. 17 – No 4 – P. 83–84.

REFERENCES

1. Abubakarova Z.Z. *Nekotoryye aspekty zdorov'ya studentov medikov* [Some aspects of health of medical students]. *Zdorov'ye i obrazovaniye v XXI veke: Nauchnyye trudy V Mezhdunar. nauch.-prakt. konf* [Health and education in the twenty-first century: Scientific papers of the V Intern. science.- practical conference]. Moscow. Publ. RUDN. 2004, p. 19 (In Russ.).
2. Agadzhanyan N.A., Minnibayev T.Sh., Severin A.Ye. *Izucheniye obraza zhizni, sostoyaniya zdorov'ya i uspevayemosti studentov pri intensivatsii obrazovatel'nogo protsessa* [Study of students' lifestyle, health status and academic performance during the intensification of the educational process]. *Gigiyena i sanitariya* [Hygiene and sanitation]. 2005, no. 3, pp. 48–52 (In Russ.).
3. Baklykova A.V. *Zdorov'ye i obraz zhizni studentov-medikov* [Health and lifestyle of medical students]. *Molodoy uchenyy* [Young scientist], 2010, no. 5, vol. 2, pp. 205–207 (In Russ.).
4. Belousova G.P. *Kharakteristika bioritmologicheskoy rabotosposobnosti studentov medikov* [Characteristics of biorhythmological performance of medical students]. *Ekologo-fiziologicheskiye problemy adaptatsii: Materialy XXI Mezhdunar. simpoziuma* [Ecological and physiological problems of adaptation : Proceedings of the XXI International Symposium]. Moscow. Publ. RUDN. 2003, pp. 62–63 (In Russ.).
5. Begiyev V.G., Moskvina A.N., Nevskaya N.A. *Nekotoryye mediko-sotsial'nyye voprosy zdorov'ya semeynykh studentov – medikov YAGU* [Some medical and social health issues of family medical students of YSU]. *Ekologo-fiziologicheskiye problemy adaptatsii: Materialy XXI Mezhdunar. simpoziuma* [Ecological and physiological problems of adaptation : Proceedings of the XXI International Symposium]. Moscow. Publ. RUDN. 2003. pp. 54–55 (In Russ.).
6. Vasyukova G.F. *Klinicheskiye osobennosti professional'nykh zabolevaniy vnutrennikh organov u meditsinskikh rabotnikov* [Clinical features of occupational diseases of internal organs in medical workers. Thesis]. Samara. 2005. p. 24 (In Russ.).
7. Venevtseva Yu.L., Mel'nikov A.Kh., Andreyeva Ye.N. *Uroven' adaptatsii studentov spetsial'nogo meditsinskogo otdeleniya* [Level of students adaptation of special medical department]. *Ekologo-fiziologicheskiye problemy adaptatsii: Materialy XXI Mezhdunar. simpoziuma* [Ecological and physiological problems of adaptation : Proceedings of the XXI International Symposium]. Moscow. Publ. RUDN. 2003. 105–107 (In Russ.).
8. Grechko T.Yu. *Sotsial'nyye i lichnostnyye faktory formirovaniya alkogol'noy zavisimosti sredi studentov-medikov* [Social and personal factors of alcohol dependence formation among medical students]. *Prikladnyye informatsionnyye aspekty meditsiny* [Applied information aspects of medicine]. 2002, vol. 5, no. 1-2, pp. 38–42 (In Russ.).
9. Dedkov Ye.D., Vishnyakov N.I., Penyugina Ye.N. *Kharakteristika studentov starshikh kursov meditsinskogo vuza* [Characteristics of senior medical students]. *Zdravookhr. Rossiyskoy Federatsii* [Healthcare Of The Russian Federation]. 2003, no. 4, pp. 28–30 (In Russ.).
10. Dzhergeniya S.L., Klimina N.V. *Sravnitel'naya kharakteristika obraza zhizni studentov pedagogicheskogo i meditsinskogo universitetov* [Comparative characteristics of the lifestyle of students of pedagogical and medical universities]. *Ekologo-fiziologicheskiye problemy adaptatsii: Materialy XXI Mezhdunar. simpoziuma* [Ecological and physiological problems of adaptation : Proceedings of the XXI International Symposium]. Moscow. Publ. RUDN. 2003. pp. 201–202 (In Russ.).
11. Yemel'yanenko S.V. *Sostoyaniye zdorov'ya i organizatsiya lechebno-profilakticheskoy pomoshchi studentam meditsinskogo vuza: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk* [State of health and organization of medical and preventive care for medical University students. Thesis]. Moscow. 2003, pp. 20–23 (In Russ.).
12. Kalinichenko A.V., Bortsov V.A., Zhogo'l O.N. *Sostoyaniye zdorov'ya studentov meditsinskogo vuza kak mediko-sotsial'naya problema s uchetom pokazateley zabolevayemosti* [Health status of medical University students as a medical and social problem with regard to morbidity indicators]. *Ekologo fiziologicheskiye problemy adaptatsii* [Ecological and physiological problems of adaptation]. Moscow. Publ. RUDN. 2001. pp. 212–213 (In Russ.).

13. Kamayev I.A., Vasil'yeva O.L. *Dinamika zaboilevayemosti i osobennosti meditsinskogo obsluzhivaniya studentov* [Dynamics the incidence and characteristics of medical care students]. *Zdravookhraneniye RF* [Healthcare of the Russian Federation]. 2002, no. 1, pp. 26–30 (In Russ.).
14. Kodaneva L.N., Shulyat'yev V.M., Razmakhova S.Yu. *Sostoyaniye zdorov'ya i obraz zhizni studentov-medikov* [Health status and lifestyle of medical students]. *Pedagogicheskiye nauki* [Pedagogical science]. 2016, no. 12, pp. 46–48
15. Kosarev V.V., Babanov S.A. *Professional'nyye zaboilevaniya meditsinskikh rabotnikov* [Occupational diseases of medical workers]. Samara. "Ofort". 2009, p. 232 (In Russ.).
16. Latyshevskaya N.I., Klauchek S.V., Moskalenko N.P. *Gendernyye razlichiya v sostoyanii zdorov'ya i kachestve zhizni studentov* [Gender differences in students' health and quality of life]. *Gigiyena i sanitariya* [Hygiene and sanitation]. 2004, no. 1, pp. 51–53 (In Russ.).
17. Lebedeva N.V., Antipina U.D., Malogulova I.Sh. *Pokazateley zaboilevayemosti studentov meditsinskogo instituta* [Indicators of morbidity of students of medical Institute]. *Zdorov'ye i obrazovaniye v XXI veke: Materialy Vtoroy mezhdunar. nauch.-prakt. konf.* [Health and education in the twenty-first century: Proceedings of the Second international conference. science.- practical conference]. Moscow. 2001, p. 114 (In Russ.).
18. Larina V.N., Glibko K.V., Kupor N.M. *Sostoyaniye zdorov'ya i zaboilevayemost' meditsinskikh rabotnikov* [Health status and morbidity of medical workers]. *Lechebnoye delo* [Medical business]. 2018, no. 4, pp. 18–24 (In Russ.).
19. Pal'tsev A.I. *Obraz zhizni i zdorov'ye cheloveka* [Lifestyle and human health]. Novosibirsk. Publ. Sib. univers. 2008, p. 339 (In Russ.).
20. Sokol A.F. *Zdorov'ye i bolezni vrachey: dinamika sotsial'no-psikhologicheskikh osobennostey* [Health and diseases of doctors: dynamics of socio-psychological features]. *The Journal of scientific articles Health and Education Millennium*. 2015, vol. 17, no. 4, pp. 83–84 (In English).

Материал поступил в редакцию 10.03.20

HEALTH STATUS AND QUALITY OF EDUCATION MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

N. Allakhverdieva, 3rd year Student of Faculty of General Medicine
Karaganda State Medical University
(100008, Kazakhstan, Karaganda, Gogol str., 40)
Email: nikolaeva@qmu.kz

M. Duysenova, 3rd year Student of Faculty of General Medicine
Karaganda State Medical University
(100008, Kazakhstan, Karaganda, Gogol str., 40)
Email: nikolaeva@qmu.kz

A. Kadyrbaeva, 3rd year Student of Faculty of General Medicine
Karaganda State Medical University
(100008, Kazakhstan, Karaganda, Gogol str., 40)
Email: nikolaeva@qmu.kz

A. Miroshnichenko, 3rd year Student of Faculty of General Medicine
Karaganda State Medical University
(100008, Kazakhstan, Karaganda, Gogol str., 40)
Email: nikolaeva@qmu.kz

A. Temirkhan, 3rd year Student of Faculty of General Medicine
Karaganda State Medical University
(100008, Kazakhstan, Karaganda, Gogol str., 40)
Email: nikolaeva@qmu.kz

Research Advisors: **A.Kh. Abushakhmanova**, Doctor of Medical Sciences, Full Professor
Karaganda State Medical University
(100008, Kazakhstan, Karaganda, Gogol str., 40)
Email: nikolaeva@qmu.kz

T.L. Nikolaeva, Lecturer
Karaganda State Medical University
(100008, Kazakhstan, Karaganda, Gogol str., 40)
Email: nikolaeva@qmu.kz

Abstract. *The article presents the results of a study of the health, lifestyle and quality of education of medical university students. According to the survey, a significant part of students have chronic diseases of the functional systems of the body, irrational nutrition, violations of the daily routine, low physical activity. The combination of the above factors reduces the effectiveness of the educational process and the quality of education.*

Keywords: *medical university students, health, education.*

УДК 61

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Б.С. Азизов, доцент, заведующий кафедрой терапевтически направленных предметов номер 1.
Ташкентский Государственный Стоматологический институт
(100047, Узбекистан, Ташкент, ул. Махтумкули, 103)
Email: cool.lolo@mail.ru

С.С. Агзамходжаева, доцент кафедры терапевтически направленных предметов номер 1.
Ташкентский Государственный Стоматологический институт.
(100047, Узбекистан, Ташкент, ул. Махтумкули, 103)
Email: cool.lolo@mail.ru

И.У. Салимова, ассистент кафедры терапевтически направленных предметов номер 1.
Ташкентский Государственный Стоматологический институт
(100047, Узбекистан, Ташкент, ул. Махтумкули, 103)
Email: cool.lolo@mail.ru

***Аннотация.** В статье включены данные литературного анализа по аспектам изучения угревой болезни, которые имеют важное значение у медиков особенно у дерматовенерологов и являются актуальной проблемой в медицине в целом.*

***Ключевые слова:** заболевания, аспекты, осложнения, патология, фолликул.*

Угревая болезнь весьма актуальна в силу широкой распространенности развития тяжелых осложнений, влекущих к психологическим, эмоциональным и физическим травмам, недостаточной эффективности существующих методов лечения.

Угревая болезнь (УБ) – хроническое, рецидивирующее, полиморфное, многофакторное воспалительное заболевание сально-волосного фолликула, занимающее ведущее место в структуре дерматологической патологии среди лиц подросткового и молодежного возраста.

А также статистические данные показали, что акне (вульгарные угри, угревая болезнь) – одно из наиболее частых заболеваний кожи, поражающее до 85 % людей в возрасте от (2 до 24 лет и соответственно 8 % и 3 % – от 25 до 34 лет и от 35 до 44 лет. Встречаемость тяжелых форм составляет 5-14 % общей заболеваемости кожи.

Нередко дерматоз принимает непрерывный характер и сопровождает человека в течение длительного периода его жизни. У значительной части больных отмечаются тяжелые формы заболевания — пустулезные, конглобатные, флегмонозные угри, после которых часто развиваются вторичные осложнения в виде обезображивающих рубцовых изменений, пост воспалительных пигментных пятен и дисхромий. При этом, страдает как физическое, так и психическое здоровье человека. В этой связи УБ имеет важное, не только чисто медицинское значение, но и играет роль психологического и социального фактора, поэтому проблеме УБ уделяется большое внимание со стороны исследователей самых разных профилей.

Вместе с тем, в литературе все чаще звучит информация о появлении модификаций в эпидемиологии, этиологии и клинике УБ. Отмечается тенденция роста заболеваемости УБ. На фоне 100 % поражённости угрями подростков, наблюдается увеличение частоты заболеваний среди лиц старше 25 лет. Большую тревогу вызывает увеличение числа тяжелых, длительно рецидивирующих и плохо поддающихся лечению клинических форм УБ.

Специалистами отмечено, что в этиологии и патогенезе угревой болезни выделяются следующие

взаимосвязанные механизмы: гормональный дисбаланс, гиперсекреция кожного сала и изменение его химического состава, фолликулярный гиперкератоз, микробная колонизация *P. acnes*, воспаление.

Кроме того, авторами также отмечено, что важным является фактор наследственной генетической предрасположенности, предполагающий аутосомно-доминантный тип наследственности различной степени выраженности, что определяет в дальнейшем течение патологического процесса и выраженность клинических проявлений. Инициальным звеном, воздействующим на повышенное выделение кожного сала и изменение его состава (состояние себореи) является эндокринный дисбаланс, т. к. регуляция деятельности сальных желез осуществляется гормональными механизмами. Авторами отмечено, что в частности, секреция кожного сала стимулируется высоким уровнем андрогенных гормонов, а также высокой чувствительностью к ним сальных желез. Эту чувствительность определяет фермент, присутствующий в клетках сальных желез – 5α -редуктаза который переводит свободный тестостерон в 5α -дигидротестостерон (ДГТ) – наиболее активный метаболит тестостерона. У больных угревой болезнью биосинтез 5α -дегидротестостерона в сальных железах выше в 2-30 раз по сравнению со здоровыми людьми, поэтому 5α -дегидротестостерон являясь биологически активным способствует развитию гиперсекреции сальных желез.

Ранние нарушения происходят в патологической гиперкератинизации фолликулярного эпителия, при этом происходит закупоривание роговыми чешуйками фолликулярного протока, что ведет к образованию микрокомедона. В просвете фолликулярного канала происходит замедленное отторжение корнеоцитов, их усиленное сцепление, которое также ведет к закупориванию протока сальных желез и образованию микрокомедона. Затем микрокомедоны трансформируются в комедоны или в воспалительные элементы (папулы, пустулы). По сути дела, комедоны формируются из отторгающихся эпителиальных клеток протоков сальных желез, пропитанных их секретом, которые создавая роговые пробки закупоривают выводные протоки этих желез. Если obturation сально-волосяного фолликула преобладает в акроинфундибулярной части, формируется открытый комедон, а если происходит obturation в инфраинфундибулярной части, то формируется закрытый комедон.

Когда происходит obturation комедонов протоков фолликулов, располагающихся в себорейных зонах (лицо, грудь, межлопаточная область), то создаются оптимальные условия для размножения и роста факультативных анаэробов *P. acnes*. *P. acnes* в свою очередь является инфекционным агентом, антигены микроорганизмов влекут к сально-волосяным фолликулам мононуклеарные фагоциты и нейтрофилы, которые продуцируют интерлейкины 1α , 1β и 8; фактор некроза опухоли α стимулирует систему комплемента. Эти противовоспалительные цитокины активируют фермент – циклооксигеназу, в связи с чем из арахидоновой кислоты образуется медиатор воспаления – лейкотриен B_4 , который стимулирует нейтрофилы, Т-лимфоциты, моноциты, эозинофилы, которые в дальнейшем высвобождают гидролитические ферменты и монооксиды азота.

Картина воспаления обуславливается разрушением стенки сальной железы и выходом содержимого в дерму, что проявляется появлением папул, пустул, узлов и кист. Учитывая, что кожное сало в избыточном количестве является благоприятной питательной средой для развития и роста микроорганизмов, были предприняты многочисленные исследования видовой структуры микроорганизмов, заселяющих кожные покровы.

Исследователи считают, что преобладающими являются золотистый и сапрофитный стафилококки, а второстепенными эпидермальные стафилококки. Существуют исследования, в которых рассматривается проблема раздельного или ассоциированного функционирования эпидермальных стафилококков и *P. acnes* с другими сапрофитными бактериями.

Сприндис Л.Г. с соавторами выявили, что у больных с папулопустулезной и индуративной формами болезней чаще с очагов поражения высевались *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus* и *Staphylococcus aureus*; а у больных с абсцедирующими и конглобатными угрями регистрировалось сочетание стафилококковой флоры с дрожжевыми грибами, микрококками, кишечной палочкой и другими микроорганизмами.

Доказана ведущая роль в развитии угревой болезни *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*), которые обнаруживаются в пределах 60 % у больных угревой болезнью, вызывая воспалительный процесс.

Важную роль в патогенезе угревой болезни играют нарушения иммунной системы. Авторы отмечали, что воспаление в сальных железах развивается на фоне иммунного нарушения. При этом было выявлено угнетение абсолютного и относительного количества Т-лимфоцитов, тем самым, отмечалось значительное угнетение фагоцитарной активности лейкоцитов. Отечественные авторы выявили при проведении исследований системы иммунитета достоверное снижение относительного количества Т-лимфоцитов и увеличение содержания В-лимфоцитов в среднем в 1,5 раза, уровень ЦИК

возрос в 2,9 раза. Эти работы подтверждают тот факт, что при возрастании давности заболевания наблюдаются более выраженные изменения в системе иммунитета.

Кроме вышеуказанных факторов немаловажная роль принадлежит состоянию нервной системы, особенно ее вегетативной части. Доказано, что у больных с повышенным тонусом вегетативной нервной системы отличаются изменения химического состава и повышения продукции кожного сала.

В работах авторов проводились исследования пациенток с различными формами гиперандрогении, сопровождавшейся угревой болезнью и гирсутизмом, выявлены критерии различных форм андрогении с их дальнейшей гормонотерапией циклическими оральными контрацептивами. Приведенные данные показывают, что угревая болезнь имеет полиэтиологическую природу.

Что касается клинических проявлений и течения угревой болезни они хорошо изучены и подробно описаны во многих руководствах.

А также в литературных источниках отмечено, что клиническое течение заболевания зависит от преобладания в клинической картине тех или иных элементов, их количества, степень распространенности, появления осложнений, т. е. клинических проявлений, на основе которых может быть установлен диагноз угревой болезни.

Клиницистами установлен тот факт, что клиническая картина угревой болезни характеризуется наличием первичных невоспалительных элементов, таких как закрытые или открытые комедоны, микрокомедоны; наличием вторичных воспалительных элементов – папул, пустул, узлов; третичных поствоспалительных, в виде атрофических, индуративных, келоидных рубцов; гипо- и гиперпигментаций. У большинства больных высыпания располагаются на коже лица, туловища (груди, спине, шее, плечах). Наиболее распространены вульгарные или юношеские угри (*acnevulgaris*), которые встречаются у 80 % лиц в возрастной группе от 15 до 24 лет. Обычно начало заболевания наблюдается в пубертатном возрасте и характеризуется появлением на лице (реже – груди, спине) комедонов, мелких папул, иногда с пустулой на поверхности. В этом возрасте обычно повышено салоотделение, кожа имеет характерный жирный блеск, лоснится.

От ранней стадии невоспалительных комедональных проявлений следует появление небольшого количества воспалительных элементов на лице, заболевание обычно прогрессирует к более генерализованным формам, при этом происходит количественное увеличение комедонов, устья волосяных фолликулов расширяются, зияют, комедоны распространяются по поверхности кожи лица, спины, шеи, груди. Затем воспалительная реакция вокруг комедонов становится более выраженной, формируются крупные глуболежащие воспалительные узлы – так возникают индуративные угри. Через несколько недель инфильтрат размягчается, узлы вскрываются с образованием полости, из которой выделяется гнойный экссудат – флегмонозные угри. После их заживления остаются глубокие рубцы.

Дальнейший анализ литературы показал, что в клинике болезни самыми распространенными являются угри с наиболее выраженным воспалительным компонентом: на коже спины, груди, лица появляются крупные узлы, расположенные глубоко в дерме, крайне болезненные, отличается остро выраженное перифокальное воспаление; узлы сливаясь образуют конгломераты, могут возникать абсцессы, после вскрытия которых остаются длительно незаживающие язвы, а в последствии – грубые рубцы с перемычными и свищевыми ходами.

Инверсные угри – это конглобатные угри с обратной клинической картиной, чаще проявляющиеся в зоне груди и спины, в подмышечной, паховой и генитальных областях в виде узелково-воспалительных элементов. Страдают чаще женщины. Первоначально возникает воспалительный инфильтрат вокруг фолликула, а затем вторично в процесс вовлекаются апокриновые потовые железы.

Таким образом, подводя итоги литературного анализа можно сказать, что применяемый сегодня термин «угревая болезнь» указывает на то, что возникновение высыпаний на коже является следствием изменения состояния всего организма, подчеркивает хроническое, часто рецидивирующее течение дерматоза, сложность его патогенеза и необходимость комплексного подхода к терапии заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адашкевич, В.П. Акне вульгарные и розовые / В.П. Адашкевич. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2005. – 160 с.
2. Багмет, А.Н. Коррекция нарушений микробиоценоза кожи при легкой форме угревой болезни / А.Н. Багмет, О.В. Шаповалова // Дерматология и венерология. – 2003. – № 1. – С. 44–46.

3. Сприндис, Л.Г. Микробные ассоциации – возможные причины осложненных форм угревой болезни / Л.Г. Сприндис, Ю.Э. Русак, Е.М. Жактаева // Сб. трудов IX Всеросс. съезда дерматовенерологов. – М., 2001. – С. 185–186.
4. Jacyk, W.K. Adapalene gel 0,1 % for topical treatment of acne vulgaris in African patients / W.K. Jacyk, P. Mpfu // *Cutis*. – 2007. – V. 68. – Suppl – Pp. 48–54.
5. Leyden, J.J. Current issues in antimicrobial therapy for the treatment of acne / J.J. Leyden // *J. Europ. Acad. Dermatol. Venerol.* – 2007. – V. 12. – № 5. – Pp. 54–62.
6. Thiboutov, D.M. Safety and efficacy comparison of adapalene gel 0,1 % and tretinoin gel microsphere 0.1 % in the treatment of acne vulgaris / D.M. Thiboutov // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2009. – V. 15. – Suppl. 3. – Pp. 57–61.
7. Vega, B. Regulation of toll-like receptor-2 expression by adapalene / B. Vega, A. Jomard, S. Michel // *J. Europ. Acad. Dermatol. Venerol.* – 2002. – V. 16. – Pp. 123–124.

REFERENCES

1. Adaskevich V.P. *Akne vul'garnyye i rozovyye* [Acne vulgar and pink]. *Meditinskaya kniga* [Medical book]. Nizhny Novgorod. Publ. NGMA. 2005, 160 p. (In Russ.).
2. Bagmet A.N., Shapovalova O.V. *Korreksiya narusheniy mikrobiotsenoza kozhi pri legkoy forme ugrevoy bolezni* [Correction of skin microbiocenosis disorders in mild acne]. *Dermatologiya i venerologiya* [Dermatology and venereology]. 2003, no. 1, pp. 44–46 (In Russ.).
3. Sprindis L.G., Rusak Yu.E., Zhaktayeva Ye.M. *Mikrobnyye assotsiatsii – vozmozhnyye prichiny oslozhnennykh form ugrevoy bolezni* [Microbial associations – possible causes of complicated forms of acne]. *Sb. trudov IX Vseross. s'yezda dermatovenerologov* [Proceedings of the IX all-Russian Congress of dermatovenerologists]. Moscow. 2001, pp. 185–186 (In Russ.).
4. Jacyk W.K., Mpfu P. Adapalene gel 0,1 % for topical treatment of acne vulgaris in African patients. *Cutis*. 2007, vol. 68, suppl, pp. 48–54 (In English).
5. Leyden J.J. Current issues in antimicrobial therapy for the treatment of acne. *J. Europ. Acad. Dermatol. Venerol.* 2007, vol. 12, no. 5, pp. 54–62 (In English).
6. Thiboutov D.M. Safety and efficacy comparison of adapalene gel 0,1 % and tretinoin gel microsphere 0.1 % in the treatment of acne vulgaris. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2009, vol. 15, suppl. 3, pp. 57–61 (In English).
7. Vega B., Jomard A., Michel S. Regulation of toll-like receptor-2 expression by adapalene. *J. Europ. Acad. Dermatol. Venerol.* 2002, vol. 16, pp. 123–124 (In English).

Материал поступил в редакцию 07.03.20

MODERN VIEW ON THE ACNE PROBLEM

B.S. Azizov, Associate Professor,
Head of the Department of therapeutically directed items number 1
Tashkent State Dental Institute
(100047, Uzbekistan, Tashkent, Makhtumkuli str., 103)
Email: cool.lolo@mail.ru

S.S. Agzamkhodzhaeva, Associate Professor at the Department of therapeutically directed items number 1
Tashkent State Dental Institute
(100047, Uzbekistan, Tashkent, Makhtumkuli str., 103)
Email: cool.lolo@mail.ru

I.U. Salimova, Assistant at the Department of therapeutically directed items number 1
Tashkent State Dental Institute
(100047, Uzbekistan, Tashkent, Makhtumkuli str., 103)
Email: cool.lolo@mail.ru

Abstract. *The article includes data from the literature analysis on aspects of the study of acne, which are important for physicians, especially for dermatovenerologists, and are an actual problem in medicine in general.*

Keywords: *diseases, aspects, complications, pathology, follicle.*

УДК 614.2(091)

**ПОЛКОВОДЦЫ И МЕДИЦИНА:
ГЕНЕРАЛ-ФЕЛЬДМАРШАЛ МИХАИЛ БОГДАНОВИЧ БАРКЛАЙ-ДЕ-ТОЛЛИ**

Ш.Л. Меараго, доцент, заведующий кафедрой мобилизационной
подготовки здравоохранения и медицины катастроф
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Северо-Западный государственный
медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(195067, Россия, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47)
E-mail: mdkat@mail.ru

***Аннотация.** В статье рассмотрена полководческая деятельность генерал-фельдмаршала Барклай-де-Толли и его особое отношение и внимание к военной медицине как важнейшей составляющей, от которой во многом зависит успех любой военной компании.*

***Ключевые слова:** Барклай, военная медицина, тяжёлое ранение Барклая.*

Один из наиболее ярких героев сражения под Москвой и всей Отечественной войны, Барклай, несомненно, занимает особое место. Можно смело сказать, что не будь Барклая, Бородинское сражение вообще бы не состоялось, и русское войско не снискало бы славы под Москвой, выражаясь словами Наполеона, «быть непобедимым». А если рассматривать всю войну против Наполеона до вступления русских войск в Париж, очевидно, что именно Барклай заслуживает первостепенного внимания из всех российских полководцев.

Неслучайно Пушкин, воспевавший великолепную галерею 1812 года в Эрмитаже, выделил в ней именно Барклая:

*Но в сей толпе суровой
Один меня влечет всех больше. С думой новой
Всегда остановлюсь пред ним – и не свожу
С него моих очей.*

Потомственный военный, российский подданный, но по происхождению – немец с шотландскими корнями, Михаил Богданович (русское имя) или Михаэль Андреас (полученное при рождении им немецкое имя) не имел ни состояния, ни земель и поместий, ни влиятельных друзей и покровителей. Из бедной семьи, он всегда жил лишь на жалование, получаемое за службу. И все чего он достиг, он достиг сам, своим умом, своим умением и трудом, твердостью и мужеством.

Он начал службу с самых низших армейских чинов (по одной из версий – в Псковском карабинерском полку) и достиг звания полковника более чем через 20 лет упорной и примерной службы, при том, что российские дворяне проходили этот путь в разы, а то и в десятки раз короче. Однако затем – беспримерный по скорости взлет карьеры, за несколько лет – звание генерала, должность военного министра и главнокомандующего армией. Судьба переменчива к своим героям. И страшная плата за отступление в 1812 году – ненависть армии и народа, отставка, опала, несмотря на преданность и заслуги. Его обвиняют в трусости, неумении и даже измене. И героя Бородина люди на улицах, освистывая, закидывают камнями. Его презирает и народ, и армия, завистники и обыватели распространяют жуткий негатив, который расходится по всей стране [4].

Те, кто обвинял полководца в 1812 году в трусости, неумении и измене были посрамлены.

Умение и воинское искусство Барклай доказывал неоднократно и до, и после 1812 года. А про трусость могли говорить только те, кто не знал и не хотел знать, какой путь прошел Барклай, начиная

с самых низших армейских чинов еще до 1812 года, сражаясь против турок под знаменами Потемкина и Суворова (участвовал в штурмах неприступных крепостей Очакова, Аккермана, Бендер, в битве при Каушанах), в нескольких русско-шведских войнах. Одна из наиболее ярких страниц, характеризующих как мужество человека, так и гений полководца – переход войсками Барклая в 1809 году за двое суток около 100 верст пути по ледяным торосам Ботнического залива, по глубокому снегу и льду к берегам Швеции. Этот героический переход историки заслуженно ставят в один ряд с переходом Суворова через Альпы 1799 года и походом войск Гурко через Балканы в декабре 1877 года. Не ожидавшая таких маневров от русских войск Швеция вынуждена была вскоре капитулировать [4].

Барклай участвовал и в неудачных действиях против Наполеона в 1805-1807 гг., в т. ч. в проигранном Аустерлицком сражении, где получил бесценный опыт столкновений с армией Наполеона. Барклай командовал дивизией в сражении при Прейсиш-Эйлау, ярко и эффективно руководил арьергардными боями, прикрывая отступление российской армии. Эта война закончилась для него тяжелейшим ранением с раздроблением кости руки и длительным лечением с риском для жизни. Впоследствии, несмотря на неизменное личное участие в боевых действиях, он уже не мог держать саблю правой рукой и, находясь в непосредственной близости неприятеля, вынужден был всегда иметь обязательное прикрытие адъютантом от атаки справа.

Барклай был губернатором Финляндии, где смог проявить и развить свои организационные способности. Барклай стал военным министром России, его карьера быстро обогнала многих генералов, более опытных, стоявших значительно выше него, в т. ч. – Багратиона, под началом которого когда-то пришлось служить Барклаю в Европе. Это и послужило впоследствии появлению такого большого количества недоброжелателей полководца среди офицеров и генералов. Армейская элита не любила Барклая еще до военных действий 1812 года.

Барклай и не добивался этой любви. В отношениях как с подчиненными, так и с вышестоящими, так и с равными себе он всегда был холоден, справедлив, тверд и требователен. Он внимательно заботился о солдатах, строго контролируя их обеспечение и довольствие. Он никогда ни перед кем ни заискивал, ни искал счастья и милости при дворе, не искал покровителей и не имел любимчиков и фаворитов. Это был эффективный профессионал, который максимально точно решал поставленные перед ним задачи. Без эмоций, без колебаний, не боясь непопулярных мер, неодобрения коллег и народа. Обладая удивительной твердостью и целеустремленностью, он всегда ставил на карту все, что у него было. А было у него немного – заслуженная карьера, полное отсутствие состояния и капитала, честь и слава.

Барклай внимательно и уважительно относился к медицинской службе, всегда откликнулся на вопросы и проблемы, которые ставила медицина и помогал им, правильно считая, что победа в бою без хорошей медицины невозможна.

Вот несколько характерных примеров.

Обстоятельная, яркая положительная оценка военно-медицинской и интендантской службы дана в отзыве Барклая. Он писал:

«...езде и во всем нужном для раненых и немощных военнослужителей царствовало в госпиталях величайшее изобилие, а попечением Медицинского управления раненые и больные имели наилучшее призрение и пользуемы были со всею должною рачительностью и искусством так, что недостатки в войсках людей после сражений пополнялись значительным числом выздоравливающих всегда прежде, чем ожидать можно было».

«.. Выздоровевших из разных госпиталей и отсталых, по дорогам собранных, которых подлинное число определить не могу, но надеюсь, что таковых прибудет в скорости не менее 20 000» [1].

Не случайно поэтому и в заявлении генерал-фельдмаршала Барклая при подведении итогов трехлетней войны и в оценке деятельности военно-медицинской и интендантской служб особо подчеркнута именно эта сторона – возвращение в строй выздоравевших воинов.

«...раненые и больные имели наилучшее призрение и пользуемы были со всею должною рачительностью и искусством, так, что недостатки в войсках людей после сражений пополнялись значительным числом выздоравливающих всегда прежде, чем ожидать можно было» [2].

Он любил и умел учиться, он знал военную теорию, военную историю и военную практику. Он был сам крайне неприхотлив, в походе спал под открытым небом и часто обедал на барабане. И не позволял расслабляться подчиненным. Он не употреблял бранных выражений, всегда был крайне выдержан, не позволял себе оскорблять подчиненных. Он не играл в карты, был верен горячо любимой и любящей супруге, регулярно посылавшей его адъютантам наставления и лечебные снадобья с подробными инструкциями по их использованию, письма супругов друг другу всегда были проникнуты

искренней заботой, любовью и нежностью.

Он был противником муштры и несправедливого отношения к солдатам, но он и не терпел либеральности в отношениях, всегда будучи жестким и держа дистанцию как с вышестоящими, так и с подчиненными.

Михаил Богданович Барклай-де-Толли за всю свою ратную жизнь был ранен единственный раз – в январе 1807 года под Прейсиш-Эйлау во время русско-пруско-французской войны 1806-1807 гг. Это была одна из самых кровопролитных битв между русской и французской армиями, сопровождавшаяся большими потерями с обеих сторон. «С наступление ночи, – пишет очевидец, – на снегу лежали горами тысячи убитых и раненых ...». Участник этой битвы Денис Давыдов в своих «Военных записках» назвал ее «кровавым предисловием наполеонова вторжения в Россию» [5].

Во времена, когда не существовало ни анестезии, ни обезболивающих препаратов, военные медики на полях сражений отличались не меньшей стойкостью духа, чем их пациенты. Как истово выполняли на войне свой долг полковые медики! «Вдосталь я наглядился невыразимо тяжких ран, кои перевязывали с усердием военные лекари, – рассказывал участник Смоленской битвы. – Я свидетелем был, как один лекарь с головой, обмотанной бинтом, на коем выступали пятна крови, продолжал зашивать рану страдальца-воина до тех пор, пока сам не упал от течения крови и истощения сил». Имена русских врачей Е.О. Мухина, М.Я. Мудрова, М.А. Баталина, Х.И. Лодера, О.К. Каменецкого, И.Е. Грузинова были известны в армии и пользовались в офицерской среде почетом, невзирая на сословные различия. Так, Н.Е. Митаревский вспоминал об одном из полковых лекарей Софийского пехотного полка, весьма колоритном представителе своей профессии: «Доктор, поклонник Вольтера, был в большом уважении, но из разбитного доктора впоследствии вышел чрезвычайно ловкий оператор. Он прославился по всему корпусу; не только раненые офицеры, но и солдаты просили вести их к Софийскому; под таким названием он был известен всему корпусу. Я сам видал его „на работе“: это его собственный термин. Перевязывал он раны и делал операции с таким хладнокровием и равнодушием, как будто отрезывал ножку или крылушко жареной курицы. Иногда его, шутя, звали мясником; он на это не обижался, только говорил, смеясь: „Ну, ну, брат, смотри!.. Попадешься и ты в мои руки!!!“» [5]

Генералы или штаб-офицеры, получившие тяжелое ранение, почти всегда попадали в руки медицинского светила, известного удачными опытами оперирования и выхаживания больных. Но бывали и исключения из правил: прославленные военачальники вверяли себя младшим лекарям и те совершали чудо: спасали им жизнь. Показательна «история болезни» Барклая-де-Толли, рассказанная «лечащим врачом» Баталиным: «<...> Полученная Барклаем-де-Толли по окончании Прейсиш-Эйлауского сражения рана была в небытность мою, а уведомил меня о сем бывший его адъютант Бартоломей с приказанием шефа полка сдать больных в Гродненский войсковой госпиталь и явиться в город Мемель, куда я тогда же и отправился и, прибыв туда, нашел, что рана была между плечом и локтем в середине правой руки от пули навывлет и была перевязываема прусским врачом; раненая рука, слабо связанная, лежала в сделанном из картона корытце и перевязкою не была достаточно укреплена, отчего при каждом движении раздраженные кости причиняли жестокую боль, хотя советовал сделать перевязку, укрепив лубками, но на сие прусский хирург не согласился, он советовал сделать ампутацию, что подтвердили и другие прусские хирурги и медики, выводя заключение, что от большой ежедневной потери материи и крови может получить изнурительную лихорадку и может кончить жизнь прежде, нежели отделятся раздробленные кости и заживет рана; я против сего сделал возражение, что сложный перелом кости не есть показание к отнятию члена, а как скоро в Мемеле ожидали прибытия Государя Императора Александра I и при нем, наверное, находится будет Главной армии медицинский инспектор Яков Васильевич Виллие, и он, увидя рану, наверное, сделает заключение, что рана излечится без ампутации и генерал останется с рукою. <...> Вскоре после того, прибыв к раненому генералу, господин Виллие приказал мне развязать перевязку и, осмотря, нашел, что перевязка сделана слабо и отверстие раны для свободного выхода материи и отделившихся раздробленных костей недостаточно велико. Сделал разрез на наружной стороне от плеча к локтю, <...> после, обложив лубком, приказал мне сделать соответствующую перевязку и поручил мне дальнейшее лечение, во время коего я вынул из раны 32 косточки».

Итак, пулевое ранение Барклая было необычное. Дело в том, что наступавшая французская армия имела в каждом батальоне по четыре роты фузилёров (не считая других рот), которые были вооружены кремнёвыми ружьями, стрелявшими крупнокалиберными пулями (вес каждой свыше 24 г!). Такая пуля, обладавшая значительным разрушительным действием, тяжело повредила правую руку генерала. "Удар был настолько силен, что Барклай свалился с лошади; он то и дело терял сознание и...,

почти обеспамятев, погиб бы в общей свалке, если бы не подоспел унтер-офицер Изюмского гусарского полка..., который, увидев Барклая раненого и в опасности, посадил его на свою лошадь, вывез из боя и тем спас ему жизнь" [3].

По этому описанию видно, насколько тяжелым было ранение. Раздробление плечевой кости с образованием множества костных осколков, повреждение кровеносных сосудов, кровотечение, травмирование мышечной ткани и нервов привели в дальнейшем к развитию раневой инфекции. Забегая наперед, скажем, что когда рана, спустя многие месяцы, была залечена, то рука оказалась укороченной, атрофированной с частичной потерей подвижности и чувствительности, изменился почерк.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барклай-де-Толли. «Суров был жребий твой». – Режим доступа: <http://www.intomoscow.ru/barklaiy-de-tolli-surov-byi-grebiiy-tvoiy.html>
2. Ивченко, Л. Повседневная жизнь русского офицера эпохи 1812 года / Л. Ивченко. – М.: Молодая гвардия, 2008. – 46 с.
3. Михайловский-Данилевский, А.И. Император Александр I и его сподвижники в 1812-1815 годах // Военная галерея Зимнего дворца / А.И. Михайловский-Данилевский. – СПб, 1849. – Т. 5. – С. 18.
4. Нечаев, С.Ю. Барклай-де-Толли / С.Ю. Нечаев. – М.: Молодая гвардия, 2011. – С. 29–30.
5. Пирогов, Н.И. Собр. соч. / Н.И. Пирогов. – М., 1960. – Т. 4. – С. 353.

REFERENCES

1. Barklay-de-Tolli. «*Surov byl zhrebiy tuyoy*» [Your lot was harsh]. Available at: <http://www.intomoscow.ru/barklaiy-de-tolli-surov-byi-grebiiy-tvoiy.html> (In Russ.).
2. Ivchenko L. *Povsednevnyaya zhizn' russkogo ofitsera epokhi 1812 goda* [Everyday life of a Russian officer of the 1812]. Moscow. Publ. Molodaya gvardiya. 2008, p. 46 (In Russ.).
3. Mikhaylovskiy-Danilevskiy A.I. *Imperator Aleksandr I i yego spodvizhniki v 1812-1815 godakh* [Emperor Alexander I and his associates in 1812-1815]. *Voyennaya galereya Zimnego dvortsa* [Military gallery of the Winter Palace]. Saint Petersburg. 1849, vol. 5, p. 18 (In Russ.).
4. Nechayev S.Yu. *Barklay-de-Tolli* [Barclay de Tolly]. Moscow. Publ. Molodaya gvardiya. 2011. pp. 29–30 (In Russ.).
5. Pirogov N.I. *Sobr. soch.* [Collected works]. Moscow. 1960, vol. 4, p. 353 (In Russ.).

Материал поступил в редакцию 19.02.20

GENERALS AND MEDICINE: FIELD MARSHAL MIKHAIL BOGDANOVICH BARCLAY DE TOLLY

Sh.L. Mearago, Associate Professor, Head of the Department
of Health Mobilization Training and Disaster Medicine
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
North-western State Medical University named after I.I. Mechnikov
Ministry of Health of the Russian Federation
(195067, Russia, Saint Petersburg, Piskarevsky Avenue, 47)
E-mail: mdkat@mail.ru

Abstract. *The article deals with the generalship of field Marshal Barclay de Tolly and his special attitude and attention to military medicine as the most important component, which is largely the envy of the success of any military company.*

Keywords: *Barclay, military medicine, Barclay's serious injury.*

УДК 616.428 – 006.5/6-033.2-072-076.5

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ХАРАКТЕРА ИЗМЕНЕНИЙ В ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ

Л.Ф. Жандарова, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии и онкологии
ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский
университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России
(410012, Россия, Саратов, ул. Б. Казачья, 112)
Email: zhandarova-sar@yandex.ru

О.А. Калмыкова, врач клинической лабораторной диагностики
ЧУЗ «КБ «РЖД – Медицина» города Саратов»
(410004, Россия, Саратов, 1-й Станционный пр-д, 7)
Email: ol-sar@bk.ru

Н.Г. Володина, врач клинической лабораторной диагностики
ЧУЗ «КБ «РЖД – Медицина» города Саратов»
(410004, Россия, Саратов, 1-й Станционный пр-д, 7)
Email: ol-sar@bk.ru

Л.А. Мещерякова, врач клинической лабораторной диагностики
ЧУЗ «КБ «РЖД – Медицина» города Саратов»
(410004, Россия, Саратов, 1-й Станционный пр-д, 7)
Email: ol-sar@bk.ru

О.В. Матвеева, кандидат медицинских наук, врач отделения лабораторной диагностики
Научно-исследовательский институт травматологии, ортопедии и нейрохирургии
ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский
университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России
(410012, Россия, Саратов, ул. Б. Казачья, 112)
Email: ol-sar@bk.ru

Аннотация. В работе представлены результаты исследования лимфатических узлов у 311 больных, оперированных по поводу рака молочной железы, желудка, толстой кишки, опухолей кожи. Интраоперационное цитологическое исследование лимфатических узлов является простым и доступным методом, позволяющим за короткий период времени изучить достаточно большое число лимфатических узлов.

Ключевые слова: интраоперационное цитологическое исследование, лимфатический узел, метастаз.

Актуальность. Опухоли лимфатической системы, по данным литературы, составляют 7-8 % от числа всех опухолевых заболеваний у детей и 4,5 % – у взрослых. В повседневной практике стоит задача дифференциальной диагностики между реактивными изменениями лимфатических узлов, лимфомами и метастазами опухолей различного генеза.

Использование неинвазивных методов диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) не всегда позволяет достоверно оценивать состояние лимфатического коллектора, а ряд лимфатических узлов недоступны

для предоперационного морфологического исследования. Кроме того, в макроскопически неизменных мелких лимфатических узлах по данным литературы в 30-40 % обнаруживаются метастазы. Решению этой проблемы способствуют морфологические методы исследования (гистологический и цитологический). По данным ведущих клиник ошибка срочного гистологического исследования «сторожевых» лимфатических узлов составляет 25 %, поэтому рекомендовано использовать интраоперационное цитологическое исследование отпечатков с поверхности разрезанного лимфатического узла.

Цель. Показать возможности интраоперационной цитологической диагностики при исследовании лимфатических узлов.

Материал и методы. В клинике онкологии интраоперационному цитологическому исследованию подверглось 2260 лимфатических узлов у 311 пациентов с целью определения метастатического поражения и уточнения стадии заболевания при операциях, проводимых по поводу рака молочной железы, желудка, толстой кишки, опухолей кожи. Обязательным условием адекватного исследования лимфатических узлов являются продольные многоступенчатые разрезы и соскобы со всей поверхности лимфатического узла.

Результаты интраоперационного цитологического исследования представлены на диаграмме.

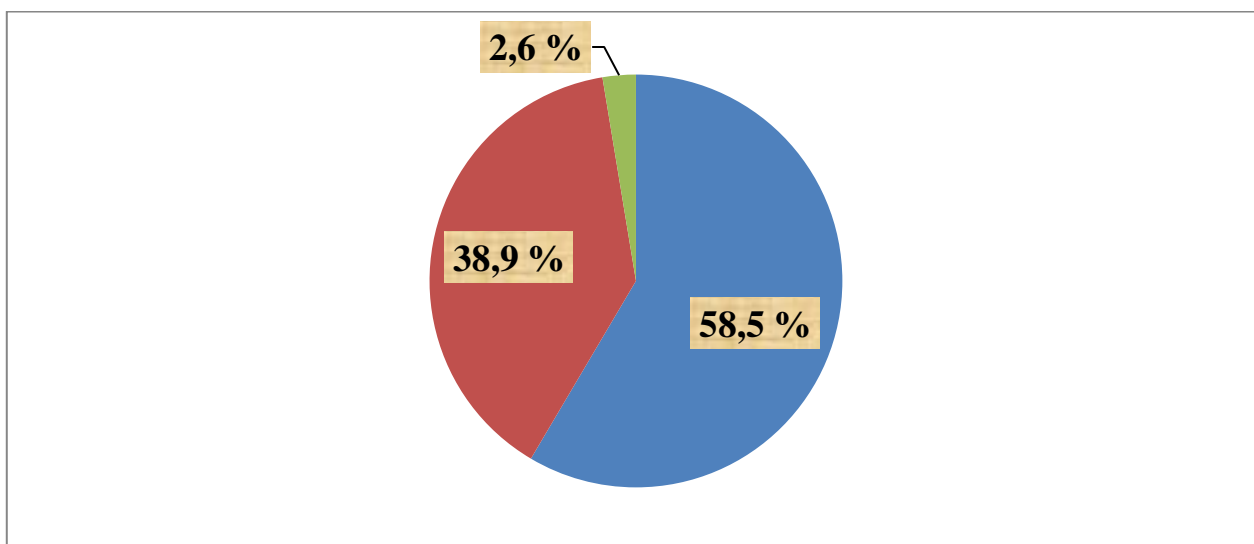


Диаграмма 1.

Как видно из диаграммы, при изучении отпечатков удаленных лимфатических узлов реактивные изменения выявлены у 182 (58,5 %) больных, у 121 (38,9 %) диагностированы метастатические поражения и у 8 (2,6 %) пациентов верифицированы злокачественные лимфомы.

Результаты интраоперационной цитологической диагностики лимфатических узлов сопоставлены с данными планового гистологического исследования.

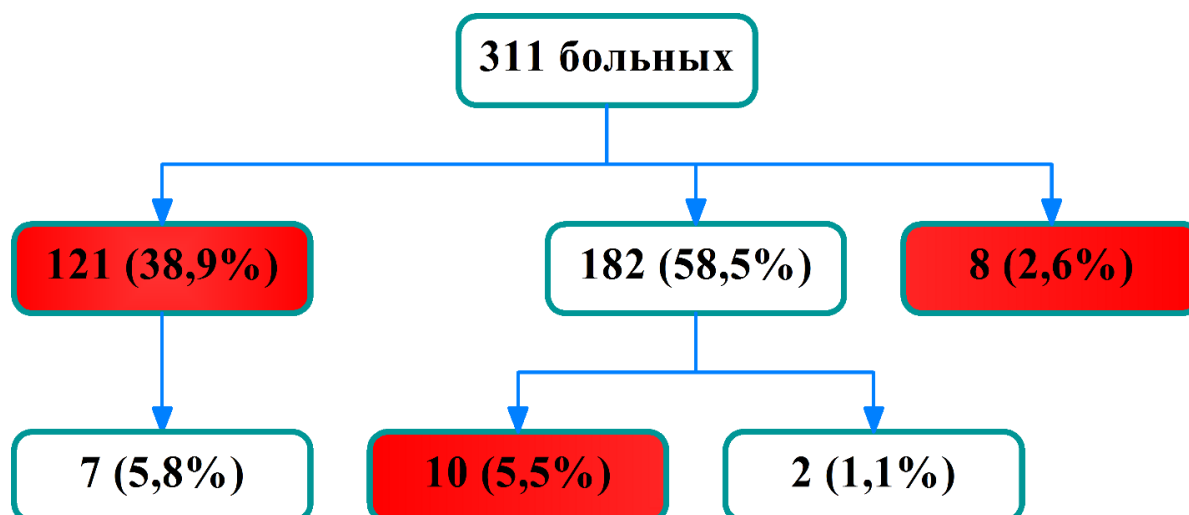


Схема 1

Как видно из схемы 1, у 121(38,9 %) пациента при цитологическом исследовании выявлены метастатические поражения лимфатических узлов, однако у 7 (5,8 %) больных при плановой проводке верифицированы реактивные изменения. У 182 (58,5 %) – диагностированы реактивные изменения, но при плановом гистологическом исследовании у 10 (5,5 %) больных выявлены метастатические изменения и у 2 (1,1 %) – злокачественные лимфомы. В то же время у 8 (2,6 %) пациентов диагностированы злокачественные лимфомы, подтвержденные в дальнейшем плановым гистологическим исследованием.

При анализе полученных данных, причиной отрицательного результата цитологического исследования явилось наличие микрометастазов, а также выраженные дистрофические изменения опухолевых клеток и склероз окружающих тканей у больных после проведенного предоперационного химиотерапевтического и лучевого воздействия. Гипердиагностика, как правило, была связана с выраженной пролиферацией гистиоцитов в синусах лимфатического узла, при котором скопления гистиоцитов и эндотелиальных клеток принимались цитологом за метастазы рака.

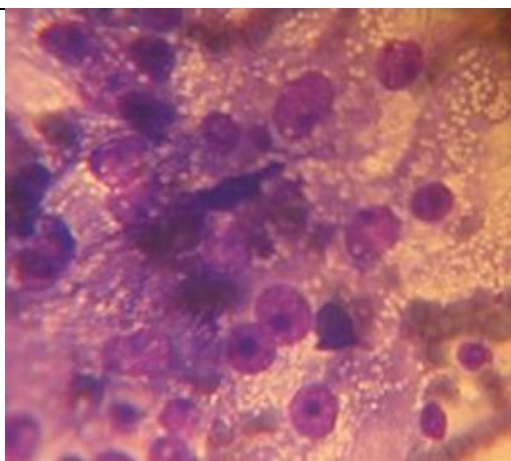


Рис. 1 Окраска Лейкодиф 200. Ув. Об. 100X.
метастаз гипернефроидного рака

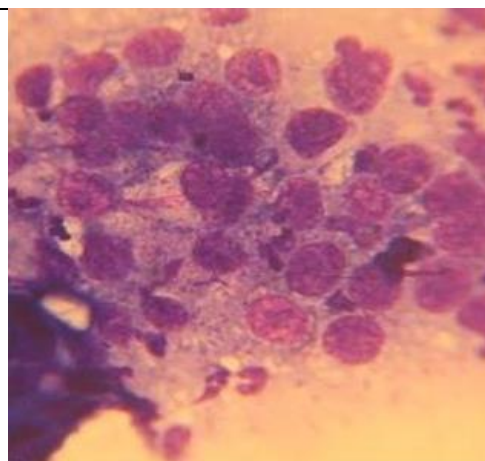
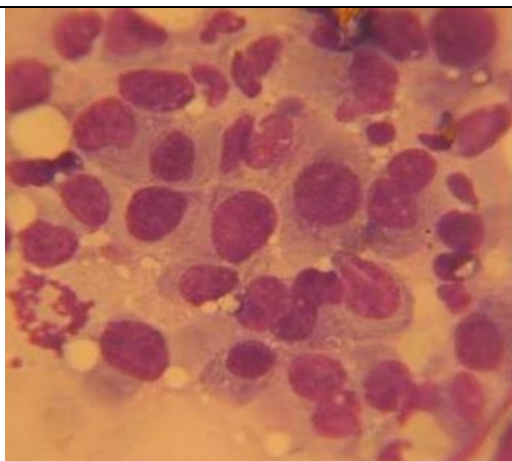
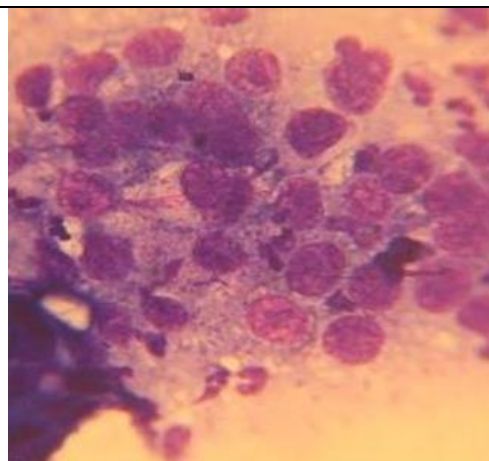


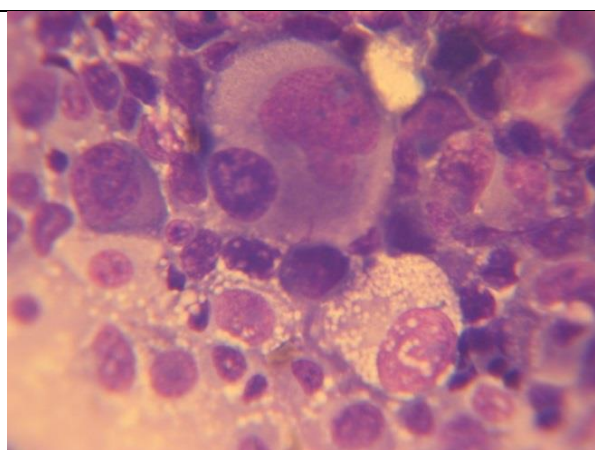
Рис. 2. Окраска Лейкодиф 200. Ув. Об. 100X.
метастаз железистого рака желудка



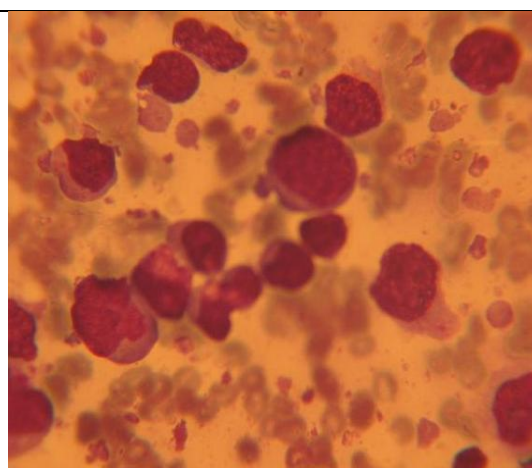
*Рис. 3. Окраска Лейкодиф 200. Ув. Об. 100X.
метастаз протокового рака молочной железы*



*Рис. 4. Окраска Лейкодиф 200. Ув. Об. 100X.
метастаз меланомы*



*Рис.5. Окраска Лейкодиф 200. Ув. Об. 100X.
Лимфома Ходжкина*



*Рис. 6. Окраска Лейкодиф 200. Ув. Об. 100X.
Неходжкинская лимфома*

Выводы. Цитологическое исследование является простым, доступным и информативным методом диагностики и позволяет хирургам своевременно решить вопрос об адекватном объеме оперативного вмешательства.

Достоверность интраоперационной цитологической диагностики составила 94,0 %.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агамова, К.А. Ошибки в цитологической диагностике. В кн. «Ошибки в клинической онкологии» / К.А. Агамова, А.Г. Ермолаева. – М.: Медицина, 2001. – С. 105–133.
2. Агамова, К.А. «Принципы интраоперационной цитологической диагностики у онкологических больных». В кн. «Интраоперационная диагностика в онкологии» / К.А. Агамова, З.Д. Гладунова. – М., 1990. – С. 4–13.
3. Волченко, Н.Н. «Возможности интраоперационной цитологической диагностики пораженных лимфатических узлов». / Н.Н. Волченко, З.Д. Гладунова, А.Г. Ермолаева и др. // Российский онкологический журнал. – 2002. – № 1 – С. 24–25.
4. Муравьева, И.А. «Срочная операционная цитологическая диагностика метастазов рака в лимфатических узлах» / И.А. Муравьева, Э.А. Ягубова // Вопросы онкологии. – 1985. – Т. 31. – № 5. – С. 63–65.
5. Lambah, P.A. Imprint cytology of axillary lymph nodes as intraoperative diagnostic tool. Elsevier Science Ltd. All rights reserved. / P.A. Lambah, M.A. McIntyre, U. Chetty et al. // EJSO. – 2002. – P. 224–228.
6. Volchenko, N.N. Intraoperative cytology examination in oncology. 20 th European Congress of Cytology. / N.N. Volchenko, Z.D. Gladunova, E.N. Slavnova et al. // Antwerpen. – 2002. – P. 139.

REFERENCES

1. Agamova K.A., Yermolayeva A.G. *Oshibki v tsitologicheskoy diagnostike. V kn. «Oshibki v klinicheskoy onkologii»* [Errors in the cytological diagnosis. In the book. Errors in clinical Oncology]. Moscow. Publ. Meditsina. 2001. pp. 105–133 (In Russ.).
2. Agamova K.A., Gladunova Z.D. *«Printsipy intraoperatsionnoy tsitologicheskoy diagnostiki u onkologicheskikh bol'nykh»*. V kn. *«Intraoperatsionnaya diagnostika v onkologii»* [Principles of intraoperative cytological diagnostics in cancer patients. In the book. Intraoperative diagnostics in Oncology]. Moscow. 1990. pp. 4–13 (In Russ.).
3. Volchenko N.N., Gladunova Z.D., Yermolayeva A.G. *«Vozmozhnosti intraoperatsionnoy tsitologicheskoy diagnostiki porazhennykh limfaticeskikh uzlov»* [Possibilities of intraoperative cytological diagnostics of affected lymph nodes]. *Rossiyskiy onkologicheskii zhurnal* [Russian Oncology magazine]. 2002, no. 1, pp. 24–25 (In Russ.).
4. Murav'yeva I.A., Yagubova E.A. *«Srochnaya operatsionnaya tsitologicheskaya diagnostika metastazov raka v limfaticeskikh uzlakh»* [Urgent surgical cytological diagnosis of cancer metastases in lymph nodes]. *Voprosy onkologii* [The Oncology issues]. 1985. vol. 31, no. 5, pp. 63–65 (In Russ.).
5. Lambah P.A., McIntyre M.A., Chettyet U. Imprint cytology of axillary lymph nodes as intraoperative diagnostic tool. Elsevier Science Ltd. All rights reserved. *EJSO*. 2002, pp. 224–228 (In English).
6. Volchenko N.N., Gladunova Z.D., Slavnova E.N. Intraoperative cytology examination in oncology. 20th European Congress of Cytology. Antwerpen. 2002, pp. 139 (In English).

Материал поступил в редакцию 18.02.20

INTRAOPERATIVE CYTOLOGICAL DIAGNOSTICS OF THE NATURE OF CHANGES IN LYMPH NODES

L.F. Zhandarova, Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department of Surgery and Oncology
FSBEI of Higher Education Saratov State Medical University
named after V.I. Razumovskiy of Ministry Of Health Of Russia
(410012, Russia, Saratov, B. Kazachya str., 112)
Email: zhandarova-sar@yandex.ru

O.A. Kalmykova, Doctor of Clinical Laboratory Diagnostics
PHI Clinical hospital "Railways-Medicine" of Saratov (410004, Russia, Saratov, 1st Station Ave., 7)
Email: ol-sar@bk.ru

N.G. Volodina, Doctor of Clinical Laboratory Diagnostics
PHI Clinical hospital "Railways-Medicine" of Saratov (410004, Russia, Saratov, 1st Station Ave., 7)
Email: ol-sar@bk.ru

L.A. Meshcheryakova, Doctor of Clinical Laboratory Diagnostics
PHI Clinical hospital "Railways-Medicine" of Saratov (410004, Russia, Saratov, 1st Station Ave., 7)
Email: ol-sar@bk.ru

O.V. Matveyeva, Candidate of Medical Sciences,
Doctor of the Laboratory Diagnostics Department
Research Institute of traumatology, orthopedics and neurosurgery
FSBEI of Higher Education Saratov State Medical University
named after V.I. Razumovskiy of Ministry Of Health Of Russia
(410012, Russia, Saratov, B. Kazachya str., 112)
Email: ol-sar@bk.ru

Abstract. *This paper presents the results of a study of lymph nodes in 311 patients operated on for breast cancer, stomach, colon, and skin tumors. Intraoperative cytological examination of lymph nodes is a simple and affordable method that allows you to study a large number of lymph nodes in a short period of time.*

Keywords: *intraoperative cytological examination, lymph node, metastasis.*

УДК 616-006.04-052-089.5

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ

В.В. Масляков, доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе
Частное образовательное учреждение высшего образования «Медицинский университет «РЕАВИЗ»
(443099, Россия, Саратов, ул. Чапаевская, 227)
Email: maslyakov@inbox.ru

***Аннотация.** В статье рассмотрены основные принципы биоэтики при оказании паллиативной помощи онкологическим пациентам. На основании данных, представленных в литературе, подчеркивается, что интегративный подход сотрудничества врачей с психологами и социальными работниками является основой паллиативного ухода и психологической поддержки неизлечимо больных пациентов и их родственников. Создание и развитие в стране паллиативной медицинской помощи обусловлено необходимостью расширения мер социальной защищенности «обреченных» больных и является не только показателем высокой степени гуманизма в данном обществе, но также свидетельствует о повышении качества жизни граждан и реализации их права на достойную смерть.*

***Ключевые слова:** паллиативная помощь, онкологические пациенты.*

Онкологические заболевания в настоящий момент являются одной из актуальных проблем, которые, к сожалению, не утрачивают своей релевантности. По данным 2004 г., в Российской Федерации в структуре онкологической патологии злокачественные новообразования I-II стадии составляли 42,2 %, III стадии – 25,4 %, IV стадии – 23,6 %, в 8,8 % – стадия не была установлена, т.е. злокачественные новообразования III-IV стадии составляли около 49 % в структуре онкологической патологии, что свидетельствует о возможности проведения только паллиативных лечебных мероприятий практически у половины контингента больных с онкологическими заболеваниями [6, 9]. Решение проблем, возникающих у онкологических пациентов, находящихся в последней стадии заболевания, на сегодняшний день принято осуществлять паллиативной медицине.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), паллиативная помощь – это деятельность, направленная на улучшение качества жизни, раннее выявление болезни и предупреждение физических, психологических, социальных и духовных страданий больных со смертельным диагнозом, с различными нозологическими формами хронических заболеваний. Главной целью оказания паллиативной помощи является устранение болевых симптомов, превращающих жизнь инкурабельных больных в невыносимое существование. Очевидно, что уход за умирающими больными осуществлялся на всём протяжении истории человечества, однако современное понимание паллиативной помощи обусловлено появлением новейших биомедицинских технологий, роль которых амбивалентна. Неизлечимые заболевания, в том числе онкологические патологии, преследуют людей с давних пор. Однако лишь в современном обществе достижения медицины позволили людям-носителям этих заболеваний продолжить свою жизнь, а иногда и спасти ее. Возникает довольно парадоксальная ситуация – наличие неизлечимых заболеваний и рост заболеваемости ними в сочетании с возможностями современной медицины по оказанию помощи в продлении жизни приводят к массовому распространению неизлечимых больных в обществе и создают ряд новых проблем, которые имеют медицинское, социальное-психологическое и духовное измерение. Эти проблемы располагаются как на уровне индивидуальной личности, оказавшейся в состоянии неизбежно надвигающейся смерти, так и на уровне общества, часть которого требует особых условий существования и возможностей социальной защиты.

Паллиативная помощь сегодня – это активная всеобъемлющая медико-социальная помощь больным с диагнозом неизлечимого прогрессирующего заболевания, когда исчерпаны все возможности специального/радикального лечения, и очевиден неблагоприятный прогноз в отношении жизни. Основной целью такой помощи является улучшение качества жизни больного и членов его семьи, что достигается благодаря активному выявлению, тщательной оценке и симптоматической терапии боли и других проявлений болезни, а также оказанию психологической, социальной и духовной поддержки,

как самому пациенту, так и его близким. Принципы паллиативной помощи могут быть реализованы на более ранних стадиях заболевания в сочетании с другими методами лечения [3, 7, 13, 14]. Данный вид помощи чаще всего предоставляется в сложный период жизни больного и его близких – период тяжелой болезни, принятия диагноза и неблагоприятного прогноза, осознания неизбежности ухода из жизни и потери близкого человека, принятия решений в отношении целесообразности проведения дальнейшего лечения и его содержания и др. Поэтому в процессе оказания помощи возникают специфические и сложные биоэтические проблемы.

В последнее время среди зарубежных и отечественных ученых завоевали признание принципы медицинской биоэтики, сформулированные американскими исследователями Beauchamp T.I. и Childress J.F. в 1994 году [4, 8, 11, 12]. Четыре фундаментальных принципа биоэтики:

- автономии и уважения человеческого достоинства (autonomy and dignity respect);
- «недеяния зла», или «не навреди» (non-maleficence);
- благодеяния (beneficence);
- справедливости (justice).

Из названных принципов вытекают и следующие требования: правдивость (veracity), приватность (privacy), конфиденциальность (confidentiality), верность (fidelity) и информированное согласие (informed consent).

Принцип уважения автономии пациента. Для осуществления этого принципа на практике специалистам по паллиативной помощи необходимо:

- согласовывать приоритеты и цели помощи с пациентами и их родными (в первую очередь с пациентами, а потом с родными или близкими людьми, так как здесь действует принцип автономии);
- обсуждать возможные варианты обследования и лечения с пациентами и совместно составлять планы лечения и помощи;
- не отказывать в предоставлении информации, которую пациент желает получить, в том числе информации об обследовании и его результатах, разнообразных видах лечения и их последствиях, прогнозе;
- уважать желание пациента отказаться от того или иного вида обследования и/или лечения.

Принцип уважения человеческого достоинства пациента. Это – основополагающий принцип медицинской биоэтики, незримо присутствующий и в других принципах, однако его трактовка в контексте паллиативной помощи имеет свои особенности. Принцип уважения человеческого достоинства пациента иногда отождествляется с принципом уважения его автономии (независимости в принятии собственных решений и их реализации). Инкурабельные больные, как и другие больные, могут иметь свои предпочтения в выборе лечения. Необходимость уважения этих желаний определяет поведение врача. Так, врач не должен настаивать на проведении определенного вида лечения, от которого информированный больной отказывается. Например, если компетентный больной отказывается от поддерживающей жизнь терапии, врач не должен проводить такую терапию, даже если сам верит в то, что на данном этапе жизнь больного еще может быть продлена с помощью вспомогательных средств. С другой стороны, врач должен предоставить пациенту в доступной для его понимания форме достаточную информацию о его болезни, состоянии, прогнозе и лечении. В обязанности врача входит также необходимость обсудить с больным его пожелания относительно тактики лечения и поддерживающей жизнедеятельности терапии в будущем, если при ухудшении самочувствия он будет не в состоянии принимать решения самостоятельно.

В обязанности врача входит также необходимость обсудить с больным его пожелания относительно тактики лечения и поддерживающей жизнедеятельности терапии в будущем, если при ухудшении самочувствия он будет не в состоянии принимать решения самостоятельно.

В некоторых западных странах это обычно сопровождается тем, что больному предлагают составить «директиву» или распоряжение, в котором он выражает свое решение о характере, предпочитаемом лечении на перспективу, то есть на тот случай, если он будет не в состоянии выразить его сам, или указывается имя и адрес человека, которому он доверяет принимать решения относительно тактики дальнейшего лечения за себя. Заблаговременное планирование тактики лечения и помощи приобретает особое значение в том случае, если человек боится быть отвергнутым обществом или не имеет доверительных отношений с родными и друзьями. Некоторые пациенты сохраняют в тайне от близких правду о своем диагнозе и прогнозе. Врач должен иметь это в виду и обеспечить необходимую больному поддержку.

Принцип уважения автономии больного – важная, но не единственная составляющая принципа уважения достоинства пациента как личности.

Врачи не должны бездумно следовать желаниям своих больных. Это очевидно в тех случаях, когда пациенты просят назначить им лечение или манипуляции, которые определенно не имеют медицинских показаний. Особенно важно иметь это в виду, когда речь идет о пациенте в конце его жизни. Такие больные могут просить врача ускорить наступление смерти, поскольку они считают, что продолжающаяся жизнь более не благо, а бремя. Отказ выполнить просьбу больного в подобных случаях свидетельствует как раз об уважении его человеческого достоинства.

Конечно, врач должен обладать достаточной этической рассудительностью и опытом, чтобы решить, как и когда он должен реагировать на желания больного. Важно подчеркнуть то, что уважение человеческого достоинства не может быть сведено лишь к необходимости уважения автономии пациента.

Принципы благодеяния и «недеяния зла» («не навреди»). Реализация этих принципов подразумевает, что специалисты паллиативной помощи должны:

- тщательно оценить все преимущества и побочные явления, которые могут возникнуть в результате планируемого лечения, прежде чем его назначить (благодеяние),
- тщательно взвесить вероятность развития осложнений и достижения положительных результатов при проведении того или иного диагностического или лечебного мероприятия («не навреди»),
- реализовать право каждого больного на получение самого высокого качества помощи в пределах имеющихся ресурсов, а также сделать все возможное для организации необходимого лечения за счет перераспределения имеющихся средств и привлечения дополнительных возможностей. Реализация этого принципа особенно актуальна в настоящее время, когда все реже и реже больного направляют на консультацию к более опытному специалисту, врачам смежных специальностей, для получения в трудных ситуациях второго (и третьего) независимого мнения (нарушается принцип честности!). Часто врач скрывает тот факт, что его компетенции недостаточно для решения клинического или этического вопроса.

Обеспечение благополучия пациента (благодеяние) в конце его жизни (до самого момента смерти) достигается удовлетворением интересов больного. Но каковы эти интересы?

Интересным представляется позиция ученых Jansen L.A., Johnston B.E. и Sulmasy D.P., которые подразделяют интересы больного, нуждающегося в паллиативной помощи в конце жизни, на две основные категории [11, 12]:

- феноменологические интересы (напрямую связанные с жалобами и фактическими переживаниями больного);
- нефеноменологические интересы (не связанные с фактическими переживаниями больного).

К первой категории относятся интересы больного, который находится в состоянии физического дискомфорта, то есть его беспокоят боль, одышка и другие тягостные физические симптомы. Первостепенная задача паллиативной медицины – избавить пациента от боли и купировать другие проявления болезни. Хотя эти болезненные ощущения и субъективны, даже при отсутствии активных жалоб хорошие специалисты паллиативной помощи должны выявить, оценить их, принять необходимые меры. Например, пациентам, которым необходимо обезбоживание, предлагается оценить уровень боли по специальной градуированной шкале (от 0 до 10 баллов). Это мероприятие является руководством для клинициста, который проводит обезбоживание для обеспечения комфорта больного. Чтобы удовлетворить нефеноменологические интересы больного в конце жизни, медики должны не только избавить больного от боли, но и предпринять попытку облегчить его страдание.

Такие явления как «боль» и «страдание» не являются синонимами. В соответствии с общепризнанным определением, боль – это неприятное сенсорное и эмоциональное ощущение человека, вызванное фактическим или потенциальным повреждением тканей. Страдание же более широкое, всеобъемлющее явление, которое включает в себя понятие боли, но не ограничивается им. Только интуиция врача, и только доверительный психологический контакт с больным, создают условия для полноценного контакта, при котором можно оценить степень страдания и эффективность предпринятых мероприятий. Поэтому так важен психологический контакт врача и больного, стремление и способность врача понять и помочь [5].

В формировании страдания большая роль принадлежит и социальным, и психологическим, и духовным компонентам. Например, больные часто страдают, переживая отрицательные изменения своего состояния. Они также могут испытывать страдания от изменения привычного образа жизни и ощущения, что они стали не теми, кем были раньше; являются обузой для родных. Это в свою очередь приводит к страданиям другого рода. Динамика отношения личности – к себе, другим людям и

миру в целом – лучше всего просматривается в процессе изучения индивидуальных проблем пациента, оказавшегося в пограничной ситуации – на грани жизни и смерти. Именно эти ситуации очерчивают твердую границу, делающую невозможным любое гармоничное постижение мира и человеческой жизни, позволяют выявить непосредственное значение пограничной ситуации для опыта экзистенциального существования онкологически больного пациента. Пограничная ситуация – это состояние острейшего эмоционального стресса, связанного, прежде всего, с переживанием страха смерти и абсурдности жизни. К. Ясперс писал: «Мы используем термин «границные ситуации» для обозначения таких крайностей, как смерть, вина, борьба как неизбежность – то есть ситуации, которые, незаметно присутствуя в нашей повседневной жизни, неотвратимо детерминируют все наше существование. Опыт переживания этих граничных ситуаций, их освоения и преодоления – это последний источник истинного бытия и истинных возможностей человека» [1, 10]. Онкологический диагноз относится к самому страшному не столько из-за неизлечимости данной патологии, сколько в силу сложности субъективного восприятия болезни пациентом. Заболевший раком человек неожиданно для себя сталкивается с рядом сложнейших проблем, которые нужно решить в короткий промежуток времени, тогда как «обычный смертный» на эти задачи тратит несколько десятилетий в период старения: 1) интеграция пережитого, 2) пересмотр отношения к собственной смерти, 3) переоценка ценностей, 4) приобщение к религии, 5) формирование отношения к «новому» телу и т. п. Цель терапии, по К. Ясперсу, заключается в достижении – через граничную ситуацию – преобразования человеком самого себя, при котором он раскрывается сам перед собой и утверждает свою истинную сущность перед лицом окружающего мира [1, 10]. Перед больным стоит чрезвычайно трудная задача: справиться с эмоциональным потрясением, подготовиться к разрешению многочисленных психологических проблем сначала на этапе приспособления к болезни, а затем – и в роли реконвалесцента. Медицинские работники, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, решают важные проблемы: предупреждение и облегчение страданий пациента, оказание психосоциальной и моральной поддержки пациенту, его близким и родным людям. Е. Кюблер-Росс по праву считают создателем концепции психологической помощи умирающим больным, поскольку ей удалось разорвать замкнутый круг лицемерия и развенчать миф об эффективности «сладкой лжи», бытующие в медицинском сообществе и в западной культуре в целом. Она справедливо утверждала, что медики должны не только бороться за жизнь пациента до последнего вздоха, но и делать все возможное для того, чтобы заранее подготовить его встретить смерть с достоинством, без страха и мучений, как естественную и неотвратимую составляющую жизни. Способность эффективно общаться с пациентами присуща в большей степени тем медицинским работникам, которые живут в модусе «Бытия» (Э. Фромм) и имеют доминанту «на лицо другого» человека (А.А. Ухтомский). Эти умения являются важной составляющей стратегии коммуникации субъектов в паллиативной медицине. «С целью улучшения качества взаимодействия между участниками диалога (врач-пациент) медицинским работникам необходимо в каждой ситуации общения использовать свою коммуникативную стратегию. Необходимо найти такую форму речевого воздействия, которая была бы убедительной только для того, кого убеждаешь. Именно поэтому нельзя сводить диалог между врачом и пациентом к банальному обмену информацией, их общение должно быть направлено на выработку общего смысла, взаимопонимания, построения диагностической и лечебно-реабилитационной беседы, единой точки зрения по поводу лечения» [1, 10]. Целостность человека состоит в единстве и взаимосвязи телесного и психического, поэтому пациент, вне зависимости от тяжести заболевания, должен рассматриваться врачом как единый организм, нуждающийся в лечении как тела, так и души. Врач-профессионал, работающий в паллиативной медицине, не имеет права сбрасывать со счетов определенные психосоматические взаимоотношения: психологических факторов, влияющих на изменения организма, и изменений организма, влияющих на психику, на изменения личности. В паллиативной медицине особое внимание уделяется соблюдению принципа дифференцированности коммуникативных подходов к лечению отдельных групп пациентов, разработанных с учетом психофизических особенностей конкретного индивида и биоэтических проблем современности. Паллиативная медицинская помощь в контексте биоэтики затрагивает несколько основополагающих принципов: уязвимости, справедливости, уважения прав и достоинства человека. Обычно уязвимость определяют в двух смыслах, как характеристику: 1) любого живого существа; 2) отдельных человеческих групп и популяций (малоимущие, малограмотные, несовершеннолетние, инвалиды, заключенные и т. п.). В биоэтическом измерении современной медицины данный принцип становится основой заботы и защиты, ответственности и сопереживания по отношению к другому человеку – более слабому и уязвимому, беззащитному и беспомощному. Для успешной реализации его в системе здравоохранения требуется соблюдение принципа справедливости

в распределении медицинских услуг и их доступность. Онкологически больные люди являются наиболее уязвимой категорией пациентов и требуют к себе особого ухода и заботы. В медицине понятие достоинства человека находится во взаимодействии с переживаемыми им болью и страданием. Безусловно, сильные боль и страдание лишают человека достоинства, поэтому для incurable больных – в ситуации непереносимых физических или душевных мучений – смерть становится предпочтительней жизни [2]. Однако, при условии создания и отлаженной работы паллиативной медицинской помощи потребность в эвтаназии отходит на второй план. Интегративный подход сотрудничества врачей с психологами и социальными работниками является основой паллиативного ухода и психологической поддержки неизлечимо больных пациентов и их родственников. Создание и развитие в стране паллиативной медицинской помощи обусловлено необходимостью расширения мер социальной защищенности «обреченных» больных и является не только показателем высокой степени гуманизма в данном обществе, но также свидетельствует о повышении качества жизни граждан и реализации их права на достойную смерть.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агеева, Н.А. Психологические особенности онкологических больных в контексте биоэтических проблем современности / Н.А. Агеева // Гуманитарные и социальные науки. – 2013. – № 4. – С. 35–43.
2. Введенская, Е.С. Паллиативная помощь и биоэтика / Е.С. Введенская // Медицинская сестра. – 2008. – № 5. – С. 18–21.
3. Введенская, Е.С. Паллиативная помощь – инновационное направление современного здравоохранения. В книге «Актуальные проблемы химии, биологии и медицины» / Е.С. Введенская. – Красноярск: Научно-инновационный центр, 2011, С. 5–26.
4. Вершинина, С.В. Введение в биоэтику / С.В. Вершинина. – Киев, 2000. – С. 3–10.
5. Крюкова, К.К. Паллиативная медицина (аксиологические аспекты). / К.К. Крюкова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2014. – Т. 4. – № 5 – С. 806–808.
6. Модников, О.П. Введение в паллиативную медицину: учебно-методическое пособие / О.П. Модников, М.Г. Шарафутдинов, Н.Е. Емельянцева и др. – Ульяновск: УлГУ, 2004. – 48 с.
7. Рекомендации Rec. (2003) 24 Комитета министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи. Совет Европы, М., 2005. – С. 30.
8. Хетагурова, А.А. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы / А.А. Хетагурова. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006 – 160 с.
9. Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Б.Н. Ковалев и др. // Российский онкологический журнал. 2006. – № 1. – С. 5–12.
10. Ясперс, К. Общая психопатология / Пер. Л.О. Аюбян / К. Ясперс. – М.: Практика, 1997. – 105 с.
11. Beauchamp, T.I. Principles of Biomedical Ethics / T.I. Beauchamp, J.F. Childress. – New York: Oxford University Press, 1994.
12. Jansen, L.A. Ethical Issues. / L.A. Jansen, B.E. Johnston, D.P. Sulmasy // In «A Clinical Guide by Joseph F. O'Neill, Health and Human.
13. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 and 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care, 2010.
14. World Health Organization. Cancer Pain relief and palliative care. Report of the WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804). Geneva: World Health Organization, 1990.

REFERENCES

1. Ageyeva N.A. *Psikhofizicheskiye osobennosti onkologicheskikh bol'nykh v kontekste bioeticheskikh problem sovremennosti* [Psychophysical features of cancer patients in the context of bioethical problems of our time]. *Gumanitarnyye i sotsial'nyye nauki* [Humanitarian and Social Sciences]. 2013, no. 4, pp. 35–43 (In Russ.).
2. Vvedenskaya Ye.S. *Palliativnaya pomoshch' i bioetika* [Palliative care and bioethics]. *Meditsinskaya sestra* [Nurse]. 2008, no. 5, pp. 18–21 (In Russ.).
3. Vvedenskaya Ye.S. *Palliativnaya pomoshch' – innovatsionnoye napravleniye sovremennogo zdavoohraneniya. V knige «Aktual'nyye problemy khimii, biologii i meditsiny»* [Palliative care is an innovative area of modern healthcare. In the book "Actual problems of chemistry, biology and medicine"]. Krasnoyarsk. Publ. Nauchno-innovatsionnyy tsentr. 2011. Pp. 5–26 (In Russ.).
4. Verшинina S.V. *Vvedeniye v bioetiku* [Introduction to bioethics]. Kiev. 2000. Pp. 3–10 (In Russ.).
5. Kryukova K.K. *Palliativnaya meditsina (aksiologicheskkiye aspekty)* [Palliative medicine (axiological aspects)]. *Byulleten' meditsinskikh Internet-konferentsiy* [Bulletin of medical Internet conferences]. 2014, vol. 4, no. 5, pp. 806–808 (In Russ.).
6. Modnikov O.P., Sharafutdinov M.G., Yemel'yantsev N.Ye. *Vvedeniye v palliativnuyu meditsinu: uchebno-metodicheskoye posobiye* [Introduction to palliative medicine: a teaching guide]. Ulyanovsk. UISU. 2004, 48 p. (In Russ.).

7. *Rekomendatsii Rec. (2003) 24 Komiteta ministrov Soveta Yevropy gosudarstvam-uchastnikam po organizatsii palliativnoy pomoshchi. Sovet Yevropy* [Rec Recommendations. (2003) 24 Committees of Ministers of the Council of Europe to member States on palliative care. CE]. Moscow. 2005. P. 30 (In Russ.).
8. Khetagurova A.A. *Palliativnaya pomoshch': mediko-sotsial'nyye, organizatsionnyye i eticheskiye printsipy* [Palliative care: medical, social, organizational and ethical principles]. Moscow. FSEI All-Russian educational, scientific and methodological center of Russian healthcare. 2006, p. 160 (In Russ.).
9. Chissoy V.I., Starinskiy V.V., Kovalev B.N. *Sostoyaniye onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu Rossiyskoy Federatsii* [State of cancer care for the population of the Russian Federation]. *Rossiyskiy onkologicheskiy zhurnal* [Russian journal of Oncology]. 2006, no. 1, pp. 5–12 (In Russ.).
10. Yaspers K., Akopyan L.O. *Obshchaya psikhopatologiya* [General psychopathology]. Moscow. Praktika. 1997, p. 105 (In Russ.).
11. Beauchamp T.I. Childress J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 1994 (In English).
12. Jansen, L.A., Johnston B.E., Sulmasy D.P. Ethical Issues. In «A Clinical Guide by Joseph F. O'Neill, Health and Human (In English).
13. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 and 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care, 2010 (In English).
14. World Health Organization. Cancer Pain relief and palliative care. Report of the WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804). Geneva: World Health Organization, 1990 (In English).

Материал поступил в редакцию 03.02.20

MODERN PRINCIPLES OF BIOETHICS IN PALLIATIVE CARE FOR ONCOLOGICAL PATIENTS

V.V. Maslyakov, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Vice-Rector of Scientific Work
Private educational institution of higher education "Medical University "REAVIZ"
(443099, Russia, Saratov, Chapaevskaya str., 227)
Email: maslyakov@inbox.ru

***Abstract.** The article discusses the basic principles of bioethics in providing palliative care to cancer patients. Based on the data presented in the literature, it is emphasized that the integrative approach of cooperation between doctors and psychologists and social workers is the basis of palliative care and psychological support for terminally ill patients and their relatives. The creation and development of palliative care in the country is due to the need to expand social protection measures for "doomed" patients and is not only an indicator of a high degree of humanism in this society, but also indicates an increase in the quality of life of citizens and the realization of their right to a dignified death.*

***Keywords:** palliative care, oncological patients.*

Pediatry
Педиатрия

УДК 616.248-053.2:615.37

**ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ
СО СРЕДНЕТЯЖЁЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

Я.Ю. Иллек, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой педиатрии
ФГБОУ ВПО «Кировский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия
(610998, Россия, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112)
E-mail: yanillek@gmail.com

Л.Л. Рысева, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии
ФГБОУ ВПО «Кировский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия
(610998, Россия, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112)
E-mail: yanillek@gmail.com

Е.Ю. Тарасова, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии
ФГБОУ ВПО «Кировский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия
(610998, Россия, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112)
E-mail: yanillek@gmail.com

И.Ю. Мищенко, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии
ФГБОУ ВПО «Кировский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия
(610998, Россия, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112)
E-mail: yanillek@gmail.com

Г.В. Соловьёва, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии
ФГБОУ ВПО «Кировский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия
(610998, Россия, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112)
E-mail: yanillek@gmail.com

И.Г. Суетина, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии
ФГБОУ ВПО «Кировский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия
(610998, Россия, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112)
E-mail: yanillek@gmail.com

М.Л. Вязникова, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии
ФГБОУ ВПО «Кировский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия
(610998, Россия, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112)
E-mail: yanillek@gmail.com

Аннотация. *Цель исследования. Оценка эффективности иммуномодулирующей терапии у детей со среднетяжёлым течением atopической бронхиальной астмы. Материал и методы. Под наблюдением находились дети со среднетяжёлым течением atopической бронхиальной астмы, у которых в периоде обострения заболевания и при наступлении клинической ремиссии исследовали клинические показатели, функцию внешнего дыхания, гемограмму и иммунограмму. Наблюдаемые пациенты были подразделены на три группы в зависимости от характера проводимых лечебных мероприятий. Первая группа больных бронхиальной астмой получала комплексную общепринятую терапию, вторая группа больных бронхиальной астмой – комплексное лечение в сочетании с курсами инъекций Имунофана, третья группа больных бронхиальной астмой – комплексное лечение в сочетании с курсами инъекций Полиоксидония. Результаты. У второй и третьей групп больных бронхиальной астмой, по сравнению с первой группой больных бронхиальной астмой, отмечалась более быстрая положительная динамика клинических показателей, улучшение функции внешнего дыхания, нормализация гемограммы и большинства параметров иммунологической реактивности, увеличение продолжительности клинической ремиссии.*

Ключевые слова: *дети, бронхиальная астма, клинико-лабораторные показатели, иммуномодулирующая терапия, клиническая ремиссия.*

Введение

Главными показателями эффективности лечебных мероприятий при бронхиальной астме являются уменьшение и исчезновение клинических проявлений заболевания, улучшение функции внешнего дыхания и нормализация параметров иммунологической реактивности, увеличение продолжительности клинической ремиссии [1, 2, 5, 6]. В настоящей работе представлены результаты исследования клинико-функциональных и клинико-лабораторных показателей у группы детей со среднетяжёлым течением atopической бронхиальной астмы, получавших комплексную общепринятую терапию, у группы детей с тяжёлым течением atopической бронхиальной астмы, получавших комплексное лечение в сочетании с курсами инъекций Имунофана, и у группы детей со среднетяжёлым течением atopической бронхиальной астмы, получавших комплексное лечение в сочетании с курсами инъекций Полиоксидония. Основанием для включения иммуномодуляторов нового поколения в комплексное лечение больных бронхиальной астмой послужили данные литературы [3, 7, 8], свидетельствующие о противовоспалительном, противоотёчном, анальгезирующем, иммуномодулирующем, антиоксидантном и мембраностабилизирующем действиях Имунофана и Полиоксидония.

Цель исследования. Определить влияние иммуномодулирующей терапии на клинико-функциональные и клинико-лабораторные показатели среднетяжёлом течении atopической бронхиальной астмы у детей.

Материал и методы исследования

Под наблюдением в Кировской областной детской клинической больнице и Кировском областном детском консультативно-диагностическом центре находилось 158 детей в возрасте 5-14 лет со среднетяжёлым течением atopической бронхиальной астмы (БА). При определении тяжести течения заболевания у пациентов использовали критерии, рекомендованные рабочей группой экспертов Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (1997) и Научно-практической программы «Бронхиальная астма у детей: диагностика, лечение и профилактика» (2004).

У наблюдаемых больных бронхиальной астмой в первые 1-2 дня пребывания в стационаре (период обострения заболевания) и перед выпиской из стационара (период клинической ремиссии) исследовали функцию внешнего дыхания, гемограмму и иммунограмму.

Для оценки функции внешнего дыхания у больных бронхиальной астмой использовали метод флоуметрии (регистрация и расчёт параметров «поток-объём»), который позволяет выявлять обструкцию на разных участках воздухоносных путей. Исследование флоуметрических показателей у пациентов осуществляли с применением пневмотахометра «Елтон». При этом определяли форсированную жизненную ёмкость лёгких (ФЖЕЛ), объём форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁), пиковую скорость выдоха (ПСВ), максимальные объёмные скорости потока кривой в точках, соответствующих 25, 50 и 75 % форсированной жизненной ёмкости лёгких (МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅), средние значения максимальных объёмных скоростей потока кривой в интервалах от 25 до 75 % (СМОС₂₅₋₇₅) и от 75 до 85 % (СМОС₇₅₋₈₅) форсированной жизненной ёмкости лёгких. Исследования проводили утром, натощак, до введения пациентам лекарственных средств; результаты выражали в процентах к должным значениям флоуметрических показателей. Контрольную группу в этих

исследованиях составили 100 практически здоровых детей аналогичного возраста, проживающих в г. Кирове и Кировской области РФ.

Гемограммы у больных бронхиальной астмой сравнивали с результатами клинического анализа крови у 128 практически здоровых детей того же возраста. Для оценки состояния иммунологической реактивности у больных бронхиальной астмой определяли содержание популяций и субпопуляций лимфоцитов (CD3-л, CD4-л, CD8-л, CD20-л) в крови, содержание иммуноглобулинов (Ig) G, A, M, E и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови, исследовали показатели фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН), фагоцитарного индекса (ФИ) и теста восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) в цитоплазме нейтрофилов, содержание интерферона-альфа (ИФН- α), интерлейкина-1бета (ИЛ-1 β) и фактора некроза опухолей-альфа (ФНО- α) в сыворотке крови. Результаты этих исследований у больных бронхиальной астмой сравнивали с данными, полученными у 532 практически здоровых детей соответствующего возраста, проживающих в г. Кирове и Кировской области РФ.

Исследование гемограммы у больных бронхиальной астмой проводили общепринятым методом; результаты выражали в абсолютных цифрах. Для определения CD3-, CD4-, CD8- и CD20-лимфоцитов в крови бронхиальной астмой использовали реакцию непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ), где иммунофенотипирование проводится с помощью моноклональных антител ЛТ3, ЛТ4, ЛТ8 и ЛТ20, изготовленных Нижегородским ООО НПК «Препарат».

Содержание иммуноглобулинов классов G, A, M, E в сыворотке крови у больных бронхиальной астмой определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) в соответствии с инструкцией к набору реагентов «Имуноскрин-G, A, M, E ИФА-Бест» (ЗАО «Вектор-Бест», г. Новосибирск); результаты выражали в г/л и МЕ/мл. Содержание циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови у больных бронхиальной астмой определяли методом преципитации в растворе полиэтиленгликоля (Белокрыницкий Д.В., 1987); результаты выражали в ед.опт.пл.

Фагоцитарную активность нейтрофилов у больных бронхиальной астмой оценивали, используя в качестве фагоцитируемого объекта частицы латекса размером 1,1 мкм («Sigma», США), по методу Потаповой С.Г. с соавт. (1977); результаты выражали в процентах. Фагоцитарный индекс рассчитывали как среднее количество частиц латекса, поглощённое одним нейтрофилом. Вместе с тем, у больных бронхиальной астмой оценивали спонтанный тест восстановления нитросинего тетразолия в цитоплазме нейтрофилов, подсчитывая количество клеток, образующих гранулы нерастворимого диформазана (Петров Р.В. с соавт., 1992); результаты выражали в процентах.

Определение содержания интерферона-альфа, интерлейкина-1бета и фактора некроза опухолей-альфа в сыворотке крови у больных бронхиальной астмой проводили методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием наборов реагентов ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск); результаты выражали в пкг/мл.

Наблюдаемые дети со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы были подразделены на три группы в зависимости от характера проводимого лечения. Первая группа больных бронхиальной астмой (46 пациентов) получала общепринятую терапию. Для купирования астматического приступа у них использовали ингаляции Беродуала (0,5-1,0 мл) через небулайзер и внутривенное введение Преднизолона (1 мг/кг). На второй день после купирования острого астматического приступа больным первой группы назначали гипоаллергенную диету, Бромгексин, Кетотифен, ЛФК и массаж, базисную противовоспалительную терапию (Бекотид, по 2 дозированные ингаляции (100 мкг) 3 раза в день, в течение года).

Второй группе больных бронхиальной астмой (37 пациентов), наряду с указанным выше лечением, со второго дня пребывания в стационаре, назначали курс инъекций Имунофана (0,005 % раствор в дозе 0,1 мл на 1 год жизни (но не более 1,0 мл), подкожно, 1 раз в день, через два дня на третий, всего 10 инъекций). Имунофан (аргинил-альфа-аспартил-лизин-валил-тирозил-аргинин) стимулирует созревание CD3-лимфоцитов, повышает активность клеток-киллеров и восстанавливает соотношение CD4/CD8-лимфоцитов, нормализует содержание IgG, IgA, IgM и способствует понижению содержания реактивного IgE, увеличивает резервную возможность нейтрофилов к бактериальному киллингу, стабилизирует фосфолипиды клеточной мембраны и тормозит продукцию медиаторов воспаления, простагландинов и лейкотриенов, понижает активность ферментов печени, повышает стабильность мембран клеток и снижает повреждающее действие свободно-радикальных продуктов [3]. Препарат не имеет противопоказаний к применению, не вызывает развития побочных реакций и осложнений, его можно использовать в сочетании с другими лекарственными средствами.

Третьей группе больных бронхиальной астмой (30 пациентов), наряду с общепринятым лечением, со второго дня пребывания в стационаре назначали курс инъекций Полиоксидония (в дозе

0,1 мг/кг на воде для инъекций, внутримышечно, 1 раз в день, через два дня на третий, всего 10 инъекций). Полиоксидоний (сополимер N-окиси 1,4-этиленпиперазина и 1,4-этиленпиперазина бромид) восстанавливает показатели клеточного и гуморального звеньев иммунитета, фагоцитарную активность нейтрофилов, регулирует продукцию цитокинов, повышает антибактериальную и противовирусную резистентность, обладает противовоспалительным и детоксикационным, антиоксидантным и мембраностабилизирующим действиями [7, 8]. Препарат не имеет противопоказаний к применению, не вызывает развития осложнений и побочных реакций, его можно назначать в сочетании с разными лекарственными средствами.

Наблюдаемым нами пациентам второй и третьей групп со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы лечение Имунофаном и Полиоксидонием начинали со второго дня после купирования острого астматического приступа. Всего в течение года больным этих групп проводилось по четыре курса лечения этими препаратами с интервалом между курсами в три месяца. Никаких осложнений и побочных реакций у пациентов, получавших лечение Имунофаном и Полиоксидонием, не регистрировалось.

Результаты, полученные при исследовании флуометрических показателей, гемограммы и параметров иммунологической реактивности у первой группы детей со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы, получавших комплексную общепринятую терапию, у второй группы детей со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы, получавших комплексное лечение в сочетании с Имунофаном, и у третьей группы детей со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы, получавших комплексное лечение в сочетании с Полиоксидонием, обрабатывали методом вариационной статистики с определением средней арифметической величины (M), среднего квадратического отклонения (δ) и средней квадратической ошибки (m), коэффициента достоверности различий между сравниваемыми величинами (p) с использованием таблицы Стьюдента-Фишера [4]. Обработку цифрового материала осуществляли в персональном компьютере в приложении Microsoft Office Excel Mac 2011. Результаты исследований, выполненных в группах детей со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы, сравнивали между собой и с результатами исследований у практически здоровых детей контрольной группы.

Результаты и их обсуждение

У наблюдаемых детей со среднетяжёлым течением атопической бронхиальной астмы приступы регистрировались с одинаковой частотой в дневное и ночное время суток, у большинства пациентов отмечалось повторение приступов в течение одних суток. Астматические приступы возникали у них с интервалом в 2-3 недели, продолжаясь от 30 минут до 2-3 часов. У больных со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы могли возникнуть приступы лёгкой и тяжёлой степени тяжести, но чаще наблюдались астматические приступы средней степени тяжести.

Результаты, полученные при исследовании флуометрических показателей, клинического анализа крови и параметров иммунологической реактивности у детей со среднетяжёлым течением атопической бронхиальной астмы в периоде обострения заболевания (после купирования острого астматического приступа) представлены в таблицах 1, 2 и 3.

Как видно из материала, приведенного в таблице 1, у детей со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы в периоде обострения заболевания констатировалось выраженное снижение ФЖЕЛ ($p < 0,001$), ОФВ₁ ($p < 0,001$), ПСВ ($p < 0,001$), МОС₂₅ ($p < 0,001$), МОС₅₀ ($p < 0,001$), МОС₇₅ ($p < 0,001$), СМОС₂₅₋₇₅ ($p < 0,001$) и СМОС₇₅₋₈₅ ($p < 0,001$). Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы в периоде обострения заболевания отмечается обструкция и нарушение бронхиальной проходимости в верхних, средних и периферических отделах дыхательных путей.

Таблица 1

Флоуметрические показатели (в процентах от должных значений) у группы больных среднетяжёлой БА, получавших общепринятую терапию, и у групп больных среднетяжёлой БА, получавших лечение в сочетании с Имунофаном Полиоксидонием ($M \pm m$)

Показатели	Здоровые дети, n = 100	Больные БА, период обострения, n = 158	Больные БА, период клинической ремиссии		
			получавшие общепринятую терапию, n = 46	получавшие лечение в сочетании с Имунофаном, n = 37	получавшие лечение в сочетании с Полиоксидонием, n = 30
ФЖЕЛ	104,20 ± 0,84	77,26 ± 5,04*	99,03 ± 4,36	99,11 ± 5,17	98,11 ± 5,48
ОФВ ₁	104,10 ± 0,77	67,08 ± 4,35*	96,01 ± 4,43	97,14 ± 5,24	99,64 ± 5,19
ПСВ	105,30 ± 1,07	60,44 ± 4,71*	84,64 ± 4,61*	97,64 ± 6,27	99,46 ± 5,46
МОС ₂₅	107,20 ± 1,21	56,17 ± 5,57*	83,27 ± 5,35*	99,64 ± 6,25	98,52 ± 6,58
МОС ₅₀	106,90 ± 1,29	56,29 ± 6,73*	80,80 ± 5,68*	95,72 ± 4,26*	96,50 ± 5,26
МОС ₇₅	106,00 ± 1,39	53,80 ± 8,23*	87,17 ± 6,81*	95,86 ± 4,24*	94,55 ± 4,46*
СМОС ₂₅₋₇₅	110,30 ± 1,35	57,46 ± 7,68*	88,35 ± 6,26*	90,27 ± 5,89*	91,46 ± 5,25*
СМОС ₇₅₋₈₅	110,10 ± 3,31	49,10 ± 5,58*	80,98 ± 7,30*	85,82 ± 6,35*	87,54 ± 6,28*

Примечание: «*» – $p < 0,01-0,001$ по сравнению с показателями у практически здоровых детей

В периоде обострения заболевания у детей со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы (таблица 2) отмечалось увеличение количества эритроцитов ($p < 0,001$) и повышение содержания гемоглобина ($p < 0,01$) в крови, что можно рассматривать как компенсаторную реакцию организма на гипоксию. Вместе с тем, у пациентов в периоде обострения заболевания выявлялось небольшое увеличение абсолютного количества лимфоцитов ($p < 0,05$), выраженное увеличение абсолютного количества моноцитов ($p < 0,001$) и абсолютного количества эозинофилов ($p < 0,001$) в крови, что является одним из признаков аллергического воспалительного процесса.

У детей со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы в периоде обострения заболевания (таблица 3) констатировались признаки нарушения клеточного и гуморального звеньев иммунитета, что нашло отражение в уменьшении относительного количества CD3-лимфоцитов ($p < 0,001$) в крови, повышении содержания иммуноглобулинов G ($p < 0,001$), A ($p < 0,001$), M ($p < 0,001$) и резко выраженном повышении содержания иммуноглобулина E ($p < 0,001$) в сыворотке крови. Вместе с тем, у пациентов в периоде обострения заболевания отмечались признаки снижения антибактериальной и противовирусной резистентности (таблица 3), что проявлялось в значительном снижении показателей фагоцитарной активности нейтрофилов ($p < 0,001$), фагоцитарного индекса ($p < 0,001$) и НСТ-теста ($p < 0,001$), снижении содержания интерферона-альфа ($p < 0,001$) в сыворотке крови. Кроме того, у пациентов в периоде обострения заболевания (таблица 3) выявлялось резко выраженное повышение содержания провоспалительных цитокинов (интерлейкин-1бета и фактор некроза опухолей-альфа) в сыворотке крови ($p < 0,001$, $p < 0,001$).

Во время пребывания в стационаре у детей со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы повторные астматические приступы не возникали, на фоне проводимой терапии констатировалось улучшение общего состояния, положительная динамика клинических показателей и наступление клинической ремиссии. При этом у второй группы больных бронхиальной астмой, получавших комплексное лечение в сочетании с курсом инъекций Имунофана, и у третьей группы больных бронхиальной астмой, получавших комплексное лечение в сочетании с курсом инъекций Полиоксидония, регистрировалась более быстрая положительная динамика клинических показателей, нежели у первой группы больных бронхиальной астмой, получавших только комплексную общепринятую терапию. Так, у второй и третьей групп больных бронхиальной астмой уже через 2-5 дней (в среднем через 3 дня) от начала иммуномодулирующей терапии регистрировалось улучшение общего состояния. Стабильное улучшение показателя ПСВ ($> 80\%$ по данным пикфлоуметрии) констатировалось у них через 2-6 дней (в среднем через 3 дня), а стабильное улучшение среднесуточной лабильности бронхов ($< 20\%$ по данным пикфлоуметрии) – через 2-8 дней (в среднем через 4 дня). Улучшение отхождения мокроты регистрировалось у больных второй и третьей группы уже через 1-2 дня, урежение и исчезновение кашля происходило через 4-8 дней (в среднем через 6 дней), исчезновение влажных и сухих хрипов в лёгких – через 6-8 дней (в среднем через 7 дней) от начала иммуномодулирующей терапии. У первой группы больных бронхиальной астмой, получавших только общепринятую терапию, положительная динамика указанных клинических показателей отмечалась на 2-5 дней позже.

Данные, полученные при повторном исследовании флоуметрических показателей, гемограммы и параметров иммунологической реактивности у наблюдаемых групп детей с тяжёлым течением бронхиальной астмы за 1-2 дня перед выпиской из стационара (период клинической ремиссии), отражены в таблицах 1, 2 и 3.

Как следует из материала, приведенного в таблице 1, у первой группы больных бронхиальной астмой, получавших комплексную общепринятую терапию, в периоде клинической ремиссии констатировалось отсутствие достоверных изменений показателей ФЖЕЛ и ОФВ₁, но констатировались пониженные значения показателей ПСВ ($p < 0,001$), МОС₂₅ ($p < 0,001$), МОС₅₀ ($p < 0,001$), МОС₇₅ ($p < 0,001$), СМОС₂₅₋₇₅ ($p < 0,01$) и СМОС₇₅₋₈₅ ($p < 0,001$). У второй группы больных бронхиальной астмой, получавших комплексное лечение в сочетании с курсом инъекций Имунофана (таблица 1), в периоде клинической ремиссии отмечалось отсутствие достоверных изменений показателей ФЖЕЛ, ОФВ₁, ПСВ и МОС₂₅, но регистрировались пониженные значения показателей МОС₅₀ ($p < 0,02$), МОС₇₅ ($p < 0,05$), СМОС₂₅₋₇₅ ($p < 0,01$) и СМОС₇₅₋₈₅ ($p < 0,001$). У третьей группы больных бронхиальной астмой, получавших комплексное лечение в сочетании с курсом инъекций Полиоксидония (таблица 1), в периоде клинической ремиссии отсутствовали достоверные изменения показателей ФЖЕЛ, ОФВ₁, ПСВ, МОС₂₅ и МОС₅₀, но отмечалось понижение показателей МОС₇₅ ($p < 0,02$), СМОС₂₅₋₇₅ ($p < 0,001$) и СМОС₇₅₋₈₅ ($p < 0,001$). Результаты исследований указывают на то, что у групп больных бронхиальной астмой, получавших иммуномодулирующую терапию, в периоде клинической ремиссии выявлялись нарушения бронхиальной проходимости преимущественно в периферических отделах дыхательных путей.

Исследования показали, что у первой группы больных бронхиальной астмой, получавших комплексную общепринятую терапию (таблица 2), в периоде клинической ремиссии констатировалось достоверное увеличение количества эритроцитов ($p < 0,02$), увеличение абсолютного количества лимфоцитов ($p < 0,01$) и абсолютного количества эозинофилов ($p < 0,02$) в крови. У второй группы больных бронхиальной астмой, получавших комплексное лечение в сочетании с курсом инъекций Имунофана (таблица 2), в периоде клинической ремиссии регистрировалось только небольшое увеличение абсолютного количества лимфоцитов ($p < 0,05$) в крови, тогда как у третьей группы больных бронхиальной астмой, получавших комплексное лечение в сочетании с курсом инъекций Полиоксидония (таблица 2), в периоде клинической ремиссии показатели гемограммы не отличались от таковых у практически здоровых детей.

Таблица 2

Гемограммы у группы больных среднетяжёлой БА, получавших общепринятую терапию, и у групп больных среднетяжёлой БА, получавших лечение в сочетании с Имунофаном и Полиоксидонием ($M \pm m$)

Показатели	Здоровые дети, n = 128	Больные БА, период обострения, n = 158	Больные БА, период клинической ремиссии		
			получавшие общепринятое лечение, n = 46	получавшие лечение в сочетании с Имунофаном, n = 37	получавшие лечение в сочетании с Полиоксидонием, n = 30
Эритроциты, $10^{12}/л$	$4,33 \pm 0,03$	$4,70 \pm 0,08^*$	$4,50 \pm 0,06^*$	$4,36 \pm 0,05$	$4,32 \pm 0,08$
Гемоглобин, г/л	$133,4 \pm 1,1$	$140,5 \pm 1,9^*$	$132,2 \pm 2,3$	$130,2 \pm 1,2$	$135,1 \pm 1,4$
Цветовой показатель	$0,92 \pm 0,01$	$0,90 \pm 0,01$	$0,88 \pm 0,02$	$0,90 \pm 0,02$	$0,93 \pm 0,03$
Лейкоциты, $10^9/л$	$6,72 \pm 0,17$	$7,20 \pm 0,38$	$7,10 \pm 0,40$	$7,07 \pm 0,34$	$6,98 \pm 0,27$
Лейкоцитарная формула, $10^9/л$:					
п/я нейтрофилы	$0,21 \pm 0,01$	$0,21 \pm 0,03$	$0,18 \pm 0,02$	$0,20 \pm 0,03$	$0,19 \pm 0,04$
с/я нейтрофилы	$3,70 \pm 0,09$	$3,26 \pm 0,24$	$3,54 \pm 0,36$	$3,48 \pm 0,27$	$3,65 \pm 0,16$
лимфоциты	$2,33 \pm 0,05$	$2,84 \pm 0,24^*$	$2,79 \pm 0,16^*$	$2,81 \pm 0,21^*$	$2,64 \pm 0,22$
моноциты	$0,32 \pm 0,01$	$0,42 \pm 0,04^*$	$0,33 \pm 0,03$	$0,36 \pm 0,04$	$0,31 \pm 0,06$
эозинофилы	$0,15 \pm 0,01$	$0,46 \pm 0,01^*$	$0,30 \pm 0,05^*$	$0,22 \pm 0,03$	$0,19 \pm 0,03$
СОЭ, мм/ч	$5,5 \pm 0,4$	$9,6 \pm 2,4$	$9,4 \pm 2,6$	$7,2 \pm 2,5$	$6,4 \pm 1,8$

Примечание: «*» – $p < 0,05-0,001$ по сравнению с показателями у практически здоровых детей

У трёх групп наблюдаемых детей со среднетяжёлым течением бронхиальной астмы в периоде клинической ремиссии регистрировались неоднозначные изменения параметров иммунологической реактивности. Так, у первой группы больных бронхиальной астмой, получавших комплексную общепринятую терапию (таблица 3), в периоде клинической ремиссии отмечалось уменьшение относительного количества CD3-лимфоцитов ($p < 0,001$) и CD4-лимфоцитов ($p < 0,05$), уменьшение относительного и абсолютного количества CD8-лимфоцитов ($p < 0,05$, $p < 0,01$) в крови, повышение содержания иммуноглобулинов G ($p < 0,001$), A ($p < 0,001$), M ($p < 0,001$) и резко выраженное повышение содержания иммуноглобулина E ($p < 0,001$) в сыворотке крови, снижение показателей фагоцитарной активности нейтрофилов ($p < 0,001$), фагоцитарного индекса ($p < 0,001$) и НСТ-теста ($p < 0,001$), снижение содержания интерферона-альфа ($p < 0,001$) на фоне выраженного повышения содержания интерлейкина-1бета ($p < 0,001$) и фактора некроза опухолей-альфа ($p < 0,001$) в сыворотке крови. У второй группы больных бронхиальной астмой, получавших комплексное лечение в сочетании с курсом инъекций Имунофана (таблица 3), в периоде клинической ремиссии выявлялось увеличение абсолютного количества CD3-лимфоцитов ($p < 0,01$) и CD4-лимфоцитов ($p < 0,01$), увеличение относительного и абсолютного количества CD20-лимфоцитов ($p < 0,01$, $p < 0,001$) в крови, повышение содержания иммуноглобулина E ($p < 0,001$) в сыворотке крови. У третьей группы больных бронхиальной астмой, получавших комплексное лечение в сочетании с курсом инъекций Полиоксидония (таблица 3), в периоде клинической ремиссии обнаруживалось повышение содержания иммуноглобулина E ($p < 0,01$) в сыворотке крови, понижение показателя фагоцитарной активности нейтрофилов ($p < 0,02$) и понижение содержания интерферона-альфа ($p < 0,001$) в сыворотке крови, тогда как другие показатели иммунологической реактивности у них существенно не отличались от таковых у практически здоровых детей.

Таблица 3

Показатели иммунологической реактивности у группы больных среднетяжёлой БА, получавших общепринятую терапию, и у групп больных среднетяжёлой БА, получавших лечение в сочетании с Имунофаном и Полиоксидонием ($M \pm m$)

Показатели	Здоровые дети, n = 532	Больные БА, период обострения, n = 158	Больные БА, период клинической ремиссии		
			получавшие общепринятое лечение, n = 46	получавшие лечение в сочетании с Имунофаном n = 37	получавшие лечение в сочетании с Полиоксидонием, n = 30
CD3-л, %	53,20 ± 0,68	46,49 ± 1,25*	46,07 ± 1,33*	50,32 ± 1,77	51,74 ± 2,65
CD3-л, 10 ⁹ /л	1,21 ± 0,05	1,32 ± 0,15	1,12 ± 0,10	1,54 ± 0,10*	1,44 ± 0,13
CD4-л, %	49,20 ± 1,32	47,59 ± 1,95	45,01 ± 1,52*	48,70 ± 2,03	48,00 ± 2,40
CD4-л, 10 ⁹ /л	0,59 ± 0,02	0,63 ± 0,07	0,52 ± 0,04	0,73 ± 0,05*	0,69 ± 0,06
CD8-л, %	25,47 ± 0,96	23,51 ± 1,31	21,88 ± 0,86*	22,47 ± 1,89	23,80 ± 1,06
CD8-л, 10 ⁹ /л	0,31 ± 0,01	0,31 ± 0,03	0,25 ± 0,02*	0,34 ± 0,02	0,34 ± 0,02
CD20-л, %	28,20 ± 0,43	28,51 ± 1,05	27,73 ± 0,80	30,70 ± 0,78*	28,00 ± 0,88
CD20-л, 10 ⁹ /л	0,67 ± 0,02	0,80 ± 0,09	0,69 ± 0,06	0,96 ± 0,06*	0,77 ± 0,07
IgG, г/л	1,10 ± 0,05	1,41 ± 0,10*	1,32 ± 0,14*	1,24 ± 0,11	1,11 ± 0,14
IgA, г/л	1,17 ± 0,05	1,78 ± 0,17*	1,61 ± 0,11*	1,21 ± 0,19	1,36 ± 0,15
IgM, г/л	164 ± 41	1287 ± 146*	1257 ± 198*	744 ± 176*	289 ± 44*
IgE, МЕ/мл	0,076 ± 0,003	0,081 ± 0,005	0,075 ± 0,006	0,084 ± 0,007	0,069 ± 0,005
ЦИК, ед. опт. пл.	69,13 ± 1,24	52,84 ± 2,45*	63,96 ± 0,81*	66,00 ± 2,70	61,12 ± 3,12*
ФАН, %	10,67 ± 0,18	8,65 ± 0,39*	8,36 ± 0,12*	10,07 ± 0,42	9,71 ± 0,45
ФИ	19,17 ± 0,75	13,41 ± 0,70*	14,56 ± 0,48*	16,88 ± 1,01	19,25 ± 1,56
НСТ-тест, %	18,7 ± 0,8	8,5 ± 1,7*	6,9 ± 1,2*	15,6 ± 1,6	6,9 ± 1,7*
ИФН-α, пкг/мл	16,3 ± 1,1	472,7 ± 30,8*	425,1 ± 33,1*	41,0 ± 15,9	40,8 ± 16,5
ИЛ-1β, пкг/мл	8,1 ± 1,0	98,4 ± 25,0*	96,7 ± 31,6*	12,2 ± 3,7	37,1 ± 20,0
ФНО-α, пкг/мл					

Примечание: «*» – $p < 0,05-0,001$ по сравнению с показателями у практически здоровых детей

После выписки из стационара катamnестическое наблюдение пациентов осуществлялось в течение года. Наблюдение показало, что у пациентов первой группы, получавших комплексную общепринятую терапию, возникали лёгкие и среднетяжёлые астматические приступы с интервалом в 4-5 недель, но тяжёлых астматических приступов у них не регистрировалось. Таким образом, у больных первой группы отмечалось сокращение общего количества астматических приступов в 1,8 раза; приступы астмы у них купировались β_2 -агонистами и/или М-холинолитиками через небулайзер. У пациентов второй и третьей группы, подвергавшихся во время пребывания в стационаре комплексному лечению в сочетании с курсом инъекций Имунофана и Полиоксидония и получивших в периоде диспансерно-поликлинического наблюдения три повторных курса иммуномодулирующей терапии, эпизоды затруднённого дыхания и лёгкие астматические приступы регистрировались с интервалом в 5-6 недель, что указывает на урежение общего количества приступов в 2,2 раза. Приступы у них легко купировались однократной ингаляцией β_2 -агонистов короткого действия. Развития астматических приступов средней и тяжёлой степени тяжести у пациентов второй и третьей группы, получавших иммуномодулирующую терапию, не отмечалось. Спустя 5-6 месяцев после выписки из стационара пациенты второй и третьей группы были переведены на базисную терапию препаратом Тайлед (по две дозированные ингаляции (4 мг) 2 раза в день).

Результаты исследований свидетельствуют о том, что включение курсов инъекций Имунофана и Полиоксидония в комплексное лечение детей со среднетяжёлым течением atopической бронхиальной астмы во время пребывания в стационаре и в периоде диспансерно-поликлинического наблюдения обеспечивало более быстрое улучшение клинико-функциональных показателей, нормализацию гемограммы и большинства параметров иммунологической реактивности, значительно сокращало количество астматических приступов и увеличивало продолжительность клинической ремиссии, снижало тяжесть течения заболевания.

Заключение

У детей со среднетяжёлым течением atopической бронхиальной астмы в периоде обострения заболевания (после купирования острого астматического приступа) отмечались признаки нарушения бронхиальной проходимости в верхних, средних и периферических отделах дыхательных путей, выявлялись изменения гемограммы, показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета, снижение противомикробной и противовирусной резистентности, высокое содержание провоспалительных цитокинов в сыворотке крови. Включение курсов инъекций иммуномодуляторов нового поколения в комплексное лечение больных бронхиальной астмой во время пребывания в стационаре приводило у более быстрой положительной динамике клинических показателей, улучшению бронхиальной проходимости, нормализации гемограммы и большинства параметров иммунологической реактивности. Проведение больным бронхиальной астмой во время диспансерно-поликлинического трёх повторных курсов иммуномодулирующей терапии с интервалом в три месяца позволило добиться значительного сокращения количества астматических приступов, увеличения продолжительности клинической ремиссии и снижения тяжести течения заболевания. Высокая эффективность иммуномодулирующей терапии, безопасность и доступность, отсутствие осложнений и побочных реакций позволяют рекомендовать широкое использование её в комплексе лечебных мероприятий при среднетяжёлом течении atopической бронхиальной астмы у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Балаболкин, И.И. Бронхиальная астма у детей / И.И. Балаболкин, А.В. Ляпунов, И.В. Рылеева и др. // В кн: Детская аллергология. Руководство для врачей (под ред. А.А. Баранова, И.И. Балаболкина) – Москва, 2006. – С. 298–371.
2. Иллек, Я.Ю. Atopическая бронхиальная астма у детей / Я.Ю. Иллек, Г.А. Зайцева, Н.Г. Муратова. – Киров, 2008. – 160 с.
3. Лебедев, В.В. Имунофан – регуляторный пептид в терапии инфекционных и неинфекционных болезней / В.В. Лебедев, Т.М. Шелепова, О.Г. Степанов и др. – Москва, 1998. – 120 с.
4. Мерков, А.М. Санитарная статистика / А.М. Мерков, Л.Е. Поляков. – Ленинград, 1974. – 312 с.
5. Научно-практическая программа Союза педиатров России и Международного фонда охраны здоровья матери и ребёнка «Бронхиальная астма у детей: диагностика, лечение и профилактика». – Москва, 2004. – 38 с.
6. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – Москва, 1997. – 96 с.
7. Петров, Р.В. Полиоксидоний – препарат нового поколения иммуномодуляторов с известным механизмом действия / Р.В. Петров, Р.М. Хайтов, А.М. Некрасов // Иммунология. – 2000. – № 5 – С. 19–24.

8. Пинегин, Б.В. Отечественный иммуномодулятор «Полиоксидоний»: механизмы действия и клиническое применение / Б.В. Пинегин, А.С. Сараф. – Москва, 2000. – 84 с.

REFERENCES

1. Balabolkin I.I., Lyapunova A.V., Ryleyeva I.V., et al. *Bronkhial'naya astma u detey. V kn. Detskaya allergologiya. Rukovodstvo dlya vrachey* [Bronchial asthma in children. In the book. Children's Allergy. Doctor's guide]. Moscow. 2006. pp. 298–371. (In Russ.).
2. Illek Ya.Yu., Zaytseva G.A., Muratova N.G. *Atopicheskaya bronkhial'naya astma u detey* [Atopic bronchial asthma in children]. Kirov. 2008. 160 p. (In Russ.).
3. Lebedev V.V., Shelepova T.M., Stepanov O.G., et al. *Imunofan – regulyatornyy peptid v terapii infektsionnykh i neinfektsionnykh bolezney* [Imunofan-regulatory peptide in the treatment of infectious and non-infectious diseases]. Moscow. 1998. p. 120. (In Russ.).
4. Merkov A.M., Polyakov L.Ye. *Sanitarnaya statistika* [Health statistics]. Leningrad. 1974. p. 312. (In Russ.).
5. *Nauchno-prakticheskaya programma Soyuza pediatrov Rossii i Mezhdunarodnogo fonda okhrany zdorov'ya materi i rebyonka «Bronkhial'naya astma u detey: diagnostika, lecheniye i profilaktika»* [Scientific and practical program of the Union of pediatricians of Russia and the International Fund for maternal and child health “Bronchial asthma in children: diagnosis, treatment and prevention”]. Moscow. 2004. p. 38. (In Russ.).
6. *Natsional'naya programma «Bronkhial'naya astma u detey. Strategiya lecheniya i profilaktika»* [National program of “Bronchial asthma in children. Treatment strategy and prevention”]. Moscow. 1997. p. 96. (In Russ.).
7. Petrov R.V., Khaitov R.M., Nekrasov A.M. *Polioksidoniy – preparat novogo pokoleniya immunomodulyatorov s izvestnym mekhanizmom deystviya* [Polyoxidonium- a new generation of immunomodulators with a known mechanism of action]. *Immunologiya* [Immunology], 2000, no. 5, pp. 19–24. (In Russ.).
8. Pinegin B.V., Saraf A.S. *Otechestvennyy immunomodulyator «Polioksidoniy»: mekhanizmy deystviya i klinicheskoye primeneniye* [Domestic immunomodulator “Polyoxidonium”: mechanisms of action and clinical application]. Moscow. 2000. p. 84. (In Russ.).

Материал поступил в редакцию 03.12.19

IMMUNOMODULATORY THERAPY IN CHILDREN WITH MODERATE BRONCHIAL ASTHMA

Ya.Yu. Illek, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Pedonology
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
“Kirov State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
(610998, Russia, Kirov, str. K. Marks, 112)
E-mail: yanillek@gmail.com

L.L. Ryseva, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Pedonology
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
“Kirov State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
(610998, Russia, Kirov, str. K. Marks, 112)
E-mail: yanillek@gmail.com

E.Yu. Tarasova, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Pedonology
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
“Kirov State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
(610998, Russia, Kirov, str. K. Marks, 112)
E-mail: yanillek@gmail.com

I.Yu. Mishchenko, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Pedonology
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
“Kirov State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
(610998, Russia, Kirov, str. K. Marks, 112)
E-mail: yanillek@gmail.com

G.V. Solovyova, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Pedonosology
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
“Kirov State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
(610998, Russia, Kirov, str. K. Marks, 112)
E-mail: yanillek@gmail.com

I.G. Suyetina, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Pedonosology
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
“Kirov State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
(610998, Russia, Kirov, str. K. Marks, 112)
E-mail: yanillek@gmail.com

M.L. Vyaznikova, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Pedonosology
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
“Kirov State Medical University” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation
(610998, Russia, Kirov, str. K. Marks, 112)
E-mail: yanillek@gmail.com

***Abstract.** Purpose of research. Evaluation of the effectiveness of immunomodulatory therapy in children with moderate atopic asthma. Material and methods. Children with moderate atopic bronchial asthma were monitored and their clinical indicators, respiratory function, hemogram and immunogram were examined during the period of exacerbation of the disease and at the onset of clinical remission. The observed patients were divided into three groups depending on the nature of the treatment measures. The first group of patients with bronchial asthma received complex conventional therapy, the second group of patients with bronchial asthma received complex treatment in combination with Imunofan injection courses, and the third group of patients with bronchial asthma received complex treatment in combination with Polyoxidonium injection courses. Results. In the second and third groups of patients with bronchial asthma, compared with the first group of patients, there was a faster positive dynamics of clinical indicators, improved respiratory function, normalization of the hemogram and most parameters of immunological reactivity, and an increase in the duration of clinical remission.*

***Keywords:** children, bronchial asthma, clinical and laboratory indicators, immunomodulatory therapy, clinical remission.*

=====
Social medicine and public health organization
Социальная медицина и организация здравоохранения
=====

UDC 61

SOCIAL AND LEGAL ASPECTS OF MATERNITY IN BULGARIA

T. Veselinova, PhD, Assistant Professor, Lecturer
Department of Public Health, Faculty of Public Health
Medical University, Sofia
(1431, Bulgaria, Sofia, Blvd Academician Ivan Evstratiev Geshov, 15)
Email: tanq_veselinova@abv.bg

D. Khadzideleva, PhD, Associate Professor, Lecturer
Department of Public Health, Faculty of Public Health
Medical University, Sofia
(1431, Bulgaria, Sofia, Blvd Academician Ivan Evstratiev Geshov, 15)
Email: tanq_veselinova@abv.bg

P. Kantareva, PhD, Assistant Professor, Lecturer
Department of Public Health, Faculty of Public Health
Medical University, Sofia
(1431, Bulgaria, Sofia, Blvd Academician Ivan Evstratiev Geshov, 15)
Email: tanq_veselinova@abv.bg

Abstract. *Healthy women and safe maternity ensure the reproduction of the population and thus the overall development of the country. The law and legislation of Bulgaria prioritize the health care of a female mother. this includes: paid leave before and after childbirth; free obstetric care aimed at insurance of pregnancy, childbirth and maternity; softening of working conditions and other social assistance. The necessity of social-legal protection of maternity and childhood is a manifestation of the social policy of the state, and it is on the basis of moral-ethical, science-physiological and social political achievements. The purpose of present report is directed to research the Law and Legislation Regulation, and legal-social measures regarding the protection of maternity in Bulgaria.*

Keywords: *maternity, protection of maternity, law and legislation regulation, legal-social measures.*

Protecting of maternity and childhood represents complex system of state and public activities, social-economical and prophylactic-caring measures, directed to preserving and improving health of women and children, creating opportunities for beneficial combination of maternity and other public roles of the woman and providing conditions for the total development of children. These activities are directed to:

- Guarantee of civil rights of women;
- Protection of women's labor and the labor of the grown up children;
- Social insurance of pregnant women and mothers;
- Material and moral stimulation of maternity;
- Prophylactic-caring assistance of women and children. [2]

The health of women, their reproduction behavior and security of maternity guarantee the reproduction of the population and hereby the total development of the country.

The Law and Legislation Regulation System in Bulgaria provide priority care of health of woman-mother. [15].

The Constitution of Republic of Bulgaria defends the civil rights of the woman – equality with men, concerning the right for labor and participation in public and social life. At the same time, it ensures special privileges of the woman regarding her reproduction abilities. “The woman-mother is under special protection

of the state, which provides her with paid leave before and after childbirth, free obstetrics care, relief of labor and other social assistance.” (Constitution of Republic of Bulgaria, article 47) [1].

The Health Law arranges the public relationships, connected with the health of citizens. Provision of accessible and qualified health care with priority for children, pregnant and women with children under one year, are among the basic principles for ensuring the protection of health of these groups persons from the side of the state. Special section from the Health Law concerns the reproduction health. In it is defined that for the provision of non-risk maternity, every woman has right to access to health activities, directed to insurance of optimum health condition of the woman and the fetus – from beginning of pregnancy until 42-th day of newly-born baby (article 127, line 1). Necessary activities are determined and the complications confronting the life and the health of the mother or fetus are included in the range for medical assistance in emergencies, organized and financed by the country. [3].

According to the Law on Health Insurance in the range of medical care for health ensured people are involved medical help during pregnancy, childbirth and maternity. The pregnant women use free medical services by National Health Insurance Fund, as they have the right to choose the observation by obstetrician. The monitoring of a normal pregnancy in Bulgaria is carried out by the GP or a specialist in obstetrics and gynecology selected by the pregnant woman. At establishing a risk the pregnancy is obligatory observed by obstetrician. The pregnant women have the right for free choice of hospital for childbirth. They should not pay for hospital care during pregnancy, in case they need it (article 46, point 6). [5].

The range and order for giving free obstetric care for health uninsured women is regulated in Ordinance № 26 (from 14.06. 2007) for Giving Obstetric Care for Health Uninsured Women and for Medical Check outside of the Range of Obligatory Health Insurance of Children and Pregnant Women. The financing of these activities is realized by money transfer from Ministry of Health. A prophylactic review and necessary pregnancy tests are provided, as well as obstetric care regardless of the way of delivery. The ordinance determines that every doctor can direct the pregnant woman for obstetric care, as well as that uninsured pregnant women have the right of free choice of hospital for birth on the territory of the total country. [12].

The Medical Standard according to Obstetrics and Gynecology is a medical regulation document, directed to the women health in the area of Obstetrics and Gynecology. In Chapter XI and XX (unit VI) is regulated the essence of medical activities in planning, diagnosing, observing of normal pregnancy, childbirth and postpartum period at the different levels of responsibility. The factors, which determine the increased risk for pregnancy and which impose expanding the tracking algorithm for normal pregnancy are described there, too. [7].

The Ordinance № 1 (from 08.02.2011, section III, article 6) Professional Activities, which Midwives Can Make Independently or after Prescribing by a Doctor, changes in the Health Law (article 123) and the Law on Medical Institutions (article 2, line 4 and article 17a) are important steps in Bulgarian Health Legislation. These changes give opportunity for independence of the midwife in her activities connected with promotion, prevention and prophylactics of women’s and mothers’ health. [3, 6, 10].

The Program “Maternity Healthcare” of National Health Insurance Fund is directed especially to the pregnant women and young mothers, as it regulates activities connected with prenatal care during normal pregnancy, pregnancy in risk, as well care until 42-th day after the birth. The Ordinance № 39 of Ministry of Health for prophylactic examinations and observation and care in Appendix № 2, article 5, line 2 determines the kind and frequency of examinations and medical check-ups for pregnant women, women in risk pregnancy and young mothers. [13, 16].

The National Health Strategy 2014-2020 [8] is also directed to creating of conditions for stable improvement of maternal and children care. It accepts total integrative principle included in the Strategy of European Union, which is directed to intellectual and stable growth.

The National Health Strategy 2014-2020 outlines the key challenges, which confront our country regarding protection of maternity and childhood. They are:

- High level of maternal and child death;
- High level of premature births;
- Lack of integral approach for the care of pregnant women and children.

The National Health Strategy 2014-2020 points out the ways for managing with these challenges for example introducing of integral approach for medical care of pregnant women, mothers and babies. This approach includes the period before pregnancy, during the pregnancy, birth and postpartum, the period of newborn and child’s first year with all their needs and necessities. The important step in this direction is the application of active communicative approaches for promoting of health culture and awareness of young people in the area of sexual and reproduction health, prevention from sexual transmissible infections, nutrition, care

for breastfeeding babies and small children and etc. [8, 21].

The National Program for improvement of maternal and children health is in execution of accepted National Health Strategy 2014-2020. It is directed to improvement of maternal and children health through encouragement and support for good practices, promotion of health and better access to health care. [9]

The necessity from legal-social protection of maternity and childhood, guaranteed by the enlisted documents is an expression of social policy of the country and is based on moral-ethical, science-physiological and social-political achievements. [17].

Legal-social measures for protection of maternity and childhood are grouped in several basic directions:

➤ **Security and safety of women's labor**

The Labor Code prohibits night and additional work (with exception of their written agreement) of three categories of women-workers and women-officials: pregnant women, mothers with children until 6 years old and mothers who take care of children with disability, independently of their age. [4].

In article 307, line 1 in Labor Code is pointed out, that the employer can't assign and oblige pregnant and breastfeeding women to do duties, which put into risk or endanger their security and health. The pregnant woman and breastfeeding woman can refuse doing of work, which is determined as harmful for the health of the mother or the child, or which after the risk assessment is defined, that presents essential risk for the health of mother or her child. [4]

According to article 309 of Labor Code the employer is obliged to undertake the necessary measures for temporary re-employment of pregnant or breastfeeding women and together with Health authorities to determine vacancies suitable for pregnant and breastfeeding women every year. [4].

According to lines 5 and 6 of article 333 of Labor Code pregnant women, women using leave due to pregnancy and childbirth and mothers of children until 3 years old are under protection from dismissing. [4].

The employer can not send on business trip pregnant woman or mother of child until 3 years without her written agreement (article 310 from Labor Code). [4].

➤ **Leave due to pregnancy, childbirth and taking care of small children**

✓ The Labor Code regulates the right of insured mothers for leave due to pregnancy and childbirth which duration is 410 calendar days. The leave due to pregnancy and childbirth for the period of 135 calendar days is on the basis of sick notes. The remaining 275 calendar days are based on written application to the employer. The employer is indebted to permit the leave from the day, pointed in the application from the mother. The leave due to pregnancy and childbirth is distributed in 3 sick notes, as following:

- 45 calendar days before the childbirth. The beginning of the leave due to pregnancy is determined from estimated date of birth according to the medical criteria. The sick note is issued for 45 days before this date by the doctor, observing the pregnancy.

- 42 calendar days after the birth – this sick note is issued from Maternity department. If the birth happened without medical observation, the sick leave is given by the GP of the young mother.

- 48 calendar days, as a continuation of the previous sick note – by the child's pediatrician or the GP of the young mother. In the occasions when the child needs medical observation and care the sick note is issued by Special Medical Committee from the hospital department, where the child is. If the child dies, or if the mother refuses to take care before expiring the previous sick note /for 42 calendar days/, the new one for 48 days isn't issued. [4, 20].

- ✓ Paid leave for caring of child until it becomes 2 years old – After expiring of leave due to pregnancy and birth, the employed women (workers or officials) including adopting mothers have the right for paid leave until the child becomes 2 years old, if necessary.

- ✓ Leave for breastfeeding and feeding of the small child – The breastfeeding women (workers or officials) have the right to use leave for breastfeeding or feeding the small child until the baby becomes 8 months. The leave is paid by the employer.

- ✓ Unpaid leave for taking care of the children over 2 years – Each one of the parents has the right to use unpaid leave maximum 6 months until the child becomes 8 years old. This unpaid leave is recognized as employment and insurance period, as well.

- ✓ Leave for sick children. [19, 20].

➤ **Reduction of working time of women-mothers** – Concerning the opportunity for combining family

and professional life, the employed mothers have got the possibility to negotiate with their employers for not full work time. According to Ordinance to Work Code, the employer is obliged to give free time to pregnant employed woman (worker or official) for medical check-ups during the work time, if necessary. [4, 20].

➤ **Money support at childbirth and childcare** – The mother has got the right for definite sum of money at childbirth, independently from the family incomes, if the child is not left for caring in special institution for childcare. The size of this money support is determined every year by the Ministry of Labor and Social Policy and it is defined considering the order of the child (first, second, third and so on). If the mother has got one child and the second are twins, each of them receives money support as second child. Monetary assistance is provided to mothers with status of regular students. Monthly money support for caring children is also provided for families with low incomes, for children with permanent disabilities, independently of the family budget etc. [19].

➤ **Development of different institutions for medical check-ups and prophylactic treatment for pregnant women, mothers and children** – Prenatal Care Centers, Obstetrics and Gynecological Departments, Maternal Hospitals, Centers for Children's Care and so on. [17].

The Strategy of World Health Organization "Health 2020" points out: "The support of maternal and children health requires wide range of measures, not only in the area of health sector. It is necessary participation and coordination of the Government, Private sector and Non-Governmental Organizations" [18]. In other words the increase of quality of maternal and children care must be realized through exchange of good practices and system of communication between State and Non-Governmental Sector, as well as consensus between different medical and other specialists, engaged with maternal and children health. The integration of health and social services for pregnant women, mothers and babies requires the development of capacity for realization of processes of coordination. This imposes making out and applying total inter-sector policy for protection of health of pregnant women, mothers and children. [18].

REFERENCES

1. Constitution of Republic of Bulgaria.
2. Grancharova, G.S. Social Medicine, publishing house of Medical University / G.S. Grancharova, Alexandrova-Jankulovska – Pleven, 2016.
3. Health Law, chapter 4, section II, article 127, line 1, 2005.
4. Labor Code from 1987, latest amendment to the State Gazette, issue 105/30.12.2016.
5. Law on Health Insurance, article 46, point 6.
6. Law on Medical Institutions (article 2, line 4 and article 17a), State Gazette, issue 59/20.07.2007.
7. Medical Standard according to Obstetrics and Gynecology.
8. National Health Strategy 2014-2020.
9. National Program for improvement of maternal and children health 2014-2020.
10. Ordinance № 1 (from 08.02.2011, section III, article 6) Professional Activities, which Midwives Can Make Independently or after Prescribing by a Doctor, State Gazette, issue 15/ 08.02. 2011.
11. Ordinance № 19/22.12.2014 on the adoption of a Medical Standard according to Obstetrics and Gynecology, State Gazette, issue 106/23.12.2014.
12. Ordinance № 26 (from 14.06. 2007) for Giving Obstetric Care for Health Uninsured Women and for Medical Check outside of the Range of Obligatory Health Insurance of Children and Pregnant Women.
13. Ordinance № 39, annex № 3/2004 on preventive examinations.
14. Ordinance № 41/200 on the Validation of Medical Standards in General Medical Practice, State Gazette, issue 1/2006.
15. Popova St. Social Medicine / St. Popova, A. Kerecovska. – Varna: "Steno", 2015.
16. Program "Maternity Healthcare".
17. Stoimenov, G., Contemporary prenatal care. Publ. "Medicine and sport", 1979.
18. Strategy of World Health Organization "Health 2020".
19. <https://www.mlsp.government.bg>.
20. <https://lex.bg/laws> Ordinance on working hours, holidays and vacations.
21. www.parliament.bg/pub/cW/2015112003004INZS-2020.

REFERENCES

1. *Constitution of Republic of Bulgaria*. (In English).
2. Grancharova G.S., Alexandrova-Jankulovska. *Social Medicine, publishing house of Medical University*. Pleven. 2016. (In English).
3. *Health Law*, chapter 4, section II, article 127, line 1, 2005. (In English).
4. *Labor Code from 1987, latest amendment to the State Gazette*, issue 105/30.12.2016. (In English).
5. *Law on Health Insurance*, article 46, point 6. (In English).

6. *Law on Medical Institutions* (article 2, line 4 and article 17a), *State Gazette*, issue 59/20.07.2007. (In English).
7. *Medical Standard according to Obstetrics and Gynecology*. (In English).
8. *National Health Strategy. 2014-2020*. (In English).
9. *National Program for improvement of maternal and children health. 2014-2020*. (In English).
10. *Ordinance № 1* (from 08.02.2011, section III, article 6) *Professional Activities, which Midwives Can Make Independently or after Prescribing by a Doctor*, *State Gazette*, issue 15/ 08.02. 2011. (In English).
11. *Ordinance № 19/22.12.2014 on the adoption of a Medical Standard according to Obstetrics and Gynecology*, *State Gazette*, issue 106/23.12.2014. (In English).
12. *Ordinance № 26* (from 14.06. 2007) *for Giving Obstetric Care for Health Uninsured Women and for Medical Check outside of the Range of Obligatory Health Insurance of Children and Pregnant Women*. (In English).
13. *Ordinance № 39, annex № 3/2004 on preventive examinations*. (In English).
14. *Ordinance № 41/200 on the Validation of Medical Standards in General Medical Practice*, *State Gazette*, issue 1/2006. (In English).
15. Popova St., Kerecovska A. *Social Medicine*. Varna, Steno. 2015. (In English).
16. *Program "Maternity Healthcare"*. (In English).
17. Stoimenov G., *Contemporary prenatal care*. Publ. Medicine and sport. 1979. (In English).
18. *Strategy of World Health Organization*. Health. 2020. (In English).
19. *Ministerstvo na truda i sotsialnata politika* [Ministry of labor and social policy]. Available at: <https://www.mlsp.government.bg>. (In English).
20. *B'lgarski praven portal* [Bulgarian legal portal]. Available at: <https://lex.bg/laws> Ordinance on working hours, holidays and vacations. (In English).
21. www.parliament.bg/pub/cW/2015112003004INZS-2020. (In English).

Материал поступил в редакцию 04.02.20

СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МАТЕРИНСТВА В БОЛГАРИИ

Т. Веселинова, PhD, ассистирующий профессор, преподаватель
кафедра здравоохранения, факультет здравоохранения
Медицинский университет
(1431, Болгария, София, бул. Академик Иван Евстратиев Гешов, 15)
Email: tanq_veselinova@abv.bg

Д. Хадзиделева, PhD, доцент, преподаватель
кафедра здравоохранения, факультет здравоохранения
Медицинский университет
(1431, Болгария, София, бул. Академик Иван Евстратиев Гешов, 15)
Email: tanq_veselinova@abv.bg

П. Кантарева, ассистирующий профессор, преподаватель
кафедра здравоохранения, факультет здравоохранения
Медицинский университет
(1431, Болгария, София, бул. Академик Иван Евстратиев Гешов, 15)
Email: tanq_veselinova@abv.bg

Аннотация. *Здоровые женщины и безопасное материнство обеспечивают воспроизводство населения и тем самым общее развитие страны. Закон и законодательство Болгарии ставят в приоритет заботу о здоровье женщины-матери, это предусматривает: оплачиваемый отпуск до и после родов; бесплатная акушерская помощь, направленная на страхование беременности, родов и материнства; смягчение условий труда и другая социальная помощь. Необходимость социально-правовой охраны материнства и детства является проявлением социальной политики государства, и она базируется на морально-этических, научно-физиологических и социально-политических достижениях. Цель настоящего доклада заключается в исследовании законодательства и нормативно-правового регулирования, а также правовых и социальных мер, касающихся охраны материнства в Болгарии.*

Ключевые слова: *материнство, охрана материнства, правовое и законодательное регулирование, социально-правовые меры.*

УДК 323.01

ЗАБОЛЕВАНИЕ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Н.В. Русу-Радзикевич, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии
Государственный университет медицины и фармации «Николае Тестемицану»
(MD2004, Молдова, Кишинёв, проспект Штефана чел Маре, 165)
Email: natalia.rusu@usmf.md

М.К. Радзикевич, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии
Государственный университет медицины и фармации «Николае Тестемицану»
(MD2004, Молдова, Кишинёв, проспект Штефана чел Маре, 165)
Email: natalia.rusu@usmf.md

***Аннотация.** При заболевании околоушных слюнных желез иногда сложно, на основании клинических и параклинических данных, поставить правильный диагноз. В некоторых случаях, точное заболевание железы можно выявить только на основании гистопатологического исследования. В клиническом случае, описанном в статье различными специалистами, были поставлены разные диагнозы и только иммуногистохимический анализ помог поставить правильный диагноз – плеоморфная аденома околоушной слюной железы слева.*

***Ключевые слова:** околоушная слюнная железа, ложный паротит Герценберга, слюннокаменная болезнь, Неходжкинская лимфома.*

Клинический случай. На консультацию в отделение челюстно-лицевой хирургии обратилась пациентка П.С., ж /47 лет. На основании ее жалоб был поставлен диагноз ложный паротит Герценберга слева.

Анамнез настоящего заболевания: жалобы пациентки при поступлении: невыраженная боль и отечность в области околоушной слюной железы, слабость, температура тела 37,8 °С. На день курации имелись жалобы на незначительную слабость.

Развитие и течение болезни: со слов пациентки, в октябре 2019 года она обратилась с припухлостью в подчелюстной области справа к семейному врачу, которым и была направлена в онкологическую поликлинику. Было сделано УЗИ околоушной слюнной железы слева. В описании УЗИ было указано, что в околоушной области слева имеются два образования, с пониженной эхогенностью, неоднородные с неровными контурами, размеры которых составляли 2,6 см на 1,7 см и 2,5 см. Часто, образования в железе могут быть схожи со слюннокаменной болезнью [1]. Также была проделана пункция для цитологического анализа, которая показала наличие воспалительного процесса в области припухлости. Было также проведено УЗИ внутренних органов. При обследовании мочеполовой системы патологических изменений не было обнаружено. При обследовании брюшной полости на УЗИ были обнаружены незначительные изменения в области поджелудочной железы и хронический холецистит. Пациентка утверждает, что общих заболеваний организма нет. По данным литературы, патологические изменения в слюнных железах могут проявляться при сахарном диабете [2].

Был назначен медикаментозный курс лечения: антибиотики, противовоспалительные препараты, десенсибилизирующие препараты. После данного лечения припухлость уменьшилась, но спустя 2 недели после лечения появилась новая припухлость в области околоушной железы также слева. Было проведено еще одно хирургическое вмешательство в конце ноября месяца. Биопсия лимфатического узла в околоушной слюной железе, а также обнаружилось гнойное выделение в железе, которое

было отправлено на посев. В посеве был обнаружен пептострептококк – род анаэробных грамположительных неспорообразующих бактерий из семейства Peptostreptococcaceae. Пептострептококки – медленно растущие бактерии с повышенной устойчивостью к антимикробным препаратам [3].

Было назначено медикаментозное лечение: антибиотик Ровамицин млн ME×3 раза в день пять дней и противогрипковые препараты. Затем спустя неделю был назначен семидневный курс метрозола – по 250 mg x3 раза/день.

В течение данного времени вновь появилась уплотненная припухлость в области околоушной слюной железы, спереди козелка ушной раковины.

Объективное исследование: при общем осмотре состояние больного – удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, походка уверенная, осанка прямая, выражение лица обычное. Шея средних размеров. Кровенаполнение сосудов шеи нормальное, ограничения движения нет, щитовидная железа не пальпируется.

Status localis: асимметрия лица из-за припухлости в области околоушной слюной железы слева. Кожные покровы физиологической окраски, сыпи, рубцов нет. Носогубные, подбородочные складки не выражены. Углы губ находятся на одном уровне; трещин, заед, высыпаний нет. Губы физиологической окраски. Лимфоузлы: околоушные лимфатические узлы слева увеличены до 3-4 см и слегка болезненны, мягко-эластической консистенции с гладкой поверхностью, подвижны, с окружающими тканями не спаяны, подчелюстные лимфоузлы слева слегка увеличены, безболезненные, мягкой эластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижны, с окружающими тканями не спаяны. Оба височно-нижнечелюстных сустава безболезненны, кожа над суставами не изменена, припухлости нет; активные и пассивные движения в полном объеме, безболезненны. Точки выхода ветвей тройничного нерва безболезненны. Слизистая преддверия полости рта розовая, налетов, кровоизлияний нет. Уздечки верхней и нижней губы физиологической окраски, целостность слизистой сохранена, кровоизлияний, налетов нет. Стеновые протоки справа и слева открываются на слизистой щеки на уровне вторых верхних моляров; слизистая вокруг устьев физиологической окраски, отека нет; при массаже околоушных слюнных желез справа из устья протока свободно выделяется бесцветная, прозрачная слюна серозного характера, слева при массаже слюна не выделяется. Язык высовывается по срединной линии, имеется белый налет; сосочки выражены, отпечатков зубов нет. Слизистая дна полости рта физиологической окраски, налетов, кровоизлияний нет. Подъязычные валики хорошо выражены, слизистая физиологической окраски. Слизистая подъязычных сосочков не гиперемирована, из устьев вартоновых протоков справа и слева при массаже подчелюстных слюнных желез свободно выделяется бесцветная, прозрачная слюна серозно-слизистого характера. Слизистая твердого и мягкого неба физиологической окраски, налетов, кровоизлияний нет. Отмечается незначительная гиперемия небных дужек. Задняя стенка глотки гладкая, блестящая, физиологической окраски; налетов, кровоизлияний нет. Миндалины физиологической окраски, налетов кровоизлияний, гнойных пробок, гнойников лакунах нет.

Клинический диагноз: ложный паротит Герценберга слева.

Пациентка была госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии, где были проведены дополнительные методы обследования: повторное УЗИ, в описании было указано о наличии двух камней в протоке околоушной слюной железы слева, величина которых составляет 4×2,4 мм в диаметре другой 0,5 мм в диаметре. Абсцесс в области околоушной слюной железы слева, увеличение региональных лимфатических узлов слева: диаметр околоушных лимфатических узлов составляет 5×2 мм и 7×2 мм, размер подчелюстных лимфатических узлов 5,6×4 мм и 12×7 мм (рисунок 1).

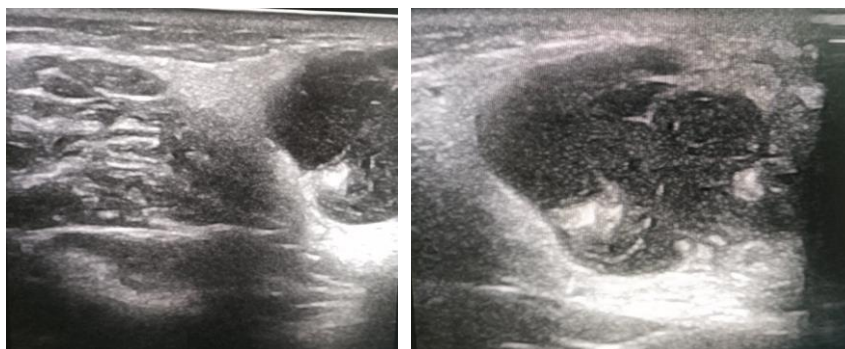


Рис. 1. УЗИ околоушной слюной железы слева

Был проведен рентген легких, патологических изменений не было обнаружено (рисунок 2).

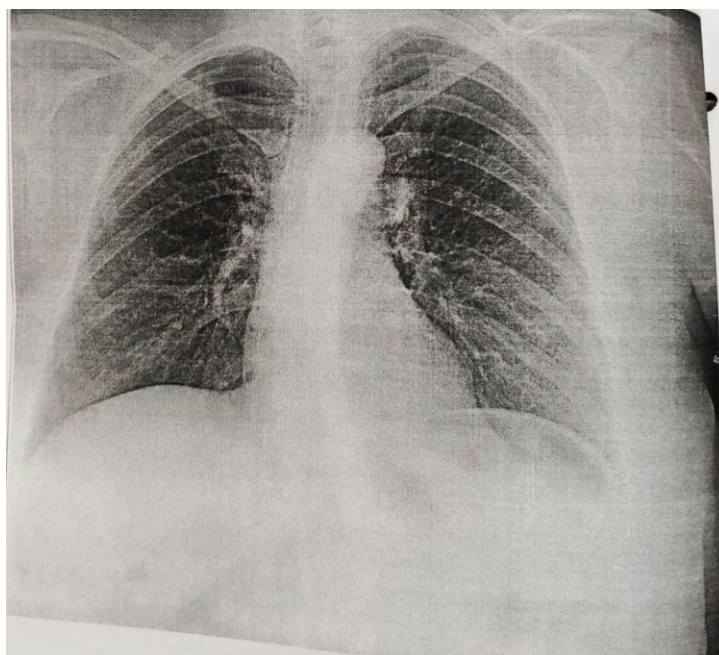


Рис. 2. Рентген грудной клетки

Легочной рисунок прозрачный, без узловых и инфильтративных образований.

Были проведены лабораторные методы исследования. Общий анализ крови: гемоглобин – 141 г/л, эритроциты – $5,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $10,1 \times 10^9$ /л, гематокрит – 44 %, тромбоциты – 369×10^9 /л, палочкоядерные – 7 %, сегментоядерные – 72 %, лимфоциты – 15 %, моноциты – 5 %, плазматические клетки – 1, скорость оседания эритроцитов 11 мм/ч. Биохимический анализ крови: мочевая кислота – 309, аланин-аминотрансфераза – 37 Ед/л, аспартат-аминотрансфераза – 22 Ед/л, билирубин прямой – 2 мкмол/л, билирубин непрямой – 7 мкмол/л, общий билирубин – 9 мкмол/л, холестерол – 6,9 ммол/л, креатинин – 82, глюкоза – 4,8 ммол/л, мочевины – 4,5 ммол/л. Анализ мочи: реакция кислая, цвет желтый, прозрачная, плотность – 1002, плоский эпителий – 7-9, лейкоциты – 2-4, эритроциты – 1-2.

Компьютерная томография лицевых костей и околоносовых пазух в костях лицевого скелета патологических изменений не выявило. Плотных внутричерепных образований не было обнаружено. Серое и белое вещество в нормальном развитии, с обычными денситометрическими значениями. Задняя черепная ямка без образований. Мозговые желудочки слегка расширены, расположены симметрично. Не выявились симптомы внутричерепного давления. Мозговые полушария и мозжечок имеют выраженные кортикальные извилины. Базальные цистерны симметричны. Щель между полушариями головного мозга расположена по средней линии. Турецкое седло и гипофиз в пределах нормы. Околоносовые пазухи и ячейки сосцевидного отростка развиты в пределах нормы, пневматизированные, четко выражены. Содержимое орбит в норме. Околоушная слюнная железа слева увеличена, 22×42 мм, уплотнена, с неправильными контурами (рисунок 3).



Рис. 3. Компьютерная томография околоушных слюнных желез

Было назначено медикаментозное и хирургическое лечение: Цефтриаксон по 1г×2 раза в день, 7 дней, Микосист, десенсибилизирующие препараты.

Под общим эндотрахиальным наркозом было проведено хирургическое вмешательство: разрез в передишной области слева по рубцу (1,5 месяца назад проводилась биопсия увеличенных лимфатических узлов), острым и тупым путем проникли к образованию железы, которая охватывала практически всю околоушную железу слева. Образование в области предыдущего разреза была спаяна с мягкими тканями, с других поверхностей отслаивалась от тканей тупым путем с отслоением от опухоли веточек лицевого нерва. Удаление образования, послойное ушивание раны, дренирование раны, наложена повязка и бандаж. Макроскопически образование около 5 см, желто-фиолетового цвета, схожа с плеоморфной аденомой.

Результат гистопатологического исследования: образование мягких тканей желто-фиолетового цвета, диаметром 5,0×2,5×2,0 см (при макроскопическом осмотре). Гистопатологический диагноз: клиника Неходжкинской лимфомы. Для установления происхождения патологического процесса рекомендуется иммуногистохимический анализ.

Далее пациентка была направлена на консультацию к врачу гематологу и онкологу. При повторном клиническом и гистопатологическом исследовании диагноз Неходжкиская лимфома не был подтвержден, была диагностирована плеоморфная аденома околоушной слюной железы слева.

Вывод: Для правильной диагностики заболевания околоушной железы нужно тщательно собрать анамнез, осмотреть клинически и практическими методами все системы организма пациента, чтобы убедиться, что данное заболевание не является общим, либо злокачественным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулсалимов, М.Р. Органосохраняющие методы лечения больных со слюнокаменной болезнью: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Р. Абдулсалимов. – М., 2006. – с. 35.
2. Лоскутова, Т.В. Комплексная диагностика и оценка результатов заболевания слюнных желез у больных с сахарным диабетом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.В. Лоскутова. – Пермь, 2006. – с. 19.
3. Огородова, Л.М. Сравнительный анализ орофарингеальной микробиоты у больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой различной степени тяжести / Л.М. Огородова, С.В. Федосенко, А.С. Попенко и др. – Россия, Томск, 2015. – с. 672.

REFERENCES

1. Abdulsalimov M.R. *Organosakhryayushchiye metody lecheniye bol'nykh s slyunokamennoy bolezni. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Organ-preserving methods of treatment of patients with salivary stone disease. Thesis]. Moscow. 2006. p. 35 (In Russ.).
2. Loskutova T.V. *Kompleksnaya diagnostika i otsenka rezul'tatov zabolevaniye slyunnykh zhelez u bol'nykh s sakharnym diabetom. Avtoref. dis. ... kand. med. nauk* [Comprehensive diagnosis and evaluation of results salivary gland disease in patients with diabetes mellitus. Thesis.]. Perm. 2006. p. 19 (In Russ.).
3. Ogorodova L.M., Fedosenko S.V., Popenko A.S. *Sravnitel'nyy analiz orofaringeal'noy mikrobioty u bol'nykh khronicheskoy obstruktivnoy boleznyu legkikh i bronkhial'noy astmoy razlichnoy stepeni tyazhesti* [Comparative analysis of the oropharyngeal microbiota in patients with chronic obstructive pulmonary disease and bronchial asthma of varying severity]. Russia, Tomsk. 2015. p. 672 (In Russ.).

Материал поступил в редакцию 29.01.20

PAROTID SALIVARY GLAND DISEASE

N.V. Rusu-Radzikevich, Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department of Maxillofacial Surgery
Nicolae Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy
(MD2004, Moldova, Chișinău, Ștefan cel Mare Blvd, 165)
Email: natalia.rusu@usmf.md

M.K. Radzikevich, Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department of Maxillofacial Surgery
Nicolae Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy
(MD2004, Moldova, Chișinău, Ștefan cel Mare Blvd, 165)
Email: natalia.rusu@usmf.md

***Abstract.** It is sometimes difficult to make a correct diagnosis based on clinical and paraclinical data with parotid salivary gland disease. In some cases, the exact disease of the gland can be detected only on the basis of histopathological research. In the clinical case described in the article, different specialists made different diagnoses and only immunohistochemical analysis helped to make the correct diagnosis- pleomorphic adenoma of the parotid saliva gland on the left.*

***Keywords:** parotid salivary gland, false Herzenberg mumps, salivary stone disease, non-Hodgkin 's lymphoma.*

УДК 616-002.5 (075.8)

ИСТОРИЯ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

В.Д. Адамова, студент второго курса медико-профилактического дела
медицинский институт
Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова,
(677000, Россия, Якутск, ул. Белинского, 58)
Email: kirrmr@mail.ru

В.Г. Слепцов, студент пятого курса педиатрического отделения
медицинский институт
Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова,
(677000, Россия, Якутск, ул. Белинского, 58)
Email: kirrmr@mail.ru

Н.А. Гуляева, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры инфекционных болезней, фтизиатрии и дерматовенерологии
медицинский институт
Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова,
(677000, Россия, Якутск, ул. Белинского, 58)
Email: kirrmr@mail.ru

***Аннотация.** В данной статье анализируются основные аспекты истории лечения туберкулеза. Также в статье говорится об известных писателях, которые были больны туберкулезом.*

***Ключевые слова:** туберкулез, лечение, писатели.*

Туберкулёз – это широко распространённое в мире заболевание, вызываемое бактерией типа *Mycobacterium tuberculosis*, которая чаще всего поражает лёгкие человека.

Передаётся заболевание воздушно-капельным путём, заразиться можно от инфицированного даже при разговоре, а также при кашле, чихании или использовании бытовых предметов, бывших в употреблении больного. До XX века туберкулёз часто назывался «чахоткой» и был практически неизлечим. Чахотка описана ни в одном литературном произведении, где сюжетная линия часто переплетается с болезнью героев, причём самой болезни авторы порой придавали поэтический и благородный оттенок. Примером таких произведений могут послужить романы Достоевского и Толстого, Чехова и Короленко, Дюма-сына, Манна, Ремарка и многих других.

Не щадила болезнь и самих авторов. В самом расцвете творческих сил ушли от нас известный русский критик Виссарион Григорьевич Белинский (скончался в возрасте 37 лет), публицист и критик Николай Добролюбов (совсем юным, в возрасте 25 лет), поэт Алексей Кольцов (скончался в возрасте 33-х лет), поэты Иван Никитин и Семён Надсон, живописцы Фёдор Васильев и Мария Башкирцева.

Николай Чехов, брат знаменитого русского писателя, скончался от чахотки в возрасте 31 года. Сам Антон Павлович не смог перебороть внезапно обострившуюся болезнь и умер в возрасте 44 лет. Один из создателей «Двенадцати стульев» Илья Ильф также умер от обострения туберкулёза, ему было всего 39 лет.

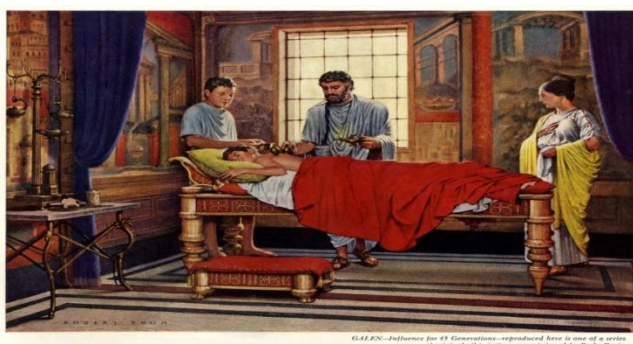
Среди зарубежных деятелей культуры и искусства жертвами туберкулёза пали такие известные личности, как английские писательницы и поэтессы сёстры Бронте, их соотечественница писательница Джейн Остин, выдающийся немецкий писатель Франц Кафка, немецкий композитор Карл

Мария фон Вебер, знаменитый польский композитор Фредерик Шопен, американский писатель Томас Вульф, французский режиссёр, создатель серии кинофильмов «Жандарм из Сен-Тропе» Жан Жиро, английская актриса, исполнительница роли Скарлетт О'Хара, Вивьен Ли, художник-экспрессионист Амедео Модильяни, английский писатель и публицист Джордж Оруэлл (настоящее имя – Эрик Артур Блэр) и многие другие.

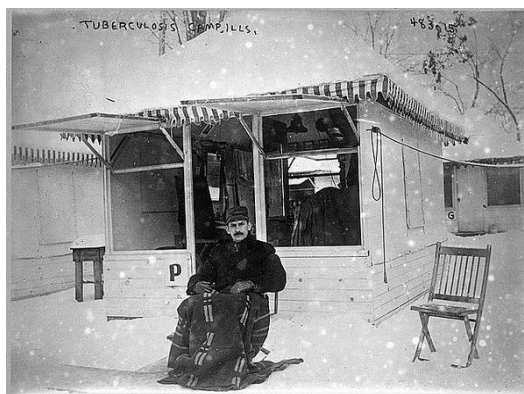
Эти и многие другие известные личности ушли из жизни до того, как были изобретены прогрессивные и более эффективные методы лечения, такие как DOTS, хирургические способы удаления поражённых участков внутренних органов, госпитализация в специальные противотуберкулёзные диспансеры. О заразности туберкулёза знали ещё наши давние предки – упоминания о болезни встречаются в законодательных документах древних вавилонян.



Наиболее полное и долго просуществовавшее учение о чахотке принадлежит древнеримскому врачу Галену. Гален считал, что основные изменения в легких происходят в виде воспаления, которое сопровождается образованием нарывов: откашливая, больной выделяет содержимое нарывов, в результате чего образуются полости. Полости часто увеличиваются в объеме и постоянно выделяют гной, легочная ткань разрушается и больной погибает от истощения и лихорадки. Гален знал, что полости могут зарубцеваться, но только в том случае, когда прекратится выделение гноя.



Вблизи Неаполя было построено несколько домов, где жили больные туберкулезом под медицинским присмотром – это был первый опыт санаторного лечения туберкулеза. [1] В начале XIX века врачи, изучающие причины и развитие чахотки, начали предпринимать первые попытки лечения инфекции. Так, в 1822 году англичанин **Джеймс Карсон** попытался вылечить больного с помощью искусственного введения воздуха в плевральную полость (т. н. искусственный пневмоторакс).



В начале XX века в США больных туберкулезом выселяли в отдельные домики, чтобы они не заражали членов своей семьи и других людей. Фото: George Grantham Bain Collection из архива Библиотеки Конгресса США. [4]

За распространением болезни вёл наблюдения французский врач **Жан-Антуан Вильмен** в 1865 году.



Жан-Антуан Вильмен (1827-1892)

Он заметил, что туберкулёз передаётся от одного матроса к другому во время морского плавания на корабле. Чтобы доказать заразность инфекции, он собрал мокроту заражённых людей и поместил её в контейнер с морскими свинками.

Экспериментально доказал, что туберкулёз является инфекционным заболеванием, обусловленным невидимым для невооружённого глаза агентом и передаваемое путём прививки от человека животным. Он вызывал туберкулёз у кроликов и морских свинок, вводя им в дыхательные пути мокроту и кровь больных людей. У заражённых животных развивался генерализованный туберкулёз. Доказал, что туберкулёз может передаваться не только от человека к человеку, но и от животных к человеку, что являлось одной из причин распространения практики пастеризации мясомолочных продуктов питания.

В 1882 году итальянский медик **Карло Форланини** начал на практике применять искусственный пневмоторакс [2].



Карло Форланини

(1847-1918).

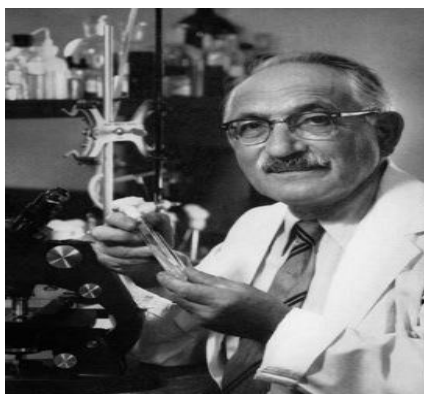
Автор метода искусственного пневмоторакса для лечения больных туберкулезом легких

В России же искусственный пневмоторакс был впервые применён в 1910 году.

Открытие возбудителя туберкулёза принадлежит немецкому микробиологу **Роберту Коху**, который объявил об обнаружении микобактерии *Mycobacterium tuberculosis* (названной в его честь бациллой Коха) в 1882 году. Наука признала значимость его открытия, и в 1905 году учёный был удостоен Нобелевской премии в области физиологии и медицины.

Что же касается лечения инфекции, то с 1930-х годов при тяжёлых формах заболевания стали применять эктомию части лёгкого – частичное удаление поражённого участка лёгкого пациента.

Кроме того, в 1943 году американскому микробиологу **Зельману Ваксману** удалось получить первый противомикробный антибиотик стрептомицин, за что учёный был удостоен Нобелевской премии, в области медицины и физиологии, в 1952 году. Первое время после начала применения препарата он был очень эффективен против микобактерий, однако спустя десятилетие он утратил свой клинический эффект и в настоящее время применяется редко.



Ваксман Зельман Абрахам (1888-1973)

Тем не менее, открытие стрептомицина начало антибактериальную эру в лечении заболевания. С 1954 года начинают использоваться такие препараты, как изониазид и тибон, с 1967 года – одного из самых эффективных противотуберкулёзных средств – рифампицина.

Совершенно новый подход к контролю туберкулёза был создан, во многом благодаря голландскому доктору **Карелу Стибло**, который в 1974 году предложил принципы т. н. стратегии ДOTS (DOTS) – по сути, противотуберкулёзной химиотерапии с применением специальных препаратов.



Карел Стибло (1921-1998)

Так, в 1994 году эта стратегия была рекомендована ВОЗ для применения в странах, для которых проблема заболеваемости туберкулёзом является весьма актуальной.

DOTS до сих пор является основополагающей схемой лечения, хотя современные учёные и медики отчасти модифицировали её, включив препараты нового поколения для более эффективной борьбы с заболеванием [3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. http://www.aif.ru/dontknows/about/kak_issledovali_i_lechili_tuberkulyoz_istoriya_borby2
2. https://yandex.ru/images/search?pos=4&img_url=http%3A%2F%2Fpresent5.com%2Fpresentation%2F9885159_351292571%2Fimage-24.jpg&text=1882+%D0%B3%D0%BE%D0%B4+%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D1%8F%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9+%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%BA+%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%BB%D0%BE+%D0%A4%D0%BE%D1%80%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%BD%D0%B8+%D1%84%D0%BE%D1%82%D0%BE&lr=74&rpt=simage&source=wiz.
3. https://ru.qwe.wiki/wiki/Karel_Styblo
4. <http://www.prosto-zdorovie.ru/bolezni-i-ih-lechenie/tuberkulez-zhivuch-i-ochen-opasen/>

REFERENCES

1. http://www.aif.ru/dontknows/about/kak_issledovali_i_lechili_tuberkulyoz_istoriya_borby2
2. https://yandex.ru/images/search?pos=4&img_url=http%3A%2F%2Fpresent5.com%2Fpresentation%2F9885159_351292571%2Fimage-24.jpg&text=1882+%D0%B3%D0%BE%D0%B4+%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D1%8F%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9+%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%BA+%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%BB%D0%BE+%D0%A4%D0%BE%D1%80%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%BD%D0%B8+%D1%84%D0%BE%D1%82%D0%BE&lr=74&rpt=simage&source=wiz.
3. https://ru.qwe.wiki/wiki/Karel_Styblo
4. <http://www.prosto-zdorovie.ru/bolezni-i-ih-lechenie/tuberkulez-zhivuch-i-ochen-opasen/>

Материал поступил в редакцию 28.02.20

HISTORY OF TUBERCULOSIS TREATMENT

V.D. Adamova, 2nd year Student of Medical and Preventive Care
Medical Institute
Ammosov North-Eastern Federal University
(677000, Russia, Yakutsk, Belinsky str. 58)
Email: kirrmr@mail.ru

V.G. Sleptsov, 5th year Student of Pediatric Department
Medical Institute
Ammosov North-Eastern Federal University
(677000, Russia, Yakutsk, Belinsky str. 58)
Email: kirrmr@mail.ru

N.A. Gulyayeva, Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor at the Department of Infectious Diseases, Phthiology and Dermatovenerology
Medical Institute
Ammosov North-Eastern Federal University
(677000, Russia, Yakutsk, Belinsky str. 58)
Email: kirrmr@mail.ru

Abstract. *This article analyzes the main aspects of the history of tuberculosis treatment. The article also mentions famous writers who were ill with tuberculosis.*

Keywords: *tuberculosis, treatment, writers.*

УДК 617.53:616.133]-001-005.1-089-039.74

**ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА
ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ГРУДИ**

В.В. Масляков, доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе
Частное образовательное учреждение высшего образования «Медицинский университет «РЕАВИЗ»
(443099, Россия, Саратов, ул. Чапаевская, 227)
Email: maslyakov@inbox.ru

***Аннотация.** В работе проведен анализ течения ближайшего и отдаленного послеоперационных периодов у гражданского населения с огнестрельными ранениями груди. В результате установлено, что в зависимости от вида травмы и варианта хирургической тактики при лечении пострадавших в ближайшем послеоперационном периоде следует соблюдать лечебно-диагностический алгоритм, включающий: 1) устранение боли. 2) Восстановление проходимости дыхательных путей. 3) Пункцию или, по мере необходимости, адекватное дренирование плевральной полости. 4) Остановку кровотечения и восполнение кровопотери (реинфузия). 5) Инфузионную, антибактериальную и симптоматическую терапию. Исключение составляли лишь пациенты с признаками интенсивного продолжающегося кровотечения (ранения органов средостения, обширный дефект легкого, магистральные сосуды и т. д.), которые из приемного отделения направлялись сразу же в операционную, где вмешательство начиналось на фоне интенсивной терапии. В отдаленном послеоперационном периоде развиваются два вида осложнений. Первые связаны с развитием гнойно-септических осложнений, чаще всего остеомиелитом и требующие повторных операций. Второй вид осложнений связан с развитием спаечного процесса в грудной клетке и не требует повторного оперативного лечения.*

***Ключевые слова:** огнестрельные ранения груди, непосредственные, отдаленные результаты, гражданское население.*

Введение. Огнестрельные ранения груди всегда являлись сложной проблемой военно-полевой хирургии. При изолированных ранениях груди летальность колеблется от 1,4 до 16,2 % [3, 4, 5, 6]. Организация неотложной хирургической помощи в гражданской медицине, основные принципы диагностики и хирургической тактики резко отличаются от положений военно-полевой хирургии. Принципиальным отличием являются время доставки пострадавшего в лечебное учреждение и возможность оказания экстренной помощи одновременно в полном объеме. В военно-полевых условиях длительность эвакуации пострадавшего до этапа специализированной помощи занимает часы, и даже сутки [8]. Фактически это означает, что военно-полевые хирурги специализированного торакального госпиталя имеют дело уже не собственно с травмой, а с «посттравматической болезнью» или осложнениями травмы. В условиях города пострадавших, как правило, доставляют в стационар в течение первого часа и, следовательно, хирурги имеют дело непосредственно с острым периодом травмы [10, 11]. Кроме того, если военно-полевая тактика при травме органов грудной клетки вынужденная, в силу длительности эвакуации и принципов медицинской сортировки, ориентирована на поэтапное оказание помощи, то в условиях городского многопрофильного хирургического стационара, оснащенного «современным оборудованием», имеются условия для оказания всего объема специализированной помощи в течение первых часов [7, 9, 12]. Здесь хотелось бы отметить, что, несмотря на имеющиеся отличия в условиях оказания квалифицированной помощи, было бы непростительно хирургам городских стационаров игнорировать многолетний опыт военной медицины в лечении огнестрельных повреждений. Сегодня проблема травмы грудной клетки остается одной из самых актуальных в современной хирургии и травматологии [1, 2]. Интенсивность современной жизни,

насыщенность ее техникой и высокими скоростями, сложная криминогенная обстановка, локальные войны обуславливают особенности травматизма в наши дни. Заметное возрастание числа огнестрельных ранений грудной клетки в локальных военных конфликтах последних десятилетий и при проведении террористических актов определяет необходимость подробного ознакомления с этим видом повреждений практических врачей, в первую очередь хирургов. В настоящее время в литературе хорошо описана тактика на различных этапах эвакуации среди военнослужащих, в тоже время вопросы оказания медицинской помощи с огнестрельными ранениями груди среди гражданского населения остаются изученными недостаточно.

Цель исследования. Изучить непосредственные и отдаленные результаты лечения огнестрельных ранений груди среди гражданского населения.

Материалы и методы. Настоящее исследование основано на анализе лечения пострадавших, на базе 9-й городской больницы г. Грозный (Чеченская Республика) в период с 2000 по 2003 гг.

Критериями включения в исследование служили:

- наличие ведущего огнестрельного изолированного проникающего ранения груди;
- наличие ведущего огнестрельного сочетанного проникающего ранения груди.

Критериями исключения являлись:

- наличие сочетанных повреждений головы и шеи;
- наличие взрывных поражений.

Тяжесть травмы определяли ретроспективно по шкале «ВПХ-П» [6], выделяя четыре степени тяжести. Значения тяжести повреждений составили 1 – для легкой, 2 – средней, 3 – тяжелой и 4 – крайне тяжелой травмы. В нашем исследовании повреждений легкой степени тяжести не было в связи с особенностями поставленных задач и критериев включения. В наших наблюдениях средняя тяжесть повреждений $2,88 \pm 0,62$ балла. Оценку тяжести состояния раненых при поступлении в лечебное учреждение по шкале «ВПХ-СП» [6], она составила: 18 (28,1 %) средняя, 36 (56,2 %) тяжелая и 10 (15,6 %) крайне тяжелая.

Отдаленные результаты изучены у 22 пациентов, оперированных по поводу проникающих ранений груди в сроки с 2000 по 2005 г.г., т.е. с момента получения травмы прошло не менее 10 лет. Изучение отдаленных результатов проводилось с помощью специально разработанной анкеты. Всем пациентам в отдаленном послеоперационном периоде проводили углубленное обследование, включавшее спирографию, флюорографию, рентгенографию, ЭКГ, УЗИ сердца, велоэргометрию. Спирография осуществлялась на аппарате Spiro Pro, Viasys Jaeger (Германия), предназначенном для скрининговых обследований с целью выявления первичных признаков обструктивных и реструктивных заболеваний у взрослых и детей. Флюорография и рентгеноскопия проводились на рентгеновском флюорографическом малодозном аппарате «Ренекс-флюоро» и стационарном рентгенодиагностическом комплексе «Sireskop-CX». Ультразвуковое обследование сердца проводилось на аппарате Nemio Toshiba SSA-550A. Данная система позволяет определить размеры и функцию сердца, аорты, а также состояние листков перикарда и наличие выпота. Электрокардиография проводилась на аппарате Mac 5000 ST, обладающим возможностью записи и интерпретации ЭКГ покоя с использованием 12 стандартных и 3 дополнительных отведений. Велоэргометрическое обследование проводилось с использованием велоэргометра Ergoline и компьютерной стресс-тест системы «X-SCRIBE», обладающей возможностью постоянного компьютерного анализа уровня и наклона сегмента RS-T в процессе стресс-теста по всем 12 отведениям ЭКГ одновременно и постоянного автоматического анализа нарушений ритма сердца.

Полученные данные в процессе исследования были статистически обработаны с вычислением параметрических (по критерию Стьюдента) и непараметрических (Wilcoxon test) критериев достоверности различий значений признаков в сравниваемых совокупностях с использованием компьютерной программы «Statistica 7,0».

Результаты и их обсуждение. Под нашим наблюдением находилось 70 пострадавших с огнестрельными ранениями грудной клетки. Пулевые повреждения отмечены чаще, чем осколочные (соответственно 74,3 и 25,7 %). Слепые ранения наблюдались в 55,7 % случаев, сквозные – в 44,3 %. Локализации повреждений выявлены примерно с одинаковой частотой: правосторонняя – 51,5 % и левосторонняя – 48,5 %.

Время доставки больного с момента ранения до поступления в больницу составило от 10 до 60 мин.

Огнестрельные ранения грудной клетки в 30 % случаев сопровождались повреждением скелета грудной стенки. Так, переломы ребер были отмечены у 14,2 % раненых, в том числе множественные

у 7,1 %. Нарушение целостности лопатки зафиксированы у 4,2 % пациентов, грудины – в 2,8 % и ключицы – в 1,4 %. Пострадавшие доставлялись в больницу попутным транспортом (родственниками или посторонними).

Тяжелое состояние пострадавших и продолжающееся кровотечение предъявляют жесткие требования к определению хирургической тактики, в которой решающая роль принадлежит правильному выбору доступов, их очередности и объему операций.

Учитывая сложность обстановки, в которой приходилось работать, ориентировались на данные простейших методов оценки: краткий опрос больного (сопровождающих лиц), время доставки больного, статус сознания, общее состояние, показатели дыхания (частота, ритм и характер), состояние гемодинамики (АД, ЧСС), локальный статус, данные аускультации.

Время с момента поступления раненых до начала операции составило от 10 до 30 мин (в среднем 15 мин).

Все пострадавших с огнестрельными ранениями груди мы разделили на две группы. В 1-ю группу вошли 34 больных с проникающими ранениями грудной клетки, госпитализированные в течение первого часа после травмы. Из них экстренная торакотомия выполнена 10 пациентам (ушивание раны легкого – 29,4 %; атипичная резекция легкого – 2,9 %; перевязка внутригрудной артерии – 4,8 %, ушивание раны сердца – 4,8 %). Дренирование плевральной полости выполнялось в 76,4 % случаев, пункция – в 17,6 %. Реинфузия крови проводилась в 12 случаях. Средний койко-день составил 8,9.

Во 2-ю группу вошли 36 пострадавших с проникающим ранением грудной клетки, доставленные более чем через один час после травмы (от 1,5 – 8 часов). Из них экстренная торакотомия выполнялась 21 пациенту (ушивание раны легкого – 55,5 %; атипичная резекция легкого – 8,3 %; перевязка внутригрудной артерии – 5,5 %; ушивание раны сердца – 5,5 %). Дренирование плевральной полости имело место в 80,5 % случаев, пункция данной полости – у 19,4 % пострадавших. Реинфузия крови выполнена 16 раненым. Реторакотомия по поводу коллапса легкого и эмпиемы проводилась 5,5 % (n=2) пациентам. В этой группе умерло 11 % (n=4) пострадавших. Причина смерти – острая кровопотеря (3 случая) и септический шок (1 случай). Средний койко-день в этой группе составил 16,8.

Таким образом, на основании проведенного исследования ближайшего послеоперационного периода, можно сформулировать основные принципы оказания хирургической помощи пострадавшим с ранением грудной клетки. В зависимости от вида травмы и варианта хирургической тактики при лечении пострадавших в ближайшем послеоперационном периоде следует соблюдать лечебно-диагностический алгоритм, включающий: 1) устранение боли. 2) Восстановление проходимости дыхательных путей. 3) Пункцию или, по мере необходимости, адекватное дренирование плевральной полости. 4) Остановку кровотечения и восполнение кровопотери (реинфузия). 5) Инфузионную, антибактериальную и симптоматическую терапию. Исключение составляли лишь пациенты с признаками интенсивного продолжающегося кровотечения, (ранения органов средостения, обширный дефект легкого, магистральные сосуды и т. д.) которые из приемного отделения направлялись сразу же в операционную, где вмешательство начиналось на фоне интенсивной терапии.

Отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с проникающими ранениями груди проведено у 22 пациентов. Обследование пациентов проводилось в амбулаторных условиях с помощью специально разработанной анкеты, включающей в себя максимальное число жалоб, наиболее часто встречаемых у оперированных на этом органе (по данным, представленным в литературе и результатам собственных исследований). Образец анкеты представлен в приложении 2. После тщательного заполнения предложенной анкеты пациенты осматривались врачом и расписывались в ней.

Необходимо отметить, что в данной группе не предъявляли жалоб и чувствовали себя удовлетворительно 5 (22,7 %) обследованных, у остальных 17 (77,2 %) выявлены разнообразные жалобы.

Полученные в результате исследования данные представлены в табл. Из представленных в табл. данных видно, что основой жалобой, выявленной у этой группы пациентов, были жалобы на боли в области сердца без видимой причины – 77,2 %. При этом боли не носили интенсивный характер, не были связаны с физической нагрузкой, чаще возникали при дыхании и не купировались приемом нитратов.

В 40,9 % наблюдений больные предъявляли жалобы на одышку после небольшой физической нагрузки (например, ходьба на 10 – 15 м). Одышка могла возникать и при смене положения тела. При этом данное осложнение не купировалось приемом лекарственных средств, и проходила самостоятельно. Следует отметить, что большинство пациентов очень быстро адаптировались к данному осложнению.

Таблица

**Структура и количество осложнений в отдаленном периоде
у пациентов после операций по поводу огнестрельных ранений груди**

Вид осложнений	Количество осложнений	
	абс. число	%
Повторные операции:	8	36,3
по поводу гнойно-септических осложнений	8	36,3
Осложнения после повторных операций	1	4,5
Боли в области сердца без видимой причины	17	77,2
Головные боли, головокружения	6	27,2
Одышка	9	40,9

Повторные операции были проведены у 36,3 % пациентов. Причем во всех случаях они были выполнены по поводу гнойно-септических осложнений – остеомиелит ребра (ребер) или грудины. При этом выполнялись следующие вид оперативного лечения: тотальная резекция грудины случаев с резекцией реберных хрящей в 9 % наблюдений, вследствие вовлечения этих структур в воспалительный процесс. Резекция грудины с резекцией реберных хрящей, в 25 % случаев; ребер, по тем же причинам – 35 %. Подобная хирургическая тактика обусловлена особенностями распространения инфекции в переднем средостении и межреберных промежутках. После радикальной резекции пораженных тканей для устранения дефекта передней грудной стенки, герметизации плевральных полостей, изоляции краев резецированных ребер выполнялся второй (пластический) этап операции. При этом были выполнены следующие виды операций: мышечная пластика на сосудистой ножке, а также аутодермопластика свободным расщепленным перфорированным кожным лоскутом или рана закрытие раны вторичным натяжением. В 98 % наблюдений достигнуто выздоровление.

В 4,5 % наблюдений после повторной операции развилось осложнение – послеоперационная пневмония. Развитие данного осложнения может быть связано со снижением иммунной защиты организма.

Вегето-сосудистые нарушения, появляющиеся головокружением, головной болью выявлены в 27,2 % наблюдений.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что у большинства пациентов этой группы отмечается развитие двух видов жалоб. Первые – гнойно-септические, проявляющиеся развитием остеомиелита грудины и (или) ребер, которые могут быть связаны с последствиями открытых огнестрельных ранений грудной клетки. Данный вид осложнения потребовал повторного оперативного лечения и в большинстве случаев закончился выздоровлением.

Вторая группа жалоб может быть связана с развитием спаечного процесса в грудной полости после проведенного оперативного вмешательства. С целью подтверждения этого предположения нами проведено инструментальное обследование пациентов этой группы.

При спирографическом обследовании у 80 % обследованных выявлены умеренные изменения реструктивного типа, что может быть обусловлено развитием спаечного процесса в плевральной полости. Развитие спаечного процесса подтверждается и рентгенологическим исследованием, при котором у всех обследованных выявлены послеоперационные плевро-лечные-дифрогмальные спайки. Из общего количества обследованных у 33,3 % человек выявлен диффузный пневмосклероз и уплотнение корней легких, еще у 26,6 % пациентов – поднятие купола диафрагмы на одно ребро и смещение верхушки сердца в IV межреберье, а также облитерация левого синуса.

В результате проведения ультразвукового исследования нами выявлено, что у 86,6 % обследованных отмечается уплотнение листков перикарда, свидетельствующее о наличии у них спаечного процесса между серозными поверхностями перикарда

При проведении электрокардиографического исследования у 33,3 % пациентов выявили отклонение электрической оси сердца влево. Нарушения реполяризации выявлено у 20 % обследованных. Данные нарушения были обусловлены либо синдромом ранней реполяризации желудочков, либо метаболическими нарушениями. Возникновение единичных экстрасистол выявлено у 10 % пациентов.

Велораметрическое обследование проведено у 17 бывших пациентов. Следует отметить, что 2 из 17 пациентов проба с физической нагрузкой не проводилась из-за выраженной артериальной гипертензии (220 и 130 мм рт. ст.). Данное обследование проводилось методом дозированной ступенчатой-возрастающей непрерывной нагрузки в положении обследуемого сидя на велоэргометре с частой

педальирования 60 об/мин. Начальная ступень нагрузки составила 25 Вт, с увеличением на последующих ступенях до 50, 100 и 150 Вт до достижения у больного субмаксимальной частоты сердечных сокращений. У 3 (17,6 %) пациентов проведение пробы было остановлено в связи с появлением общей слабости, головокружения, одышки, чувства нехватки воздуха и отказа обследуемых от дальнейшего проведения пробы. Высокую толерантность к физической нагрузке имели 12 (35,2 %) человек (мощность нагрузки в момент ее прекращения была равна 150 Вт). 5 (29,4 %) имели среднюю толерантность к физической нагрузке, которая была прекращена при мощности в 100 Вт из-за развития общей слабости, головокружения, одышки, чувства нехватки воздуха. В ходе проводимого исследования проводилась запись ЭКГ и измерение АД по Н.С. Короткову. У 9 (52,9 %) обследованных была нормэргическая реакция на нагрузку. У 8 (47 %) гипертоническая, так как отмечался подъем артериального давления до 210 и 110 мм рт. ст. На высоте нагрузки в 150 Вт у 12 (32,4 %) пациентов зафиксированы единичные желудочковые экстрасистолы. Косовосходящее смещение сегмента RS-T до 0,7 мм зарегистрировано у 5 (29,4 %) обследованных. Восстановительный период у всех обследованных протекал без особенностей. В результате проведения велоэргометрии ни у одного пациента признаков ишемии не выявлено.

Подводя итог исследованию, мы разделили отдаленные результаты операции на «отличные» – жалоб связанных с операцией нет, жизненная и трудовая деятельность без ограничений; «хорошие» – одна жалоба, связанная с операцией, жизненная и трудовая деятельность незначительно ограничена; «удовлетворительные» – до трех жалоб связанных с операцией, ограничение трудовой и жизненной деятельности; «неудовлетворительные» – более трех жалоб связанных с операцией одновременно, существенное ограничение трудовой и жизненной деятельности. При проведении анализа течения отдаленного послеоперационного периода установлено, что в большинстве наблюдений – 50 % отдаленные результаты можно расценить как «отличные», в 26,6 % результаты можно расценить как «удовлетворительные», «неудовлетворительные» результаты отмечены в 13,3 % наблюдений и «хорошие» в 10 % наблюдений. При этом различные группы инвалидности среди пациентов этой группы присвоены 6 (27,2 %) пациентам. Из них II группа инвалидности присвоена 1 (4,5 %) больному, III – 6 (27,2 %) человек. Во всех случаях присвоение группы инвалидности связано с последствиями огнестрельных ранений.

Таким образом, у пациентов, оперированных по поводу огнестрельных ранений груди, в отдаленном послеоперационном периоде развиваются два вида осложнений. Первые связаны с развитием гнойно-септических осложнений, чаще всего остеомиелитом и требующие повторных операций. Второй вид осложнений связан с развитием спаечного процесса в грудной клетке и не требует повторного оперативного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абакумов, М.М. Диагностика и лечение одновременных ранений груди и живота / М.М. Абакумов, А.Н. Смоляр, Т.Т. Ткешелашвили // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 4–8.
2. Багдасаров, В.В. Выбор оперативного доступа при огнестрельных торакоабдоминальных ранениях в условиях мирного времени / В.В. Багдасаров, Д.А. Басаров, М.Ю. Левин и др. // Анналы хирургии. – 1999. – № 5. – С. 32–37.
3. Булава, Г.В. Состояние иммунной системы пострадавших с проникающими ранениями груди и живота, осложненными массивной кровопотерей / Г.В. Булава, М.М. Абакумов, В.Б. Хватов // Хирургия. – 2004. – № 4. – С. 49–54.
4. Быков, В.П. Огнестрельное ранение груди и живота мирного времени / В.П. Быков // Хирургия. – 2003. – № 7. – С. 72–74.
5. Гаджиев, Н.А. Организация лечения пострадавших с ранениями магистральных сосудов на этапах эвакуации / Н.А. Гаджиев, А.Н. Косенков // Хирургия. – 2003. – № 6. – С. 22–27.
6. Гуманенко, Е.К. Огнестрельные ранения мирного времени / Е.К. Гуманенко // Вестн. хир. – 1998. – № 5. – С. 62–67.
7. Гуманенко, Е.К. Травматический шок как одна из клинических форм острого периода травматической болезни / Е.К. Гуманенко, Н.С. Немченко, А.В. Гончаров и др. // Вестн. хир. – 2004. – № 6. – С. 52–54.
8. Ефименко, Н.А. Лечение огнестрельных ранений вен в первом эшелоне специализированной хирургической помощи / Н.А. Ефименко, О.В. Пинчук, А.Н. Курицин // Хирургия. – 2003. – № 11. – С. 4–7.
9. Зуев, В.К. Успешное лечение тяжелораненого с огнестрельными повреждениями нижней полой вены / В.К. Зуев, Л.М. Капитонов, Э.З. Фидаров // Клинич. Медицина и патофизиология. – 1997. – № 2. – С. 24–26.
10. Ибишов, К.Г. Причины осложнений и летальности после боевых огнестрельных ранений внутренних органов / К.Г. Ибишов // Вестн. хир. – 2000. – № 1. – С. 38–40.

11. Ибишов, К.Г. Чрездренажная закрытая ультразвуковая санация брюшной полости в профилактике и лечении инфекционных осложнений огнестрельных ранений живота / К.Г. Ибишов // Вестн. хир. – 1999. – № 2. – С 40–42.
12. Масляков, В.В. Результаты лечения огнестрельных ранений груди / В.В. Масляков, С.Е. Урядов, В.Р. Горбелик и др. // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2019. – № 4. – С. 77–83.

REFERENCES

1. Abakumov M.M., Smolyar A.N., Tkeshelashvili T.T. *Diagnostika i lecheniye odnovremennykh raneniy grudi i zhivota* [Diagnosis and treatment of simultaneous chest and abdominal injuries]. *Khirurgiya* [Surgery]. 2005, no. 1, pp. 4–8 (In Russ.).
2. Bagdasarov V.V., Basarov D.A., Levin M.Yu. *Vybor operativnogo dostupa pri ognestrel'nykh torakoabdominal'nykh raneniya v usloviyakh mirnogo vremeni* [Choice of operative access in case of thoracoabdominal gunshot wounds in peacetime conditions]. *Annaly khirurgii* [Annals of surgery]. 1999, no. 5, pp. 32–37 (In Russ.).
3. Bulava G.V., Abakumov M.M., Khvatov V.B. *Sostoyaniye immunnoy sistemy postradavshikh s pronikayushchimi raneniyami grudi i zhivota, oslozhnennymi massivnoy krvopoterey* [The state of the immune system of victims with penetrating wounds of the chest and abdomen, complicated by massive blood loss]. *Khirurgiya* [Surgery]. 2004, no. 4, pp. 49–54 (In Russ.).
4. Bykov V.P. *Ognestrel'noye raneniye grudi i zhivota mirnogo vremeni* [Gunshot wound to the chest and abdomen in peacetime]. *Khirurgiya* [Surgery]. 2003, no. 7, (In Russ.).
5. Gadzhiyev N.A., Kosenkov A.N. *Organizatsiya lecheniya postradavshikh s raneniyami magistral'nykh sosudov na etapakh evakuatsii* [Organization of treatment of victims with injuries of the main vessels at the stages of evacuation]. *Khirurgiya* [Surgery]. 2003, no. 6, pp. 22–27 (In Russ.).
6. Gumanenko Ye.K. *Ognestrel'nyye raneniya mirnogo vremeni* [Gunshot wounds in time of peace]. *Vestn. khir.* [Bulletin of surgery]. 1998, no. 5, pp. 62–67 (In Russ.).
7. Gumanenko Ye.K., Nemchenko N.S., Goncharov A.V. *Travmaticheskiy shok kak odna iz klinicheskikh form ostrogo perioda travmaticheskoy bolezni* [Traumatic shock as one of the clinical forms of acute period of traumatic illness]. *Vestn. khir.* [Bulletin of surgery]. 2004, no. 6, pp. 52–54 (In Russ.).
8. Yefimenko N.A., Pinchuk O.V., Kuritsin A.N. *Lecheniye ognestrel'nykh raneniy ven v pervom eshelone spetsializirovannoy khirurgicheskoy pomoshchi* [Treatment of gunshot wounds of veins in the first tier of specialized surgical care]. *Khirurgiya* [Surgery]. 2003, no. 11, pp. 4–7 (In Russ.).
9. Zuyev V.K., Kapitonov L.M., Fidarov E.Z. *Uspeshnoye lecheniye tyazhelorananogo s ognestrel'nymi povrezhdeniyami nizhney poloy veny* [Successful treatment of a seriously injured person with gunshot injuries to the inferior vena cava]. *Klinich. Meditsina i patofiziologiya* [Clinical Medicine and pathophysiology]. 1997, no. 2, pp. 24–26 (In Russ.).
10. Ibishov K.G. *Prichiny oslozhneniy i letal'nosti posle boyevykh ognestrel'nykh raneniy vnutrennikh organov* [Causes of complications and lethality after combat gunshot wounds of internal organs]. *Vestn. khir.* [Bulletin of surgery]. 2000, no. 1, pp. 38–40 (In Russ.).
11. Ibishov K.G. *Chrezdrenazhnaya zakrytaya ul'trazvukovaya sanatsiya bryushnoy polosti v profilaktike i lechenii infektsionnykh oslozhneniy ognestrel'nykh raneniy zhivota* [Transdrenal closed ultrasound rehabilitation of the abdominal cavity in the prevention and treatment of infectious complications of gunshot wounds of the abdomen]. *Vestn. khir.* [Bulletin of surgery]. 1999, no. 2, pp. 40–42 (In Russ.).
12. Maslyakov V.V., Uryadov S.Ye., Gorbelyk V.R. *Rezultaty lecheniya ognestrel'nykh raneniy grudi* [Results of treatment of gunshot wounds to the chest]. *Vestnik meditsinskogo instituta «Reaviz»: rehabilitatsiya, vrach i zdorov'ye* [Bulletin of the medical Institute "Reaviz": rehabilitation, doctor and health]. 2019, no. 4, pp. 77–83 (In Russ.).

Материал поступил в редакцию 20.01.20

POSTOPERATIVE PERIOD FOR GUNSHOT WOUNDS OF THE CHEST

V.V. Maslyakov, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Vice-Rector of Scientific Work
Private educational institution of higher education "Medical University "REAVIZ"
(443099, Russia, Saratov, Chapaevskaya str., 227)
Email: maslyakov@inbox.ru

Abstract. *The paper analyzes the course of the immediate and long-term postoperative periods in the civilian population with gunshot wounds of the chest. As a result, it was found that, depending on the type of injury and the option of surgical tactics, the treatment of victims in the immediate postoperative period should follow a therapeutic and diagnostic algorithm that includes: 1) pain elimination. 2) Restoration of airway patency. 3) Puncture or, if necessary, adequate drainage of the pleural cavity. 4) Stopping bleeding and replenishing blood loss (reinfusion). 5) Infusion, antibacterial and symptomatic therapy. The only exceptions were patients with signs of intense ongoing bleeding (injuries of the mediastinal organs, extensive lung defect, major blood vessels, etc.), who were sent from the receiving department immediately to the operating room, where the intervention began on the background of intensive therapy. Two types of complications develop in the long-term postoperative period. The first are associated with the development of purulent-septic complications, most often osteomyelitis and requiring repeated operations. The second type of complications associated with the development of adhesions in the chest does not require repeated surgical treatment.*

Keywords: *gunshot wounds of a breast, direct, remote results, civilian population.*

UDC 611.113

QUESTIONS OF SURGICAL ANATOMY FEATURES OF THE COMMON CAROTID ARTERY

A.S. Moshkin, Associate Professor, Senior Lecturer at the Department
of Anatomy, Operative Surgeons and Disaster Medicine
FSBEI of HPE Orel State University named after I.S. Turgenev
(302026, Russia, Orel, Komsomolskaya str., 95)
Email: moskinson@mail.ru

Abstract. *The development of minimally invasive surgical interventions at the present stage requires detailed information about the structural options of various areas. A special role in the planning of surgical interventions is played by the variants of the course of the main arterial arteries. In observation, 70 MIP MRI tomograms of patients aged 43.4 ± 10.7 years were analyzed. The straightness of the course of the common carotid arteries on the right was determined in 55.7 %, and on the left 58.6 % of cases. Among the most common developmental options were artery bends to posterior and lateral side. In turn, the data obtained can reduce the risks of complications in identifying more rare anomalies in the form of s-shaped and medial bends of the common carotid arteries.*

Keywords: *common carotid artery, developmental options, minimally invasive surgery.*

Modern medicine is developing in the direction of improving manufacturability and improving minimally invasive surgical interventions [1]. Unconditional popularity is occupied by the methods of intravascular surgical operations, allowing to solve a wide range of problems [4]. But not all issues of vascular surgery cannot be resolved in this way. In particular, now significant successes of minimally invasive robotic surgical interventions are noted [3].

The development of high-tech treatment methods requires an individual approach to patients, taking into account the peculiarities of the development of specific anatomical structures [2]. The advantages of minimally invasive surgery are undeniable and in most cases are associated with fewer complications and easier rehabilitation of patients due to a smaller volume of surgical trauma.

The traditional rather wide surgical access to the common carotid artery is performed along the front edge of the sternocleidomastoid muscle, which is associated with the peculiarities of the artery topography and variations in its position.

In order to improve surgical minimally invasive methods of treating diseases of the common carotid artery, its course was evaluated, the length of the arterial trunk and the location of bifurcation among patients in the Oryol region were studied with MRI with reconstruction of MIP sequences obtained from 70 patients with an average age of $43,4 \pm 10,7$ years old (51 women and 19 men).

As a result of the observation, it was revealed that the straightness of the arteries on the right was detected in 39 cases (55.7 %), on the left in 41 people (58.6 %). The distribution of the forms of the rectilinear course of arteries is presented in table. 1.

Table 1

Distribution of various variants of the course of the common carotid arteries in the observation.

	on the right	on the right
Bend forward	4 (5,7 %)	7 (10 %)
Medially bent	3 (4,3 %)	4 (5,7 %)
Backward bend	7 (10 %)	13 (18,6 %)
Bending laterally	15 (21,4 %)	5 (7,1 %)
S-bend	2 (2,9 %)	-

The length of the artery among all patients on the right is 8.7 ± 0.8 cm [8-9.2] and on the left 10.6 ± 1.3 cm [9.4-12]. In the case of a rectilinear course of vessels, the artery on the right is 8.8 ± 0.8 cm [8.4-9.5] long and 10.8 ± 1.4 cm [9.3-12.4] on the left, while the course was not straight it was noted that 8.5 ± 0.7 cm [7.9-9.2] on the right and 10.4 ± 1.0 cm [9.5-10.9] on the left.

The position of the bifurcation as a whole did not depend on the nature of the course of arteries, located at the level of 3.9 ± 0.5 of the cervical vertebra [3.5-4].

Thus, as a result of the observation, several most frequently identified variants of the development of common carotid arteries were revealed. On the right, the bends back and laterally were most often determined, and on the left, the common carotid artery formed an anterior and posterior bend. The obtained results supplement the knowledge about the anatomical development of the neck arteries, taking into account regional features of the central region of Russia (Oryol Oblast), which allows developing and improving minimally invasive surgical techniques interventions. To optimize the algorithms for performing manipulations taking into account the most common developmental options (posterior and lateral bends of artery) and reduce the risks of complications in identifying rarer anomalies (s-shaped and medial bends).

REFERENCES

1. Akchurin, R.S. Current trends in coronary surgery. / R.S. Akchurin, A.A. Shiryayev, V.P. Vasiliev et al. // Pathology of blood circulation and cardiac surgery. – 2017. – No. 21 (3). – P. 34–44. – Available at: <http://dx.doi.org/10.21688/1681-3472-2017-3S-34-44>
2. Khalilov, M.A. Ultrasonic dopplerography application for the evaluation of the arterial palmar arches formation types. / M.A. Khalilov, A.S. Moshkin, A.G. Alekseev // Morphology. – 2018. – No. 153 (3). – P. 59–60.
3. Moshkin, A.S. Ultrasound assessment of the options for the location of the femoral artery and vein in surgical practice. / A.S. Moshkin // Bulletin of experimental and clinical surgery. – 2019. – No. 12 (3). – P. 158–161 DOI: 10.18499 / 2070-478X – 2019-12-3-158-161
4. Ognerubov, D.V. Radial artery occlusion after interventional procedures performed by transradial access. Predictors, ways to reduce the frequency of complications. / D.V. Ognerubov, S.I. Provators, E.V. Merkulov et al. // Siberian Medical Journal. – 2018. – No. 33 (3). – P. 9–16 – Available at: <https://doi.org/10.29001/2073-8552-2018-33-3-9-16>

REFERENCES

1. Akchurin R.S. Current trends in coronary surgery. Pathology of blood circulation and cardiac surgery. 2017, no. 21 (3), pp. 34–44. Available at: <http://dx.doi.org/10.21688/1681-3472-2017-3S-34-44> (In English).
2. Khalilov M.A. Ultrasonic dopplerography application for the evaluation of the arterial palmar arches formation types Morphology. 2018, no. 153 (3), pp. 59–60. (In English).
3. Moshkin A.S. Ultrasound assessment of the options for the location of the femoral artery and vein in surgical practice. Bulletin of experimental and clinical surgery. 2019, no. 12 (3), pp. 158–161 DOI: 10.18499 / 2070-478X – 2019-12-3-158-161 (In English).
4. Ognerubov D.V. Radial artery occlusion after interventional procedures performed by transradial access. Predictors, ways to reduce the frequency of complications. Siberian Medical Journal. 2018.No. 33 (3), pp. 9–16. Available at: <https://doi.org/10.29001/2073-8552-2018-33-3-9-16> (In English).

Материал поступил в редакцию 01.03.20

ВОПРОСЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

А.С. Мошкин, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры анатомии, оперативной хирургии и медицины катастроф
ФГБОУ ВПО Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева
(302026, Россия, г. Орёл, ул. Комсомольская, 95)
Email: moskinson@mail.ru

Аннотация. Развитие малоинвазивных хирургических вмешательств на современном этапе требует подробных сведений о вариантах строения различных областей. Особую роль в планировании оперативных вмешательств играют варианты хода основных артериальных магистралей. В наблюдении было проанализировано 70 МР МРТ томограмм пациентов в возрасте $43,4 \pm 10,7$ лет. Прямолинейность хода общих сонных артерий справа определялась в 55,7 %, а слева 58,6 % случаев. Среди наиболее часто встречающихся вариантов развития были изгибы артерии кзади и латерально. В свою очередь полученные данные позволяют снизить риски осложнений при выявлении более редких аномалий в виде s-образных и медиальных изгибов общих сонных артерий.

Ключевые слова: общая сонная артерия, варианты развития, малоинвазивная хирургия.

УДК 611.34-002.8/9

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ПРИМЕРЕ
ГБУ РС (Я) «ЯКУТСКАЯ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

Л.С. Павлова, студент 5 курса
Медицинский институт ФГАОУ ВО Северо-Восточный
федеральный университет им. М.К. Аммосова
(677000, Россия, г. Якутск, ул. Белинского, 58)
E-mail: lyuba.pavlova97@mail.ru

Н.Д. Попова, студент 5 курса
Медицинский институт ФГАОУ ВО Северо-Восточный
федеральный университет им. М.К. Аммосова
(677000, Россия, г. Якутск, ул. Белинского, 58)
E-mail: nurgustana-popova@mail.ru

А.Г. Федулова, кандидат медицинских наук, доцент
Медицинский институт ФГАОУ ВО Северо-Восточный
федеральный университет им. М.К. Аммосова
(677000, Россия, г. Якутск, ул. Белинского, 58)
E-mail: lyuba.pavlova97@mail.ru

Аннотация. Сальмонеллез в наши дни не теряет своего просветительского значения. По данным ГБУ РС(Я) «Якутская Республиканская клиническая больница», на примере инфекционного отделения, мы сделали структуру заболеваний сальмонеллезом с 2017 по 2019 год. Из полученных результатов следует, что наиболее распространенным видом штамма сальмонеллеза является *Salmonella Enteritidis*.

Ключевые слова: сальмонеллез, инфекционное отделение, штамм, противоэпидемические мероприятия.

Введение

Сальмонеллез – острая зоонозная (зооантропонозная) болезнь с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Вызывается различными сероварами сальмонелл. Характеризуется признаками интоксикации, поражения желудочно-кишечного тракта и следующего за ними обезвоживания в различной степени выраженности. Обладая способностью к генерализации инфекции, может приобретать септическое или тифоподобное течение [2].

Сальмонеллез – широко распространенная болезнь, имеет тенденцию к росту заболеваемости. Сложность постановки диагноза связана с отсутствием признаков, свойственных только сальмонеллезу, и первоначальная диагностика имеет синдромальный характер. Диагноз «сальмонеллез» становится правомочным при наличии бактериологического или серологического подтверждения [3].

Основным путем распространения инфекции среди населения по-прежнему остается алиментарный, преобладающими факторами передачи – пищевые продукты, в том числе мясо птицы и яйца [5].

Цель: структурировать динамику сальмонеллеза за 2017 по 2019 г. (по данным ГБУ РС (Я) «Якутская Республиканская клиническая больница»).

Задачи: изучить инфекционную болезнь «сальмонеллез», собрать данные с 2017-2019 гг. по данным ГБУ РС(Я) «Якутская Республиканская клиническая больница», сделать выводы по полученным результатам, дать противоэпидемические мероприятия.

Материалы и методы

Исследование проводилось у больных с сальмонеллезом, проходивших лечение в ГБУ РС(Я) «Якутская Республиканская клиническая больница» на примере инфекционного отделения в период 2017-2019 года.

Результаты и их обсуждение

За 2017 год в Инфекционном отделении находилось 44 больных по поводу сальмонеллеза, из них Salmonella Enteritidis – 31, Salmonella Гр. C2-9, Salmonella Typhimurium – 4.

За 2018 год в Инфекционном отделении находилось 73 больных по поводу сальмонеллеза, из них Salmonella Enteritidis – 54, Salmonella Гр. C1 – 1, Salmonella Гр. C2 – 11, Salmonella Typhimurium – 4, Salmonella Гр. D (Salmonella typhi) -1, Salmonella Гр. B + Salmonella Typhimurium – 1, Salmonella Гр. C1 + Shigella F1 – 1.

За 2019 год в Инфекционном отделении находилось 96 больных по поводу сальмонеллеза, из них Salmonella Enteritidis – 92, Salmonella Typhimurium – 3.



Диаграмма 1

По диаграмме 2 можно сделать вывод, что наиболее частый вид штамма является Salmonella Enteritidis. Так за 2017 год больных им было 31, что составило 70,5 %, за 2018 – 54 случаев – 74 %, за 2019 – 92 случая – 95,8 % из всех сальмонеллезом, зарегистрированных в инфекционном отделении ГБУ РС(Я) «Якутская Республиканская клиническая больница».

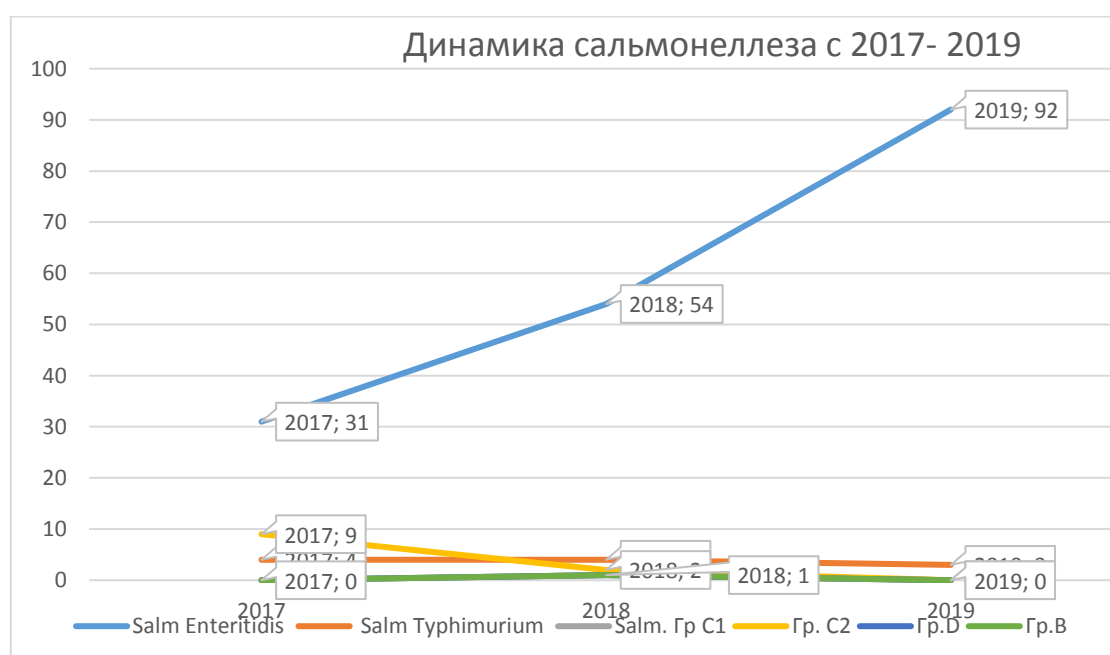


Диаграмма 2

Далее по распространенности – *Salmonella Typhimurium* за 2017 год больных составило 4 – 20,4 %, за 2018 год – 4 больных – 5,5 %, за 2019 год – 3, что составило 4,2 % из всех сальмонеллезов, зарегистрированных в инфекционном отделении ГБУ РС(Я) «Якутская Республиканская клиническая больница».

Единичные случаи *Salmonella* Гр. С1, *Salmonella* Гр. D, *Salmonella* Гр. В + *Salmonella Typhimurium*, *Salmonella* Гр. С1 + *Shigella* F1 были зарегистрированы лишь в 2018 году, в 2017 и 2019 их не выявлялось.

В 2018 году удельный вес сальмонеллезов в структуре острых кишечных инфекций составил – 7,7 % что выше удельного веса в 2017 году (6,2 %).

В этиологической структуре сальмонеллеза, как и в предыдущие года, преобладают сальмонеллы группы Д (*S. enteritidis*), удельный вес которых составил – 88,8 %, сальмонеллы группы С – 7,7 %, группы В – 3,2 %. На базе ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Саха (Якутия)» в 2018 году всего обследовано на сальмонеллы и шигеллы 39414 человек, в том числе больных и с подозрением на заболевание 3561, по эпидпоказаниям – 1445 и с профилактической целью обследовано 34408 человек.

Выделены возбудители сальмонеллеза у 220 (0,5 %) человек, в том числе больных и с подозрением на заболевание – 135 (0,3 %), по эпидпоказаниям – 51 (0,1 %) и с профилактической целью обследовано 34 (0,08 %) человек.

В динамике помесечной заболеваемости сальмонеллезом прослеживается ежегодный сезонный подъем заболеваемости в весенне-летние месяцы. В 2018 году отмечается подъем заболеваемости сальмонеллезом с мая по июль, с наибольшим нарастанием интенсивности в июне.

Распространение сальмонеллезов преимущественно в теплое время года объясняется тем, что в этот период создаются более благоприятные условия, способствующие быстрому накоплению возбудителя во внешней среде, в первую очередь в пищевых продуктах. Иначе говоря, создаются условия для активизации факторов передачи сальмонелл. Это ведет к формированию преимущественно клинически выраженных форм инфекции, которые полнее выявляются и регистрируются [5].

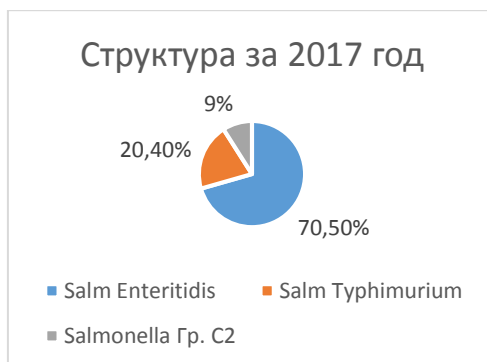


Диаграмма 3

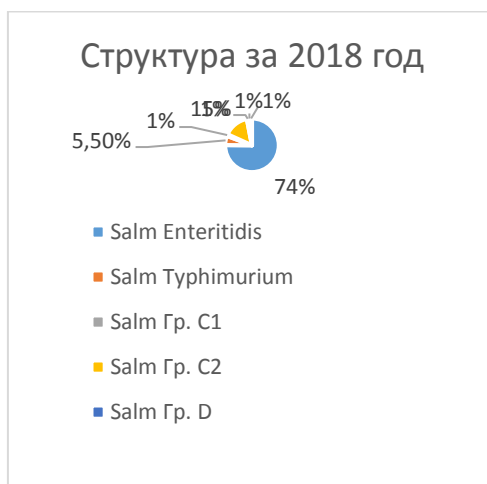


Диаграмма 4

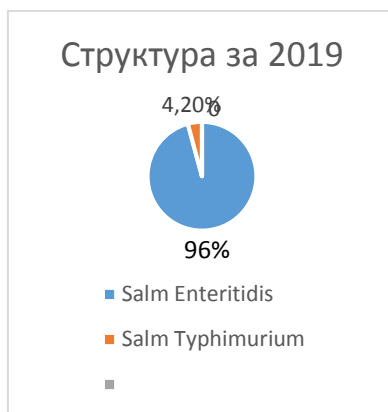


Диаграмма 5

Противоэпидемические мероприятия

Вести совместную работу с ветеринарной службой по профилактике сальмонеллеза. В рамках соглашения с Департаментом ветеринарии Республики Саха (Якутия) при проведении санитарно-эпидемиологических и административных расследований очагов групповой и вспышечной заболеваемости, а также при подъеме заболеваемости сальмонеллезом среди населения проводить совместные проверки предприятий пищевой промышленности (птицефабрик) с отбором проб сырья и продукции.

Ежегодно ветеринарной службой предоставлять информацию по лабораторному мониторингу на сальмонеллез.

Лабораторное обследование лиц, для определения источника инфекции.

Соблюдение установленных требований по проведению профилактической дезинфекции, гигиенической обработки кожи рук и тела пациентов, гигиенической и антисептической обработки кожи рук персонала, дезинсекции и дератизации.

В очаге: Специфическая профилактика бактериофагом, наблюдение за лицами, подвергшихся риску заражения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аликеева, Г.К. Инфекционные болезни: учебник / Г.К. Аликеева и др. / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
2. Бактериальные болезни: учебное пособие / под ред. Н.Д. Ющука. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 976 с.
3. Инфекционные болезни: атлас-руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.
4. СанПиН 2.3.6.1079-01 Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья.
5. <http://fguz-sakha.ru/wp-content/uploads/2019/04/%D0%93%D0%94-%D0%B7%D0%B0-2018.pdf>

REFERENCES

1. Alikeeva G.K., Yushchuk N.D., Vengerova Yu.Y. *Infektsionnyye bolezni: uchebnik* [Infectious diseases: textbook] 2nd ed., Revised. and add. – Moscow. Publ. GEOTAR-Media. 2016.
2. Yushchuk N.D. *Bakterial'nyye bolezni: uchebnoye posobiye* [Bacterial diseases: a training manual. Moscow. Publ. GEOTAR-Media. 2014. p. 976. (In Russ.).
3. *Infektsionnyye bolezni: atlas-rukovodstvo* [Infectious Diseases: Atlas Guide]. Moscow. Publ. GEOTAR-Media. 2010. p. 384.
4. *SanPiN 2.3.6.1079-01 Sanitarno-epidemiologicheskiye trebovaniya k organizatsiyam obshchestvennogo pitaniya, izgotovleniyu i oborotosposobnosti v nikh pishchevykh produktov i prodovol'stvennogo syr'ya* [SanPiN 2.3.6.1079-01 Sanitary and epidemiological requirements for public catering organizations, the manufacture and turnover of food products and food raw materials in them].
5. *Gosudarstvennyy doklad o sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Respublike Sakha (Yakutiya) v 2018 godu* [State report on the state of sanitary and epidemiological welfare of the population in the Republic of Sakha (Yakutia) in 2018]. Available at: <http://fguz-sakha.ru/wp-content/uploads/2019/04/%D0%93%D0%94-%D0%B7%D0%B0-2018.pdf>

Материал поступил в редакцию 26.02.20

**EPIDEMIC FEATURES OF SALMONELLA INFECTION AT THE EXAMPLE
OF THE TBI RS (Y) “YAKUTSK REPUBLICAN CLINICAL HOSPITAL”**

L.S. Pavlova, 5th year student
FSAEI HE Ammosov North-Eastern Federal University
(677000, Russia, Yakutsk, Belinsky str. 58)
E-mail: lyuba.pavlova97@mail.ru

N.D. Popova, 5th year student
FSAEI HE Ammosov North-Eastern Federal University
(677000, Russia, Yakutsk, Belinsky str. 58)
E-mail: nurgustana-popova@mail.ru

A.G. Fedulova, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor
FSAEI HE Ammosov North-Eastern Federal University
(677000, Russia, Yakutsk, Belinsky str. 58)
E-mail: lyuba.pavlova97@mail.ru

***Abstract.** Salmonellosis today does not lose educational value. According to the TBI RS (Y) “Yakut Republican Clinical Hospital” using the example of the infection department, we made the structure of salmonellosis diseases from 2017 to 2019. The results show that the most common type of Salmonella strain is Salmonella Enteritidis.*

***Keywords:** Salmonellosis, infection department, strain, anti-epidemic measures.*

MEDICUS

Международный медицинский научный журнал

№ 2 (32), март / 2020

Адрес редакции:

Россия, 400081, г. Волгоград, ул. Ангарская, 17 «Г», оф. 312.

E-mail: scimedicus@mail.ru

<http://scimedicus.ru/>

Изготовлено в типографии ООО «Сфера»

Адрес типографии:

Россия, 400105, г. Волгоград, ул. Богунская, 8, оф. 528.

Учредитель: ООО Издательство «Научное обозрение»

ISSN 2409-563X

Главный редактор: Мусиенко Сергей Александрович

Ответственный редактор: Малышева Жанна Александровна

Редакционная коллегия:

Иванова Ольга Николаевна, доктор медицинских наук
Абдикаримов Сериккали Жолдасбаевич, кандидат медицинских наук
Комаровских Елена Николаевна, доктор медицинских наук
Лазарева Наталья Владимировна, доктор медицинских наук
Вишнева Елена Михайловна, доктор медицинских наук
Бессонов Прокопий Прокопьевич, кандидат медицинских наук
Масляков Владимир Владимирович, доктор медицинских наук
Дороженкова Татьяна Евгеньевна, кандидат биологических наук
Вечеркина Жанна Владимировна, кандидат медицинских наук
Казущик Василий Леонович, кандидат медицинских наук
Сергушев Сергей Геннадьевич, кандидат медицинских наук
Жандарова Людмила Федоровна, кандидат медицинских наук
Каратаева Лола Абдуллаевна, кандидат медицинских наук

Редакционный совет:

Егорова Алла Геннадьевна, кандидат медицинских наук
Селихова Марина Сергеевна, доктор медицинских наук
Иллек Ян Юрьевич, доктор медицинских наук
Петрова Ольга Григорьевна, доктор ветеринарных наук
Лебедев Юрий Иванович, кандидат медицинских наук
Баяхметова Алия Алдашевна, доктор медицинских наук

Подписано в печать 13.03.2020 г. Дата выхода в свет: 20.03.2020 г.

Формат 60x84/8. Бумага офсетная.

Гарнитура Times New Roman. Заказ № 58.