



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

2022

Сборник тезисов призеров научно-практической и научно-теоретической конференций университета

2023



Рязань, 2023

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО

Сборник тезисов призёров
научно-практической и научно-теоретической
конференций университета
2022-2023 уч.г.

Рязань, 2023

УДК 61(071)

ББК 5

C232

Редакционная коллегия:

Калинин Р.Е., д.м.н., профессор

Сучков И.А., д.м.н., профессор

Меринов А.В., д.м.н., доцент

Карасева Е.А., к.м.н.

Технические секретари: Попова В.И., Иванов М.И., Федоськина А.К., Барина А.В., Богомоллов Н.Г., Борычева О.А., Булатова А.А., Булатов Н.А., Ганина С.О., Гурбанова А.А., Ивашко А.Д., Кочанова П.Д., Кузнецова Л.М., Лобков С.Е., Михайлов В.С., Муравляников Н.С., Недосекин С.А., Никонова В.А., Пемуров К.К., Ролдугина Д.А., Ромашкина А.С., Смирнова А.В., Улубекова Д.Р., Фондеркина П.Ю., Хренова Д.С., Шевченко Ю.С., Joseph Simon, Midzi Kudzai Rutendo.

C232 Сборник тезисов призёров научно-практической и научно-теоретической конференций университета 2022-2023 уч.г. / редкол.: Р.Е. Калинин, И.А. Сучков, А.В. Меринов, Е.А. Карасева; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань, 2023. – 50 с.

Сборник научных трудов составлен по материалам лучших докладов студентов с научно-практической и научно-теоретической конференций (16 декабря 2022 г., 17 марта 2023 г.). Сборник продолжает серию ежегодных изданий научных трудов студентов университета и включает итоги экспериментальных исследований, материалы клинических наблюдений, а также тезисы докладов по естественнонаучным, гуманитарным и социально-экономическим дисциплинам.

УДК 61(071)

ББК 5

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

РОЛЬ СОСУДОВ ВЬЕССЕНА-ТЕБЕЗИЯ В СИСТЕМЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ СЕРДЦА

Калинина А.Р., 1 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доц. Н.В. Овчинникова

Актуальность. Изучение сосудов Вьессена-Тебезия началось еще в 18 веке, но по сей день в профессиональном сообществе возникают споры об их анатомо-физиологическом значении.

Цель. Собрать и изучить информацию о сосудах Вьессена-Тебезия и обобщить полученные данные.

Материалы и методы. Литературные источники различных лет отечественных и иностранных авторов.

Результаты и их обсуждение. В опубликованных в 18 веке опытах Раймонда Вьессена, перевязывались верхняя и нижняя полые вены, а также легочные артерии и впрыскивался в коронарные артерии раствор сафранина. Результатом опыта было: поступление сафранина в правое предсердие не только из коронарного синуса.

Адам Христиан Тебезий в 1708 году опубликовал описание многочисленных сосудов, расположенных на эндокарде предсердий и желудочков, которые особенно хорошо видны в правом желудочке вблизи трабекул.

Грант в 1929 году опубликовал описание трех типов сосудов Вьессена-Тебезия: древовидные, анастомозирующие друг с другом и анастомозирующие с коронарной системой. Однако Poulhes, Trouett, Lacomme (1958), пришли к выводу о существовании сосудов четырех типов:

1. С коротким древовидно делящимся стволом.
2. Практически не имеющие ствола.
3. Длинные каналы, почти не имеющие ветвей.
4. Мелкие синусоидальные вены с небольшим числом ветвей.

С.П. Ильинский (1971) отмечал, способность сосудов Вьессена-Тебезия анастомозировать с крупными венозными стволами.

Сосуды Вьессена-Тебезия гистологически отличаются от артерий, вен и капилляров. Сосудов Вьессена-Тебезия имеют синусоидное строение - показало позднее гистологическое исследование.

И.И. Новиков (1975) эмбриологическим исследованием установил, что сосуды Тебезия представляют собой остатки многочисленных первичных лакун. В раннем онтогенезе по ним осуществляется питание губчатых стенок сердца непосредственно из его камер. Согласно литературным данным, количество сосудов Вьессена-Тебезия с возрастом уменьшается.

В случаях острой физической нагрузки сердце может дополнительно черпать кровь непосредственно из камеры желудочков через сосуды Вьессена-Тебезия, в этом заключается их клинично-функциональное значение.

Выводы. Сосуды Вьессена-Тебезия в большинстве случаев представляют собой синусоиды, с разными типами стволов. Выполняют компенсаторную функцию, при острых физических нагрузках или уменьшении кровотока в коронарном русле.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ОСТРОВКОВОЙ ДОЛИ

Кочанова П.Д., 2 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: ст. преп. О.Е. Гаврикова

Актуальность. Детальное знание анатомии позволяет лучше ориентироваться специалистам при хирургических вмешательствах в области островковой доли коры головного мозга.

Цель. Изучение билатеральной асимметрии островковой доли головного мозга.

Материалы и методы. Исследование проводилось на основе 10 МРТ-снимков головного мозга взрослых в возрасте от 23 до 45 лет, не имеющих патологий в области черепной коробки. Данные были предоставлены отделением магнитно-резонансной томографии ГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Измерения островковой доли проводились при помощи программы RadiAnt DICOM Viewer в трех плоскостях: аксиальной, фронтальной и сагиттальной по средству проведения перпендикуляров от самых крайних точек анатомических образований, в нашем случае – полушарий и островковой доли. Полученные данные соотносились с аналогичными измерениями соответствующего островку полушария, чтобы привести количественные показатели в качественные. Такой подход позволил точнее проанализировать билатеральную симметрию островка на снимках.

Результаты и их обсуждение. Островковая доля оказалась абсолютно симметричной только на 2 из 10 снимков. Средние значения получились следующими: коэффициент отношения длины правой островковой доли к длине правого полушария равен 0,27; длины левой островковой доли к длине левого полушария = 0,27; ширины правой островковой доли к ширине правого полушария = 0,17; ширины левой островковой доли к ширине левого полушария = 0,17; высоты правой островковой доли к высоте правого полушария = 0,20; высоты левой островковой доли к высоте левого полушария = 0,20.

Выводы. Невозможно утверждать об абсолютной симметричности островковой доли. Полученные данные могут послужить основой для дальнейшего поиска причины билатеральной асимметрии островковой доли.

ВОЗМОЖНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ИММУНОТЕРАПИИ

Ляхович О.Л., Никитина У.А., 4 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доц. И.И. Виноградов

Актуальность. При плоскоклеточном раке шейки матки (РШМ), по данным литературы, отмечено наличие позитивного PDL1-статуса в 64,5% случаев. При этом у больных раком эндометрия (РЭ) он встречается менее, чем в 5% случаев. Но микросателлитная нестабильность отмечена в 20-60% случаев.

Цель. Показать актуальность определения PDL1-статуса и микросателлитной нестабильности у пациенток с РШМ и РЭ.

Материалы и методы. Иммунотерапия ингибиторами контрольных точек –

это метод лечения злокачественных опухолей, при котором блокируются определенные рецепторы на поверхности опухоли и активируется Т-клеточная противоопухолевая активность.

Рецептор PD1 и его лиганд PDL1 являются представителями системы «иммунологических контрольных точек», основной функцией которых является регуляция иммунного ответа. PDL1 находится на опухолевых и иммунных клетках, где блокирует противоопухолевый иммунный ответ, связываясь с PD-1. Чем больше опухолевых клеток содержат PDL1, тем активнее опухоль ускользает от иммунного ответа. Блокирование сигнального пути PD1 является основным механизмом ускользания опухоли от иммунного ответа.

Эффективность антиPDL-терапии при РШМ обусловлена наличием в опухоли вирусных онкопротеинов, которые, являясь иммунологически чужеродными антигенами, обеспечивают нацеливание иммунной системы. Другим способом определения чувствительности к иммунотерапии является феномен высокой мутационной нагрузки. При её наличии в опухоли накапливается большое количество мутаций, за счет этого возникает множество неоантигенов, являющихся мишенью для иммунной системы. В подавляющем большинстве случаев высокая мутационная нагрузка связана с дефектом белков репарации ДНК, поэтому одним из признаков её наличия является микросателлитная нестабильность (MSI).

MSI – это появление в геноме опухолевой клетки новых аллелей микросателлитов вследствие нарушения работы системы репарации ДНК. Это приводит к повышению количества мутаций в опухоли, что, в свою очередь, делает её мишенью для иммунной системы.

Результаты и их обсуждение. Исследовано 20 случаев РШМ и 10 РЭ, которым с 2020 по 2023 гг были определены PDL1-статус и MSI соответственно. Позитивный PDL1-статус был обнаружен у 13 пациенток, MSI у 5 пациенток. Все исследования были проведены валидированными тест-системами с проведением положительного и отрицательного внутреннего контроля

При анализе результатов обнаружено, что частота встречаемости PDL1 при РШМ составила 65%, а MSI – 50% при РЭ, что соответствует данным литературы.

Выводы. Количество позитивных случаев с PDL1 и MSI выявленных в ГБУ РО ОКОД соответствует данным мировой и отечественной статистики.

1. Соответствие данным статистики обусловлено использованием валидированных тест-систем, что минимизирует наличие ложных результатов.
2. Наличие положительного PDL1-статуса и MSI является показанием к назначению иммунотерапии при соответствующей стадии заболевания.
3. Накопление базы данных по количеству PDL1 и MSI позитивных случаев позволит расширить возможности дальнейших исследований с целью определения течения заболевания, выживаемости этих пациенток и чувствительности к комбинированным формам терапии.

СЛУЧАЙ РЕДКОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

Никитина У.А., 4 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доц. И.И. Виноградов

Актуальность. Самым частым злокачественным новообразованием желудка

является рак. Другие же опухоли встречаются гораздо реже. Так на неходжкинские лимфомы приходится от 4 до 20 % поражения ЖКТ. Плазмоцитомы относятся к ним. Подавляющее большинство занимают MALT-лимфомы.

Плазмоцитомы встречаются крайне редко от 3 до 5 %.

Цель. Показать актуальность иммуногистохимических исследований при диагностике неходжкинских лимфом.

Материалы и методы. Продемонстрируем клинический случай плазмоцитомы желудка. Пациент обратился в РОКОД в начале октября 2013 года с микропрепаратами из скопинской ЦРБ, где ему был заподозрен рак желудка. При пересмотре гистологических стёкол в препаратах низкого качества были выявлены комплексы низкодифференцированной аденокарциномы с перстневидными клетками.

После дообследования 25 октября 2013 года пациенту выполнена операция – дистальная субтотальная резекция желудка.

Результаты и их обсуждение. Макроскопическая картина: на слизистой оболочке желудка, от средней трети до выходного отдела, преимущественно по задней стенке обнаружена язвенно-инфильтративная опухоль 11 x 10 см, прорастающая мышечные слои стенки. До дистального края резекции – 7 см, до проксимального 5 см. Лимфатические узлы вдоль большой и малой кривизны уплотнены, от 0,3 см до 1,5 см в диаметре. Резецированный большой сальник обычного вида

Микроскопическая картина: в желудке – недифференцированная опухоль, состоящая из небольших угловатых клеток с эксцентрично расположенными ядрами. Опухоль инфильтрирует стенку желудка на всю толщину с выходом на серозу и в прилежащую клетчатку, обрастает железы слизистой оболочки, сосуды, нервы и лимфатические узлы, без непосредственной инвазии в них. В краях резекции опухолевого роста не выявлено. В лимфатических узлах – гистиоцитоз синусов, метастазов не выявлено.

Пациенту предварительно выставлен диагноз перстневидноклеточный рак желудка, однако особенности роста: отсутствовала продукция слизи, опухоль росла без стромы, обрастание желез, сосудов и нервов без их деструкции, позволили заподозрить неходжкинскую лимфому.

Было проведено иммуногистохимическое исследование с некоторыми маркерами. ОЦК в железах желудка положителен, а в опухолевых клетках отрицателен. ОЛА показал положительную реакцию в этих клетках. Положительны маркеры CD-38 и CD-138, CD-79a. Заключение: фенотип соответствует плазмоцитоме.

После операции пациент прожил 4 года и в 2017 году скончался от прогрессирования заболевания.

Выводы. 1. Плазмоцитомы одна из агрессивных форм неходжкинских лимфом.

2. Иммуногистохимическое исследование является стандартом диагностики формы неходжкинских лимфом.

3. Опухоли с солидным типом роста требуют тщательного изучения для исключения неходжкинских лимфом и других типов ЗНО.

ИЗУЧЕНИЕ СТРОМАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ПРИ РЕГЕНЕРАЦИИ КОЖНОЙ РАНЫ ПОД ДЕЙСТВИЕМ БИОГЕННОГО СТИМУЛЯТОРА И ГИДРОГЕЛЯ

Черныш И.А., Расторгуева А.А., 3 курс, лечебный факультет

Научные руководители: к.м.н., доц. Т.М. Черданцева, ассист. А.А. Качкуркина, ассист. М.С. Некрасова

Актуальность. Изучение раневого процесса и поиск оптимальных методов его стимуляции не утратило своей актуальности. Вещество, покрывающее рану, является важным компонентом в ходе заживления, оно стимулирует пролиферацию и развитие грануляционной ткани, которая участвует в замещении раневого дефекта и защите от инфицирования. В эксперименте применялись наиболее известные лекарственные препараты местного действия: Гидросорб гель, обладающий водопоглощающей способностью и тканеподобной структурой, и Экстракт Алоэ, который имеет дезинфицирующее и противовоспалительное действие.

Цель. Оценить клеточный состав стромального компонента при регенерации кожной раны под действием биогенного стимулятора и гидрогеля.

Материалы и методы. Эксперимент выполнен на 18 морских свинках, которые делили на 3 группы: 1 группа – контрольная-самостоятельное заживление раны, 2 группа – лечение экстрактом Алоэ, 3 группа – применение Гидросорб геля. Рана была смоделирована путем иссечения. Забор материала проводили на 7 и 15 сутки, подвергали стандартной гистологической обработке, окрашивали гематоксилином и эозином. Для исследования препаратов использовали микроскоп Leica DM 2000. Морфометрический анализ проводили в программе ImageJ. Оценивалась толщина грануляционной ткани в мкм и ее клеточный состав в процентах на 100 подсчитанных клеток. Обработку полученных результатов проводили в программе SPSS Statistics 23.0 с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни (U-критерий).

Результаты и их обсуждение. На 7 сутки толщина грануляционной ткани преобладала в группе с применением экстракта алоэ, что было статистически значимо по сравнению с другими группами (U критерий Манна-Уитни $\leq 0,016$). Анализ клеточного состава показал, что на 7 сутки в группе контроля преобладал процент клеток воспалительного ряда. Процент клеток фибробластического дифферона был выше в опытных группах, что свидетельствует о более активной фазе пролиферации. На 14 сутки во всех группах отмечалась частичная эпителизация, снижение уровня воспалительной инфильтрации, а также созревание грануляционной ткани. Ее глубина в группах значительно увеличивается, по сравнению с 7 сутками (U критерий Манна-Уитни $\leq 0,016$). В клеточном составе во всех группах преобладают клетки фибробластического ряда над гранулоцитами, но несмотря на выраженную толщину грануляционной ткани у контроля, активная стимуляция клеток фибробластического дифферона происходила именно в опытных группах.

Выводы. Препараты гидросорб гель и экстракт алоэ оказывают стимулирующее действие на стромальный компонент проявляющееся в увеличении толщины грануляционной ткани и преобладании клеток фибробластического ряда, а также уменьшением воспалительной реакции.

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ НАУКИ

ЭВОЛЮЦИОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ ЗАДЕРЖКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ «ЗУБОВ МУДРОСТИ»

Доценко А.А., 1 курс, стоматологический факультет

Научные руководители: д.б.н., проф. О.В. Баковецкая, к.м.н., ст. преп. А.А. Терехина

Актуальность. Человек подвержен эволюционным изменениям, затрагивающим различные системы, в частности, зубочелюстную. Ведущим признаком в эволюции млекопитающих является появление гетеродонтности и дифиодонтизма зубной системы. Но возникает вопрос закончилась ли эволюция на этом или процесс преобразования продолжается? Нами впервые проанализированы филогенетические механизмы эволюционных преобразований третьих моляров.

Цель. Оценить современные нормы полиморфных вариаций третьих моляров с определением ведущих эволюционных факторов и механизмов.

Материалы и методы. Проведен анализ научной литературы по системам ведущих библиотечных платформ. Разработан и проанализирован опросник в Google-форме, в котором приняли участие 327 человек.

Результаты и их обсуждение. В течение эволюции гоминид их зубная система претерпевала процесс редукции: роль ключевых зубов перешла к первым молярам, происходил процесс цефализации, тело челюстей стало короче, ширина альвеолярного отростка уменьшилась. Одной из причин изменений жевательного аппарата послужила современная диета из обработанной и мягкой пищи, которая не стимулирует рост челюсти, от чего и страдают зубы. В связи с этим можно отметить, что на зубочелюстную систему человека действует движущая форма естественного отбора, так как происходит сдвиг нормы реакции по количеству моляров.

Анализируя результаты опроса, отмечаем, что при ответе на вопрос об общем количестве зубов 210 респондентов указали 29-32 зуба. Надо отметить, что у 42% опрошенных отсутствуют прорезавшиеся зубы мудрости. Лишь у четверти респондентов прорезались 3-4 третьих моляра. На сегодняшний день третьи моляры можно считать рудиментарными структурами.

При анализе прорезывания третьих моляров у респондентов разных возрастных групп хотелось бы отметить, что в возрастной группе 25 лет и более число и доля прорезавшихся третьих моляров выше, чем в группе до 25 лет. Это свидетельствует о смещении сроков прорезывания третьих моляров на более поздние – т.е. явление- гетерохронии, вследствие онтогенетической ретардации редуцирующихся зачатков, являющихся признаком регрессивной эволюции зубов мудрости.

При изучении путей развития третьего моляра у человека обнаруживается разный уровень эволюционной продвинутости и специализации: прорезавшийся зуб, ретинированный и агенез, что соответствует –гетеробатмии.

Отсутствие третьего моляра, по нашему мнению, можно считать результатом отрицательного филэмбриогенеза, несущего адаптивное значение для человека. Модусом которого является отрицательный архаллаксис, проявляющийся в

выпадении первых зачатков, нарушении их расчленения и ранних дифференцировок, то есть возникновение агенеза. Все вышеизложенное приводит к регрессивной эволюции челюстно-лицевой системы.

Выводы. Таким образом, изучая зубы мудрости, мы наблюдаем эволюцию человека в реальном времени. Её механизмы и направления важны для понимания изменений организма в связи с адаптациогенезом к меняющимся факторам среды.

СОВРЕМЕННЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Булатова А.А., 5 курс, лечебный факультет, Светцова А.М., 2 курс, лечебный факультет

Научные руководители: д.б.н., проф. О.В. Баковецкая, к.м.н., доц. Л.В. Евсюкова

Актуальность. В настоящее время актуальной проблемой медицины является всеобщая распространенность бездетных браков, связанных с бесплодием различного генеза. Самые востребованные методы ВРТ: ЭКО, ИКСИ, донорство гамет и тд. В данной работе мы произведем обзор метода ЭКО и клинического случая.

Цель. Изучить и проанализировать технологию ЭКО.

Материалы и методы. Медицинская документация, анализ статистических данных, данные литературы, научное обобщение.

Результаты и их обсуждение. ЭКО - последовательность манипуляций, включающая экстракорпоральное оплодотворение ооцитов. Оно включает традиционную инсеминацию *in vitro* и ICSI.

Протокол ЭКО включает в себя несколько этапов, которые происходят под контролем врача-репродуктолога. Первым этапом является отбор пациентов или же медицинское исследование пары. Следующий этап - овариальная стимуляция, направленная на получения большого пула ооцитов II. Затем врач проводит пункцию фолликулов и процедуру оплодотворения. Перенос эмбрионов в полость матки осуществляют через 48-144 часов после оплодотворения. Единовременно осуществляют подсадку не более чем двух эмбрионов, для предотвращения многоплодной беременности.

Эффективность ЭКО можно подтвердить рассмотренным нами клиническим случаем. Женщина 40 лет, обратилась к гинекологу по поводу отсутствия беременности в течение 13 месяцев половой жизни без контрацепции. Из анамнеза известно о беременности в возрасте 31 года, которая прошла без осложнений и закончилась родами в срок. При осмотре: АД- 120/80 мм рт. ст., ЧСС - 80 в мин, ИМТ - 23 кг/м², пролактин - 300 мМЕ/л, ТТГ - 2,5 мкМЕ/мл. При дополнительных исследованиях: инфекционное тестирование без особенностей, ГСГ – трубы хорошо проходимы, ФСГ – 11 МЕ/мл, АМГ - 1 нг/мл. При УЗИ на 6 день МЦ - выявлено снижение КАФ– до 4 в п/зр в обоих яичниках. Таким образом, женщине поставлен диагноз – вторичное бесплодие на фоне снижения овариального запаса, показан протокол ЭКО.

При первой попытке ЭКО получено 4 яйцеклетки, 3 были оплодотворены сперматозоидами мужа, полученный 1 живой эмбрион подсажен на 3 день развития, но имплантация была неудачной.

При второй попытке, после 3 месяцев предгравидарной подготовки, получили 5 яйцеклеток. Произвели инсеминацию и на 5 день развития 1 эмбрион подсажен в полость матки. Через 2 недели получили данные по биохимической беременности. УЗ-мониторинг показывал нормальное развитие плода. Роды произошли в срок, здоровым ребёнком.

Выводы. Таким образом, ЭКО является эффективным и самым доступным методом лечения бесплодия в РФ.

ВОЗРАСТНЫЕ ОТЛИЧИЯ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ БЕЛКОВ И ВНИСММ В МОНОНУКЛЕАРНЫХ ЛЕЙКОЦИТАХ КРОВИ ЖЕРЕБЦОВ

Строкова Е.М., 3 курс, педиатрический факультет

Научные руководители: к.б.н., доц. А.М. Шитикова, к.б.н., доц. В.И. Звягина

Актуальность. Процесс старения вызывает изменения в структуре и функционировании иммунной системы. Эффективность окислительного метаболизма также уменьшается с возрастом, способствуя созданию связанной со старением воспалительной среды. Моноциты при контакте с различными эндо- и экзогенными факторами интенсивно вырабатывают АФК, которые являются повреждающим агентом белков. В результате их повреждения происходит накопление ВНиСММ, обладающих токсическим действием, однако их связь с возрастным фактором остается малоизученной.

Цель. Изучить степень ОМБ и уровень ВНиСММ в МЯЛ крови в разных возрастных группах жеребцов.

Материалы и методы. Были исследованы МЯЛ крови 34 чистокровных арабских жеребцов в возрасте от 3 до 25 лет. В зависимости от возраста животных делили на 3 группы: первая - жеребцы 3-5 лет, вторая - 6-15 лет и третья – 16-25 лет. Определение ОМБ проводили по методике R.L.Levine в модификации Е.Е.Дубининой; ВНиСММ по методу М.Я.Малаховой. Площадь под кривой спектра поглощения продуктов ОМБ проводилась в соответствии патента М.А.Фоминой, разработанного на нашей кафедре. Статистическую обработку проводили с использованием программы Statistica 10 и «Microsoft Office Excel 2016». Для оценки статистической значимости использовали U – критерий Манна-Уитни с поправкой Бонферрони. Результаты представляли в виде медианы и верхнего и нижнего квартилей [Q1;Q3].

Результаты и их обсуждение. Обнаружено, что в 3 группе жеребцов в МЯЛ уровень АДНФГ основного характера (24.82 [11.80;48.04]) и КДНФГ основного характера (4.25 [2.04;9.57]), АДНФГ нейтрального характера (56.97 [34.66;115.66]), а также общий уровень карбонильных производных (108.91 [66.60;222.95]) статистически выше, чем во второй группе. В 3 группе наблюдается более высокий уровень ОМБ по сравнению с группой 1, однако достоверных отличий мы не получили. Площадь под кривой спектра окислительной модификации белков в 3 группе животных значительно больше, чем в других двух группах. На спектрограмме ВНиСММ в МЯЛ крови обнаружено, что в любых возрастных группах площади под кривыми не имеют резких различий, что говорит об отсутствии статистической значимости содержания ВНиСММ у животных разного возраста.

Выводы. 1. Наблюдается тенденция к увеличению продуктов ОМБ в МЯЛ жеребцов третьей группы по сравнению с животными первой группы.

2. Увеличение уровня ОМБ в МЯЛ крови жеребцов старшего возраста может явиться одним из возможных механизмов развития связанной со старением воспалительной среды.

3. Статистически значимых отличий в содержании ВНиСММ в группах животных разного возраста не обнаружено, что позволяет предположить об отсутствии связи эндогенной интоксикации с ОМБ.

ИЗУЧЕНИЕ АНКСИОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ А И Б ПРИ ОСТРОМ СТРЕССЕ

Кружалов Н.А., Глазков Д.А., 3 курс, лечебный факультет

Научные руководители: ассист. М.М. Градинарь, ассист. А.С. Есенина

Актуальность. Препарат X – оригинальный отечественный лекарственный препарат, обладающее антигипоксической и антиоксидантной активностью. Препарат Y – это алифатическое фенотиазиновое производное, оказывает выраженное противотревожное действие. Вследствие чего актуальным представляется изучение анксиолитической активности комбинации препаратов при остром стрессе.

Цель. Изучить анксиолитическую активность комбинации препаратов X и Y на модели острого стресса.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 80 крысах Wistar, средней массой 250 грамм, которые были разделены на 5 групп по 16 животных в каждой. 1 группа – норма. 2 группа-контроль, животным которым внутривенно вводили физиологический раствор в дозе 50 мл/кг массы. Третьей, четвертой и пятой группе внутривенно вводили соответственно препарат X в дозе 50 мг/кг, препарат Y в дозе 5мг/кг и комбинацию препаратов X и Y в аналогичных дозах. Все лекарственные средства вводились 2 раза в день в течении 7 суток. После курсового введения все группы крыс, кроме 1, были подвергнуты острому стрессу: 8 крыс из каждой группы - иммобилизационному стрессу путем фиксации лап на 60 минут, другие 8 крыс из каждой группы - стрессу по Жюве, который реализовывался путем помещения крыс на малые площадки в бассейн с водой на 24 часа. После окончания воздействий оценивалось поведение животных в тесте «открытое поле».

Результаты и их обсуждение. При моделировании иммобилизационного стресса произошло снижение горизонтальной активности животных группы контроля на 50,7% ($p=0,038$) увеличение длительности груминга на 576,2% ($p=0,001$) по сравнению с нормой. Введение комбинации препаратов вызывало увеличение горизонтальной активности крыс на 148,6% ($p=0,004$) и снижение длительности груминга на 66,2% ($p=0,019$) по сравнению с контролем. При этом комбинация препаратов вызвала увеличение горизонтальной активности по сравнению с препаратом X ($p=0,035$) и препаратом Y ($p=0,066$) и снижение длительности груминга по сравнению с препаратом Y ($p=0,03$).

Моделирование стресса по Жюве приводило к повышению горизонтальной активности животных группы контроля на 126,4% ($p=0,0001$) и вертикальной активности на 258,4% ($p=0,0001$) по сравнению с нормой. Введение препарата Y

приводило к снижению горизонтальной активности животных на 56,3% ($p=0,0001$) и вертикальной активности на 40,7% ($p=0,016$) по сравнению с контролем. Введение изолированного препарата X и комбинации препаратов достоверного влияния на изучаемые показатели поведения в тесте «Открытое поле» не оказало.

Выводы. Комбинация препаратов оказывает выраженное анксиолитическое действие на модели иммобилизационного стресса, превосходящее эффект изолированных веществ и не эффективна при модели стресса по Жюве.

СТОМАТОЛОГИЯ

АКУСТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА СНИЖЕНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Понкратова А.А., 4 курс, стоматологический факультет

Научный руководитель: к.м.н., ассист. А.В. Атаян

Актуальность. Стоматологическая тревога определена как серьезная проблема, которая мешает работе стоматологов. Что еще более важно, стоматологическая тревога играет особую роль в избегании помощи специалистов, следовательно, у пациентов развиваются более тяжелые формы заболеваний ЧЛЮ и полости рта.

Цель. 1. Изучить и обработать доступную информацию, в которой отражается влияние шума и музыки на психоэмоциональное состояние стоматологических пациентов;

2. Рассмотреть различные методы, позволяющие снизить тревожность у пациентов во время стоматологического приёма.

Материалы и методы. Для данной научной работы использовались материалы, размещенные в сети «Интернет». Особенно активно использовались статьи из таких источников: поисковая система по биомедицинским исследованиям – PubMed, научно-информативная социальная сеть – ResearchGate и научная электронная библиотека – КиберЛенинка. Производился анализ статей и исследований, посвященных теме тревожности стоматологических пациентов на приеме.

Результаты и их обсуждение. По результатам одного из исследований, используемого в данной работе, было выявлено, что пациенты с тревожностью воспринимают звуки стоматологического кабинета на совершенно другом уровне, нежели пациенты без нее.

Это было выяснено в 2013 году в Японии. По результатам анкетирования, которое оценивало уровень тревожности на стоматологическом приеме, исследователи разделили участников на две группы, после чего проводили сканирование мозга в аппарате МРТ, во время которого воспроизводили звуки стоматологического кабинета. Результаты показали, что у людей без тревожности во время исследования была активна слуховая кора головного мозга, а у людей с тревожностью – хвостатое ядро, которое отвечает за поведенческие функции.

А в 2022 году в ОАЭ проводилось исследование, целью которого являлась оценка влияния музыки на тревожность пациентов, уровень кортизола в слюне, частоту сердечных сокращений и других показателей во время стоматологического лечения.

В этом исследовании были случайным образом отобраны 46 пациентов, которые нуждались в срочном эндодонтическом лечении.

Участники были разделены на две группы. В первой группе находились пациенты, которым проводили эндодонтическое лечение, во время которого они слушали спокойную музыку. А во второй – пациенты, которым проводили ту же стоматологическую процедуру, но без воздействия музыки.

Результаты показали, что музыкальная терапия может помочь в снижении

уровня показателей, но требуются еще исследования с большей выборкой.

Выводы. 1. Рассмотрели влияние «стоматологических» звуков на пациентов с тревожностью и без нее, а также изучили влияние музыки на пациентов.

2. Пришли к выводу, что легкая, спокойная музыка облегчает состояние тревожности у большей части пациентов, помогая им легче переносить стоматологические манипуляции.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЮГЕЛЬНЫХ, ТЕЛЕСКОПИЧЕСКИХ И ПОКРЫВНЫХ ПРОТЕЗНЫХ КОНСТРУКЦИЙ

Игнатов П.М., 3 курс, стоматологический факультет

Научные руководители: к.м.н., доц. А.В. Гуськов, ассист. А.А. Олейников

Актуальность. Реабилитация пациентов с частичным отсутствием зубов съемными ортопедическими конструкциями является актуальной задачей, так как возможные варианты протезирования зависят не только от выбранной стратегии, направленной на создание благоприятного прогноза, но и от эстетических особенностей конструкции, предпочтений пациента, финансовых возможностей.

Цель. Провести сравнительную характеристику съёмных протезных конструкций, составить алгоритм выбора конструкции.

Материалы и методы. Анализ стоматологической литературы (“Pubmed”, “Cyberleninka”, “Elibrary”).

Результаты и их обсуждение. Результатом работы является составление алгоритма выбора протезной конструкции, основанного на клинической картине, состоянии и количестве сохранившихся зубов, аллергоанамнезе, финансовых, эстетических аспектах.

Выбор конструкции осуществляется при невозможности протезирования на имплантатах по клиническим противопоказаниям.

Рассмотрим базовые клинические условия:

Частичное отсутствие зубов на челюсти не более 8, разные функциональные группы утраченных зубов, ИРОПЗ $< 0,6$, если все данные отрицательны, то рекомендуется несъемное протезирование, иначе – съемная конструкция.

Далее стоит вопрос о максимальном количестве отсутствующих зубов, если оно менее 8, то о состоянии зубов и аллергоанамнезе, если оба ответа положительны – термопластический протез.

При удовлетворительном состоянии зубов, отсутствии аллергии на акрил и/или металл, встает вопрос эстетики, если она важна – бюгельный протез на пелотах.

Если в данной ситуации пациенту не важна эстетика – бюгельный протез с кламмерной системой фиксации.

Рассмотрим клинический случай, при котором опорные зубы подвергались эндодонтическому лечению и/или ИРОПЗ = $0,6-0,8$. На основе аллергоанамнеза делается вывод о дальнейшей конструкции.

При наличии аллергии на акрил/металл – рекомендуется безметалловая эстетическая реставрация опорных зубов с постановкой термопластического протеза.

При отсутствии аллергии, встает вопрос эстетики, если она важна,

ИРОПЗ=0,6-0,8, отсутствует резорбция костной ткани–телескопический протез, если нет– бюгельный протез на пелотах.

При менее 6 сохранившихся зубах на челюсти, вне зависимости от их состояния акцент делается на аллергоанамнезе, при наличии аллергии – термопластический протез. При ее отсутствии и невысоких эстетических требованиях – частичный съемный акриловый пластиночный протез.

При неудовлетворительном состоянии зубов, не позволяющем получить эффективную клammerную ретенцию, низких клинических коронках, количестве сохранившихся зубов до 3-5–покрывной протез.

Выводы. Однозначно нельзя сделать вывод о золотом стандарте съемного и условно съемного протезирования. Однако, составленный алгоритм не только актуализирует виды протезных конструкций, но и упрощает выбор для дальнейшего протезирования.

КАРКАСНАЯ ОТТИСКНАЯ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННАЯ ЛОЖКА

Куликова Д.А., 5 курс, стоматологический факультет

Научные руководители: к.м.н., доц. О.С. Гуйтер, ассист. С.И. Калиновский

Актуальность. Ожидается стагнация объема рынка стоматологии в России в связи со сложившейся экономической ситуацией в стране, что подчеркивает важность снижения стоимости лечения. Необходим поиск более дешевых вариантов, позволяющих компенсировать значительный рост цен на стоматологические материалы. Данный метод будет предложен как альтернативный способ изготовления индивидуальной ложки, что позволит устранить лабораторный этап, сократить время работы, стоимость услуги и количество посещений врача пациентом. Это изобретение решает важные проблемы в стоматологии: экономит время пациента, зубного техника и врача, уменьшает стоимость стоматологической услуги.

Цель. Оптимизировать процесс ортопедической реабилитации пациентов стоматологического профиля, имеющих дефекты зубных рядов различной протяженности, в том числе и с полным отсутствием зубов верхней и/или нижней челюсти путем использования разработанной каркасной оттискной индивидуализированной ложки.

Материалы и методы. Разработка представляет собой комплект из стандартной оттискной ложки и светоотверждаемой пластины Elite LCtray. Ее можно использовать во всех стоматологических кабинетах, оборудованных ультрафиолетовой лампой. Отрывается пластинка нужного размера в соответствии с маркировочными линиями, приминается к внутреннему краю ложки, вносится в полость рта, адаптируется, за счет жесткого каркаса все контролируемо преформируется, засвечивается, получается оттиск. За счет излишков материала формируются участки повышенной компрессии, адаптируются внешние края ложки при необходимости.

Результаты и их обсуждение. Продуктом проекта является оттискная ложка, предназначенная для получения оттисков верхней или нижней челюсти с возможностью индивидуализации альвеолярной и палатинальной части, отличающаяся наличием жесткого каркаса, расположенного на вестибулярной и

дистальной поверхности оттисковой ложки, комплектуемая пластинкой фотополимерного материала с нанесенными на него маркировочными штриховыми разрезами для равномерного отрыва излишков материала, поставляемой в запаянном непрозрачном пакете, препятствующем отверждению материала.

Выводы. Сравнение каркасной оттисковой индивидуализированной ложки со стандартным методом изготовления индивидуальной ложки:

1. Необходимо всего 1 посещение врача пациентом, в отличие от 2 для стандартного метода изготовления индивидуальной ложки.

2. Стоимость услуги в два раза ниже.

3. Задействован в работе только врач, без помощи зубного техника.

4. Не нужно получение предварительных оттисков стандартной ложкой.

5. Нет увеличения расхода оттискового материала.

6. Возможен контроль степени конгруэнтности поверхности оттисковой ложки к слизистой оболочке полости рта.

7. Возможна регуляция компенсационного зазора для снижения давления на гиперемированную слизистую, слизистую оболочку 3 класса по Суппле и т.д.

ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Фролова В.А., 4 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., ассист. Н.В. Белокурова

Актуальность. Одной из причин инвалидизации по-прежнему остаются когнитивные расстройства (КР) или когнитивные нарушения (КН). В нашей стране данной проблеме не уделяют достаточного внимания. Во многом это связано со сложностями диагностики деменции и отсутствии надежных эпидемиологических данных о распространенности и заболеваемости данной патологией.

Цель. Выявить частоту встречаемости КН у больных неврологического профиля, проходящих лечение на базе «ГБУ РО ОКБ ГБ № 10».

Материалы и методы. В рамках данной работы проведено обследование 76 человек, которых условно можно разделить на две группы. В первую группу вошли пациенты с жалобами и подозрением на КР (возрастная группа 50 и более лет). Во вторую группу (контрольная группа) - 22 человека без признаков КР (возрастная группа от 50 и более лет). В работе были использованы следующие методы: а) изучение истории болезни каждого пациента; б) данные неврологического осмотра; в) данные нейропсихологического исследования (экспресс-методы - тестирование (MMSE), Мини-Конг, шкала депрессии Бека).

Результаты и их обсуждение. В результате работы выявлено, что КН отмечались у 69% пациентов, которые не предъявляли жалоб когнитивного характера. Также оценивали группу риска больных, в которую вошли пациенты с сопутствующими факторами развития КН, с учетом гендерной принадлежности (выявили наибольшую распространённость КН у женщин). Из 23 женщин у 18 были обнаружены КН разной степени, что составляет 78%. Из 23 мужчин у 14 были обнаружены КН разной степени (60% из 23 мужчин). У 41% больных с КР в анамнезе отмечалось наличие коморбидного заболевания (сахарный диабет, гипертоническая болезнь). У 3% пациентов было выявлено наличие мультифокального атеросклероза сосудов. Были использованы также скрининговые нейропсихологические тестирования: 1. МИНИ-КОНГ(14/46 пациентов по результату тестирования имеют КР); 2. MMSE(9/46 пациентов-ЛКР, 12/46 пациентов УКР); 3. Шкала Бека (15 пациентов-легкая степень депрессии, 10 пациентов-умеренная степень депрессии, 3 пациента-тяжелая степень депрессии).

Выводы. В рамках данного исследования можно сделать вывод, что КР - распространенное заболевание, которое может встречаться у людей, как отмечающих у себя нарушение КФ, так и отрицающие данные изменения. Диагностирование данного заболевания на ранней стадии позволяет остановить прогрессирование КР. Это возможно при соблюдении следующих необходимых условий:

1. Перестать списывать поведение пациентов на возраст и при обнаружении у них симптомов КН направлять к врачам-неврологам/психиатрам;
2. Необходимо проведение разъяснительной работы среди широких слоев населения о важности своевременной диагностики КР.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В БАССЕЙНЕ АРТЕРИИ ПЕРШЕРОНА

Тришкина А.О., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доц. О.В. Евдокимова

Актуальность. Ишемический инсульт в бассейне артерии Першерона - одна из самых частых причин поражения сразу обоих таламусов. В связи с этим риск летальных исходов значительно возрастает по сравнению со случаями, где затрагивается только один таламус. При этом не все методы нейровизуализации способны распознать данную сосудистую катастрофу.

Цель. Разобраться в особенностях клинической картины при ишемическом инсульте в бассейне артерии Першерона, а также в проведении инструментальной и дифференциальной диагностики.

Материалы и методы. Пациент М., 53 лет доставлен 31.10.22 г. в ГБУ РО ОКБ в состоянии умеренного оглушения.

Из анамнеза жизни: страдает гипертонической болезнью.

Объективно при поступлении: умеренное оглушение, дисфагии нет. Сходящееся косоглазие, парез взора вверх. Лицо симметричное, язык не высовывает. Выраженная дизартрия. Явных парезов нет. Симптом Бабинского отрицательный. Чувствительность, координацию, когнитивную сферу оценить невозможно из-за тяжести состояния. Зрачки узкие OD=OS, АД 130/75 мм.рт.ст., ЧСС 82 уд/мин.

Результаты и их обсуждение. При поступлении у пациента наблюдалась классическая для данной патологии триада симптомов:

угнетение уровня сознания, причем сознание может угнетаться вплоть до комы, может возникать гиперсомния;

нарушения движения глаз: нарушение функции взора по вертикали проявляется парезом взора вверх или сочетанием пареза взора вверх и вниз. Иногда отмечается страбизм кнутри.

Нейропсихические нарушения: пациенты теряют ориентацию в месте, времени и собственной личности, становятся тревожными и апатичными. Для исключения органических поражений головного мозга пациенту после осмотра была сделана КТ. При исходной диагностике данных за наличие патологических изменений в веществе головного мозга не было обнаружено. Было рекомендовано проведение МРТ.

При МР-обследовании очаг ишемии был представлен гиперинтенсивным сигналом, включающим парамедиальные области таламуса. В DWI- режиме были обнаружены участки ограниченной диффузии парамедиальных зон обоих таламусов с гиперинтенсивным сигналом этих зон на T2-взвешенных изображениях и в режиме FLAIR, что указывало на острые сосудистые катастрофы этих областей.

Важно дифференциальную диагностику парного поражения таламусов вследствие ишемии артерии Першерона с аналогичным поражением таламусов из-за метаболических процессов (б. Вильсона), токсических процессов (энцефалопатия Вернике, центральный понтинный миелиноз), инфекции (б. Крейтцфельдта - Якоба), других сосудистых поражений.

Выводы. Таким образом при ишемическом инсульте в бассейне артерии Першерона будет отсутствовать односторонняя симптоматика: не наблюдается гомонимной гемианопсии, гемипарезов.

Характерными клиническими проявлениями служат: расстройства сознания, глазодвигательные нарушения, нейропсихологические расстройства.

Основными инструментальными методами диагностики являются:
МРТ в режиме DWI, FLAIR и T2, КТ ангиография ГМ.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ УСТАНОВОК И СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Богомаз А.А., Гуркина А.Б., 2 курс, факультет клинической психологии
Научный руководитель: к.психол.н., доц. А.М. Лесин

Актуальность. Компетентность и эффективность медицинских работников, которым постоянно необходимо принимать важные решения, напрямую связаны с выраженностью у них иррациональных установок, которая может зависеть от осмысленности жизни личности, ее смысложизненных ориентаций. Понимание этой взаимосвязи может дать научную основу для развития их личностной и профессиональной компетенций в стенах вуза, что важно, поскольку их будущая работа связана с ответственностью за жизнь и здоровье других людей.

Цель. Выявление взаимосвязей выраженности иррациональных установок и уровня смысложизненных ориентаций студентов-медиков.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 103 человека 18-23 лет. Использованы методики «Диагностика иррациональных установок» А. Эллиса, «Тест смысложизненных ориентаций» Д.А. Леонтьева.

Результаты и их обсуждение. Были обнаружены только отрицательные взаимосвязи между выраженностью иррациональных установок и уровнем всех смысложизненных ориентаций студентов-медиков. Это может говорить о том, что чем меньше у них выраженность данных установок, тем выше их осмысленность жизни. При этом имелись различия в количестве таких взаимосвязей.

Больше всего взаимосвязей обнаружено между выраженностью низкой фрустрационной толерантности, оценочной установки и уровнем смысложизненных ориентаций. Что говорит о том, что студенты с высокой осмысленностью жизни более рационально оценивают свои и чужие поступки, их последствия, что повышает устойчивость к фрустрирующим ситуациям. Интересно, что выраженность долженствования в отношении других имела больше взаимосвязей с уровнем смысложизненных ориентаций, чем долженствования в отношении себя. Видимо, чем выше осмысленность собственной жизни, тем меньше требований они предъявляют к окружающим, проявляют терпимость. Высокие требования студента-медика к себе могут быть обусловлены особыми ожиданиями общества от врачей и их профессиональной компетентности.

Меньше всего взаимосвязей было обнаружено между выраженностью катастрофизации и уровнем смысложизненных ориентаций. Это может свидетельствовать об устойчивости данной установки, но чем больше смысловых взаимосвязей имеют студенты в структуре направленности, тем меньше её выраженность, что может быть позитивным фактором их будущей профессиональной деятельности.

Выводы. Таким образом, установлено, что чем меньше выраженность иррациональных установок студентов-медиков, тем выше уровень осмысленности

их жизни. Выраженность установки катастрофизации в меньшей степени связана со смысложизненными ориентациями, характеризуется относительной устойчивостью, а завышенные требования к себе и рациональность мышления могут обуславливаться ожиданиями общества высокой компетентности врачей.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Богомаз А.А., Четикова Е.В., 2 курс, факультет клинической психологии

Научный руководитель: к.психол.н., доц. А.М. Лесин

Актуальность. Оказание качественной медицинской помощи требует развития необходимых профессиональных и личностных компетенций и качеств специалиста, одним из которых выступает ответственность. Поскольку медикам постоянно приходится принимать важные решения, актуальным является изучение ее психологических особенностей как системного свойства личности на этапе профессионального становления студентов медицинского профиля.

Цель. Изучение психологической структуры ответственности студентов медицинских университетов.

Материалы и методы. Использована методика «Многомерно-функциональная диагностика ответственности-110» (Прядеин В.П., Мухлынина О.В.). Выборку составили 64 студента-медика 18-23 лет.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что среди регуляторно-динамических характеристик ответственности студентов-медиков высокие значения имела интернальность, что может говорить об относительной независимости студентов от внешних обстоятельств и контроля при выполнении ответственных задач.

Среди мотивационно-смысловых характеристик были получены высокие значения в выраженности следующих психологических переменных ответственности: осмысленности, предметности и субъектности, эмпатии, взятия ответственности на себя, экстраполяции. Это может указывать на целостное представление студентов об ответственности, их самоотдачу в выполнении коллективных задач, готовность к взаимодействию с другими специалистами для оказания помощи. Студенты-медики осознают важность самореализации и стремления к завершению задач, связанных с ней, направлены на оказание помощи и проявление сопереживания, готовы нести ответственность за свои решения, что, вероятно, связано с началом формированием их профессиональной идентичности. При этом они готовы анализировать свои поступки и их последствия.

Выводы. Таким образом, было выявлено, что ответственность студентов-медиков характеризуется высокой выраженностью регуляторной интернальности и когнитивной осмысленности, а также результативной продуктивности и субъектности, экстраполяции, эмпатии и взятия ответственности на себя.

Студенты-медики осознают и понимают саму суть ответственности как значимого свойства личности, являются относительно независимыми от внешних обстоятельств при выполнении задач, понимают важность саморазвития, готовы анализировать вероятные последствия своих поступков и принимать свои ошибки. Также студенты расположены к взаимодействию в решении групповых задач и

сопереживанию окружающим. Однако, средняя выраженность эргичности ответственности может говорить о еще недостаточной готовности студентов реализовывать это свойство на практике в силу их малого включения в непосредственную профессиональную деятельность.

ФАРМАЦИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММЫ ГЛИКОАЛКАЛОИДОВ В КОЖУРЕ КЛУБНЕЙ КАРТОФЕЛЯ КЛУБНЕНОСНОГО (*SOLANUM TUBEROSUM*, *SOLANACEAE*)

Богомолов Н.Г., 4 курс, фармацевтический факультет, Софронова А.И., 2 курс, фармацевтический факультет, Фомичева Д.А., 1 курс, фармацевтический факультет

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

Актуальность. Поиск новых лекарственных средств помогает в решении существующих проблем антибиотикорезистентности, фармакотерапии злокачественных новообразований и др. Перспективным объектом исследования является растительное сырье, содержащее вторичные метаболиты, например, гликоалкалоиды (ГА), образующиеся в кожуре клубней картофеля клубненосного: α -соланин и α -чаконин. Они обладают потенциальной фармакологической активностью (противомикробной, противогрибковой, противоопухолевой и др.).

Цель. Определить содержание суммы гликоалкалоидов в экстрактах из кожуры клубней картофеля клубненосного (*Solanum tuberosum*, *Solanaceae*) методом ВЭЖХ-МС/МС.

Материалы и методы. В работе использовались клубни картофеля клубненосного сорта Гала. Пробоподготовка: инсоляция клубней солнечным светом, получение срезов кожуры (3–5 мм), сушка сырья, измельчение до 5 мм.

Экстракция ГА проводилась растворами: уксусной кислоты 5% водной, пиридина, спиртов этилового или метилового 95%. Использовали режимы настаивания: перемешивание в течение 90 минут при температуре 25°C или 55°C. Соотношение сырье – экстрагент 1:3. Использовали чистый растворитель или его смесь с уксусной кислотой, с содержанием последней 8,3% к общей массе. Осаждение ГА: раствором аммиака 25% с центрифугированием, охлаждением или выпаривание под вакуумом.

Количественное определение – ВЭЖХ-МС/МС (ВЭЖХ-«Ultimate 3000» с тройным квадрупольным масс-спектрометрическим детектором TSQ Fortis (Thermo-Fisher, США) в градиентном режиме элюирования (метанол и муравьиная кислота), внутренний стандарт – фексофенадин, положительный режим ионизации.

Статистический анализ результатов проводили в программе Statistica 13.0.

Результаты и их обсуждение. Получены 36 экстрактов с использованием 12 методик по 3 повторения каждой. Определены масс-спектры стандартов и расшифрованы интенсивные осколочные ионы.

Получены хроматограммы и определены времена удерживания стандартов α -соланина и α -чаконина: $4,83 \pm 0,013$ и $4,85 \pm 0,0033$ соответственно.

Минимальное количество ГА обнаружено в экстрактах, полученных по методике с подкисленным метанолом с нагреванием и осаждением целевых веществ аммиаком и составило $0,108 \pm 0,0675$ мг на 100 г сырья. Максимальное количество ГА в экстрактах, полученных при применении 5% уксусной кислоты с нагреванием, составило $41,10 \pm 20,40$ и при комнатной температуре – $44,30 \pm 15,80$ мг на 100 г сырья ($p < 0,05$). Различий в сумме ГА в экстрактах при использовании раствора кислоты уксусной не выявлено ($p > 0,05$). Нагревание смеси –

дополнительная технологическая операция, не приводящая к увеличению выхода.

Выводы. Определили сумму гликоалкалоидов в кожуре клубней картофеля клубненосного (*Solanum tuberosum*, Solanaceae) методом ВЭЖХ-МС/МС. Экстрагент – водный раствор кислоты уксусной 5% при комнатной температуре с использованием раствора аммиака 25% для осаждения показал наибольший выход α -соланина, α -чаконина.

ТЕРАПИЯ

РАННИЙ ТРОМБОЗ СТЕНТА КАК ПРИЧИНА ОСЛОЖНЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Намазова К.И., 6 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доц. Ю.А. Панфилов

Актуальность. ЧВК—оптимальный метод восстановления кровотока в коронарных артериях (КА) при любом типе ОКС, частота выполнения которого в течение последних лет непрерывно растет. Однако увеличивается частота тромбоза стента, которая составляет 0,87–2,2%.

Цель. Изучить клинический случай, выявить факторы риска, проанализировать возможность прогнозирования риска раннего тромбоза стента.

Материалы и методы. История болезни.

Результаты и их обсуждение. Пациент С. 06.10.22 поступил в ГБУ РО ОКБ с типичными жалобами стенокардитического характера. При опросе пациента выявлено, что около 2-х лет повышается АД до 180/80 мм. рт. ст. принимал конкор. Тропонины (ТН) отрицательны. GRACE применимо/неприменимо: 107/177 баллов. Госпитализирован с ИБС: ОКС без подъема сегмента ST. По дежурству жалоб со стороны сердца нет, б/х крови: гл. 17,7 ммоль/л; ТН 114,4 нг/л; ОХ 7,64 ммоль/л; ЛПНП 4,4 ммоль/л; ТГ 2,8 ммоль/л. С учетом клиники, увеличения ТН, изменениями по ЭКГ-инверсия зубца Т, была выявлена ИБС: неQ-образующий ИМ. Стал получать стандартную терапию: б-блокаторы, иАПФ, ДААТ, статины.

07.10 была проведена КАГ: в ДВ в проксимальном и среднем сегменте протяженный стеноз 70-90%. Выполнена ЧТКА и двойное ЭП ДВ. Контроль: кровотоки TIMI III. Уровень ТН 228,6 нг/л.

На 4 сутки пациент пожаловался на выраженный болевой синдром. По результатам ЭКГ-подъем сегмента ST в V2-V5, I, aVL. На экстренной КАГ: ДВ в устье сужена на 70%, ранее установленные стенты в проксимальном и среднем сегменте окклюзированы. Была проведена проводниковая реканализация и ЭП ДВ от устья, среднего сегмента и ЧТКА ПМЖА. Контроль: кровотоки TIMI III. Уровень тропонинов-336,1 нг/л.

На 5 сутки на ЭхоКГ: гипертрофия миокарда ЛЖ, в области верхушки выраженный гипокинез. ФВ 46 %. Уровень ТН: 1954 нг/л. Консультировал эндокринолог по поводу впервые выявленного СД. В лечении был добавлен метформин.

На 9 сутки по ЭхоКГ: дискинез в области верхушки и объемное образование диаметром до 13 мм. В терапию был добавлен варфарин. По ХМ ЭКГ: 32 эпизода элевации ST общей длительностью 06:10:50 в V2, V5, aVF. Уровень ТН 1344 нг/л. Уровень HbA1C- 9,1%.

21 сутки по ЭхоКГ: зоны гипокинезии прежние. Тромба нет. По ЭКГ: сохраняется элевация ST в V2-V5.

Диагноз при выписке: ИБС: не Q-инфаркт миокарда левого желудочка от 06.10.22. КАГ от 07.10.22. Многососудистое стенозирующее поражение коронарных артерий. ЧТКА и двойное ЭП ДВ от 06.10.22. Рецидив инфаркта миокарда с переходом в Q-инфаркт миокарда передней стенки ЛЖ от 09.10.22. Острая аневризма верхушки ЛЖ.

Тромб верхушки ЛЖ.

Риск развития тромбоза стента по шкале RICK-PCI -3 балла, ST – 1 балл, PARIS- 5 баллов.

Выводы. Факторы риска первичного тромбоза стента: впервые выявленная ИБС, ОКС с подъемом сегмента ST, наличие тромба в КА, многососудистое поражение, множественная имплантация стентов, низкая ФВ, ГБ, СД, впервые выявленный, дислипидемия, медикаментозно наивный пациент и мужской пол + дополнительно могут быть – отсутствие ДААТ, избыточная масса тела, нарушение ритма сердца, ХСН, ХБП и генетическая резистентность к клопидогрелю. Адекватно назначенная терапия наиболее эффективными антиагрегантами, высокая приверженность пациента к лечению – это возможности снизить риск тромбоза стента. Большинство других факторов риска тромбоза стента или не модифицируемые, или зависят от технических особенностей процедуры.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ, ВОЗНИКШЕЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Гурбанова А.А., 6 курс, лечебный факультет

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

Актуальность. Одновременный прием двух антиаритмических препаратов, обладающих проаритмогенным эффектом, особенно у пациентов с очагами фиброза миокарда или при наличии рубцовых изменений в нем, способствует возникновению аритмии, которая может стать причиной развития инфаркта миокарда (ИМ).

Цель. Проанализировать клинический случай (КС) развития ИМ как осложнения желудочковой тахикардии (ЖТ), возникшей на фоне приема антиаритмических препаратов.

Материалы и методы. Пациент Б., 80 лет, с 09.11.20 г. в связи с выявленной желудочковой экстрасистолией принимал Этагизин 150 мг/сут и Соталол 160 мг/сут. В анамнезе у пациента два ИМ (эхокардиография 06.03.20 г.: фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) - 33%, диффузная гипокинезия стенок ЛЖ), коронароангиография (КАГ) не проводилась. 14.09.22 г. – эпизод клинической смерти с успешной реанимацией на догоспитальном этапе. Пациент предъявлял жалобы на давящие, сжимающие боли за грудиной продолжительностью более 20 минут, возникшие в покое, очень сильную одышку. На электрокардиограмме (ЭКГ) тахикардия с широкими комплексами QRS, внутривенно вводился Амиодарон.

Результаты и их обсуждение. Больному установлен диагноз: Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST ЭКГ. В связи с выявленной ЖТ и очень высоким риском неблагоприятного исхода пациенту была экстренно выполнена КАГ (14.09.2022 г. в 18:50), по ее данным не было значимого стеноза коронарных артерий. Результаты анализов крови на биомаркеры некроза миокарда свидетельствовали о произошедшем ИМ. ЭКГ-диагностика локализации ИМ была затруднена из-за наличия у пациента имплантированного электрокардиостимулятора. Данные эхокардиографии также не позволили установить локализацию ИМ из-за имеющейся ранее диффузной гипокинезии

стенок ЛЖ.

Так как у пациента Б. не выявлено значимого стеноза коронарных артерий, фактором развития ИМ могла послужить ЖТ, приведшая к ишемическому дисбалансу. Следовательно, описываемый случай относится ко 2 типу ИМ. Данный ИМ относится к диагностированным по биомаркерам некроза миокарда, так как наряду с симптомами ишемии миокарда у пациента имелось повышение уровня тропонина I и МВ-фракции креатининфосфокиназы.

В рассматриваемом КС наиболее вероятной причиной развития ЖТ стал прием Этацизина в сочетании с Соталолом, назначенных при наличии противопоказаний к их применению (для Этацизина - ишемическая болезнь сердца, ИМ, ФВ ЛЖ <40%, для Соталола - признаки сердечной недостаточности).

Для определения причинно-следственной связи между приемом лекарственного средства и развитием побочного действия в клинической практике используется шкала Наранжо. Согласно ей данный КС оценивается как возможно связанный с приемом лекарственного препарата (ЛП).

Выводы. Несмотря на то, что использование шкалы Наранжо позволяет отнести данный КС только к категории «возможно связанных с ЛП», логика клинического мышления относит его к категории «вероятно связанных».

Демонстрируемый КС акцентирует внимание на необходимости тщательного соблюдения инструкций и клинических рекомендаций по использованию лекарственных средств, в т. ч. из группы антиаритмических ЛП.

СИНДРОМ СОННОГО АПНОЭ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ: МНОГО ИЛИ МАЛО?

Котляр И.Е., Фильчкова А.Е., 5 курс, лечебный факультет

Научные руководители: к.м.н., доц. Н.В. Добрынина, к.м.н., доц. С.В. Селезнев

Актуальность. Медицинская значимость – отмечается более тяжелое течение многих хронических заболеваний в сочетании с СОАС. В частности, показано, что СОАС следует рассматривать как фактор риска ранней смерти от ССЗ и фактор истинной резистентности АГ1.

Социальная актуальность – пациенты, страдающие СОАС, имеют достоверно больший риск попасть в ДТП, даже по сравнению с лицами, находящимися в алкогольном опьянении. Исходя из данных научных исследований, которые были направлены на изучение проблемы сонливости при СОАС, можно утверждать, что СОАС был причиной 795 тысяч ДТП в 2001 году в США.

Экономическая значимость – по данным Американской ассоциации апноэ сна на лечение СОАС тратится около 100 млрд долларов каждый год, что больше суммарных затрат на лечение ОНМК, ХСН, патологии лёгких.

Цель. Выявить частоту встречаемости СОАС и его тяжесть у пациентов с резистентной АГ.

Материалы и методы. Нами обследованы 163 пациента с установленным диагнозом ГБ, принимающих 3 антигипертензивных препарата: и АПФ/сартан + антагонист кальция + диуретик)

Средний возраст: 64 ± 10,9 года

92 (56%)- женщины. Средний возраст 68 ± 8,56 года.

71 (44%) – мужчины. Средний возраст $59 \pm 11,19$ лет.

Всем пациентам для оценки резистентности АГ и оценки тяжести СОАС проведено полифункциональное мониторирование со СМАД и определением индекса апноэ-гипопноэ (ИАГ).

Результаты и их обсуждение. В зависимости от результатов СМАД все пациенты были разделены на 2 группы: контроль АД и резистентная АГ

Критерии резистентной АГ по данным СМАД:

- Среднее суточное АД $\geq 130/80$
- Среднее дневное АД (во время бодрствования) $\geq 135/85$
- Среднее ночное АД (сон) $\geq 120/70$

ИАГ	Контроль АГ n=77	Резистентная АГ n=88
<5 (норма)**	13 (22%)	16 (25%)
5-14**	28 (46%)	21 (33%)
15-29**	15 (25%)	12 (19%)
>30*	4 (7%)	15 (23%)
Средний	20±5	20±4

* - разница достоверна $p < 0,05$

** - разница недостоверна $p > 0,05$

Выводы. В группе резистентной АГ встречаются более тяжелые формы СОАС, в то время как в группе контроля наблюдается преобладание легких и средних форм СОАС

Тяжелые формы СОАС, вероятно, являются причинами резистентной АГ у каждого четвертого больного и требуют обязательной терапии.

ИНФАРКТ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА: ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Ножов Г.В., 5 курс, лечебный факультет

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

Актуальность. В настоящее время отмечается тенденция к развитию сердечно-сосудистых заболеваний, в частности инфаркта миокарда (ИМ), у лиц молодого возраста, что обуславливает необходимость изучения различных аспектов ведения таких пациентов.

Цель. Изучить частоту факторов риска, осложнений и подходов к лечению ИМ у пациентов молодого возраста.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе государственного бюджетного учреждения Рязанской области «Областной клинический кардиологический диспансер». В ходе него были проанализированы 169 историй болезни пациентов в возрасте ≤ 44 лет, госпитализированных по поводу ИМ в 2017-2022 гг. Мужчины составили 95,9% пациентов. Для 87,6% данный ИМ – дебют ишемической болезни сердца. У 7,7% пациентов – постинфарктный кардиосклероз в анамнезе.

Результаты и их обсуждение. Среди факторов риска встречались: курение (77,5%), гипертоническая болезнь (73,4%), отягощённая наследственность (48,5%), ожирение (34,9%), сахарный диабет (17,2%).

У 86,4% – острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКСпST), из них КАГ проведена – 91,1%, чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика и эндопротезирование (ЧТКА и ЭП) – 82,2%, при этом 56,9% выполнено первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). 7,5% пациентов проводилась только тромболитическая терапия, 10,3% пациентов реперфузия не проводилась.

У 13,6% – острый коронарный синдром без подъёма сегмента ST, из них КАГ проведена – 95,7%, ЧТКА и ЭП – 78,3%.

По данным КАГ среди всех пациентов: однососудистое поражение – 42,6%, многососудистое – 43,8%, 13,6% – нет данных за сосудистое поражение.

Самое частое осложнение ИМ – сердечная недостаточность (СН): острая – в 8,3% случаев и хроническая – в 78,1%. Среди пациентов с острой СН у 4,1% – II класс, у 1,8% – III класс и у 2,4% – IV класс по Killip. Среди пациентов с хронической СН: I стадия – у 65,9%, 2а стадия – у 33,%, 2б стадия – у 0,8% пациентов; I ФК – у 18,2%, II ФК – у 75,7%, III ФК – у 6,1% пациентов.

Реже встречались аневризма верхушечной области левого желудочка (7,7%) и пристеночный тромб левого желудочка (5,9%)

По данным эхокардиографии медиана фракции выброса (ФВ) составила 52% (47%; 58%). У 3,6% пациентов ФВ \leq 40%. У 47,3% пациентов – зоны гипокинезии, у 25,1% – зоны акинезии, у 20,4% – зоны гипо- и акинезии, у 7,2% пациентов – зоны гипо- и акинезии не выявлены.

99,4% пациентов получали двойную антиагрегантную терапию (ДААТ), 98,8% – статины, 94,1% – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и сартаны, 94,1% – β -адреноблокаторы, 8,3% – антагонисты минералокортикоидных рецепторов.

Выводы. Среди пациентов молодого возраста самым распространённым фактором риска является курение (77,5%).

У 86,4% - острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Частота ЧКВ вне зависимости от вида острого коронарного синдрома – 59,8%.

Пациенты получали ДААТ (99,4%), статины (98,8%), ингибиторы АПФ (94,1%) и β -адреноблокаторы (94,1%).

Самое частое осложнение – острая и хроническая сердечная недостаточность (86,4%).

СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА И ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

Никонова В.А., 6 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доц. А.Г. Якубовская

Актуальность. В последние десятилетия в России, как и во всем мире, был зафиксирован неуклонный рост заболеваемости воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). Пик заболеваемости приходит на 20-30 лет, но может

манифестировать в пожилом возрасте. Заболеваемость дивертикулярной болезни характерна для пожилого возраста. Симптомы могут быть схожи: развитие инфильтрата в брюшной полости и свищей, дивертикулов, что затрудняет диагностику заболевания.

Цель. Изучить особенности дифференциальной диагностики болезни Крона и дивертикулярной болезни.

Материалы и методы. История болезни.

Результаты и их обсуждение. Пациентка Ч., 1941 года рождения, обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобы на частый неоформленный стул со слизью 6 раз в день, периодические боли в животе, вздутие живота, слабость.

Больна с июня 2020 года, когда впервые стала отмечать появление запоров и выделение крови из анального отверстия. При биохимическом, клиническом и копрологическом обследовании значимых отклонений не выявлено.

26.06.2020 года консультирована колопроктологом. При осмотре выявлены невоспаленные внешние геморроидальные узлы в анальном канале. 05.06.2020 на колоноскопии выявлен дивертикулез сигмовидной кишки. Яркая гиперемия слизистой в данном отделе, с отсутствием сосудистого рисунка. Взят биоптат из слизистой оболочки прямой кишки, при гистологическом исследовании - признаки хронического воспаления, грануляционная ткань, не исключается болезнь Крона. Анализ на фекальный кальпротектин - 211,5 мкг/г (норма 50 мкг/г).

Поставлен диагноз: дивертикулез сигмовидной кишки. Рекомендован прием лактулозы 30 мл 1 раз в день, длительно.

В сентябре 2021 года появились жалобы на сильную боль в животе, температура тела повышалась до 39 С. Была госпитализирована в отделение колопроктологии с диагнозом: тазовый перитонит. На ультразвуковом исследовании в области сигмовидной кишки обнаружен воспалительный конгломерат. При лапаротомии выявлена перфорация сигмовидной кишки с инфильтратом окружающей ткани, дивертикулы. Выведена петлевая трансверзостома. Назначена антибактериальная терапия цефтриаксоном. Поставлен диагноз: дивертикулярная болезнь толстой кишки, осложненная дивертикулитом, дивертикулярным инфильтратом, перфорацией дивертикула. После выписки рекомендован прием цiproфлоксацина и метронидазола в течение двух недель.

С ноября 2022 года пациентку беспокоило гнойное отделяемое из послеоперационной раны. В феврале обратилась к врачу, на компьютерной томографии брюшной полости выявлены структурные изменения стенок нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки с формированием наружного свищевого хода. Назначен рифаксимин и метронидазол на 2 недели, значимого эффекта не наблюдалось.

В июне 2022 года госпитализирована с сильной болью в левой паховой области. В связи с сохраняющимся инфильтратом брюшной полости и наружного кишечного свища, было принято решение о хирургическом удалении свищесущего участка сигмовидной кишки с инфильтратом. При гистологическом исследовании удаленного участка толстой кишки выявлены патогномичные признаки болезни Крона.

Ставится диагноз: болезнь Крона, илеоколит с поражением сигмовидного и терминального отдела подвздошной кишки, хроническое рецидивирующее течение, свищевая форма, ремиссия. Перфорация сигмовидной кишки в 2021 году. Трансверзостомия в 2021 году. Резекция сигмовидной кишки и участка подвздошной

кишки в 2022 году. Дивертикулез ободочной кишки.

Проведено лечение азатиоприном 125 мг 1 раз в день, длительно.

На конец ноября 2022 года на фоне лечения отмечает значительное улучшение: прибавка массы тела до 5 кг. Боли в животе не беспокоят, стул 4 раза в день. Кальпротектин-30 мк/г. Решается вопроса о закрытии стомы.

Выводы. 1. Необычность данного случая заключается в очень позднем возрасте манифестации болезни Крона (79 лет).

2. Сочетание болезни Крона с дивертикулезом толстой кишки значительно затрудняет своевременную постановку диагноза, так как оба заболевания могут быть схожи.

3. Ведение пациентов с данными нозологиями имеют существенные различия, поэтому так важно в ранние сроки проводить дифференциальную диагностику болезни Крона и дивертикулярной болезни.

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кочетков Д.А., 3 курс, факультет СПО лечебное дело

Научные руководители: ассист. Н.С. Журавлева, д.м.н., доц. Н.С. Асфандиярова

Актуальность. Постковидный синдром – актуальная проблема современной клинической практики, значительно ограничивающая повседневную активность реконвалесцентов. Постковидный синдром возникает у лиц после коронавирусной инфекции с подтвержденным заражением SARS-CoV-2, либо у лиц с подозрением на коронавирусную инфекцию, обычно через 3 месяца после начала COVID-19, с симптомами, которые длятся не менее 2 месяцев и не могут быть объяснены альтернативным диагнозом. Для постковидного синдрома характерна гетерогенность и мультиорганность симптомов. За время пандемии COVID-19 многие крупные исследования подтвердили прямую взаимосвязь между тяжестью течения инфекционного заболевания и наличием в анамнезе сахарного диабета. Однако частота выявления тех или иных проявлений постковидного синдрома у больных сахарным диабетом проводилась лишь в единичных исследованиях. Что определяет актуальность нашей работы.

Цель. Сравнительный анализ частоты различных клинических проявлений постковидного синдрома у больных сахарным диабетом 2 типа перенесших легкое, средне-тяжелое и тяжелое течение COVID-19.

Материалы и методы. В исследовании был проведен одномоментный ретроспективный анализ 56 регистрационных карт больных с сахарным диабетом 2 типа, перенесших COVID-19 в 2022г. (16 мужчин и 39 женщин) в возрасте 44-85 лет, состоящих на диспансерном учете в ГБУ РО «ОКБ им. Н.А. Семашко Поликлиническое отделение Городская поликлиника №2» Диагноз заболевания подтвержден обнаружением РНК вируса SARS-COV-2 методом ПЦР, антигена иммунохроматографическим методом (экспресс-тест) или антител класса IgG в период реконвалесценции методом иммуноферментного анализа (при отсутствии в анамнезе вакцинации от COVID-19). В зависимости от тяжести течения COVID-19 больные были разделены на 2 группы: перенесшие легкое течение заболевания в виде ОРВИ (n28) и средне-тяжелое и тяжелое течение заболевания в виде пневмонии (n27). Контрольную группу составили 140 пациентов, перенесших

COVID-19, без сахарного диабета 2 типа. Статистический анализ проводился с помощью программного пакета MS Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. У пациентов перенесших легкое течение covid-19 наиболее частыми симптомами являются: когнитивные нарушения (35%), слабость (32%), артралгия (25%), а головная боль, кашель в (10%) случаев. Редже встречались такие симптомы как: одышка, лихорадочный синдром, тахикардия у 3,5%. У пациентов перенесших средне-тяжелое и тяжелое течение covid-19 наиболее частыми симптомами являются: слабость (44%), одышка (33%), а кашель, тахикардию, артралгию в (25%), но редже выявляются головная боль, повышение артериального давления у (11%), нарушение сна (3,7%). При сравнительном анализе клинических проявлений постковидного синдрома у больных сахарным диабетом 2 типа во 2 группе пациентов преобладали отдельные симптомы которых было больше чем у пациентов из 1 группы: общая слабость, нарушение сна, одышка, кашель, тахикардия, повышение артериального давления, артралгия. Полиморбидность была выявлена у 44 пациентов из 56. Наиболее часто у них диагностировали болезни сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, злокачественные новообразования.

Выводы. Полиморбидная патология часто встречается у больных постковидным синдромом сахарным диабетом 2 типа. Клинические проявления постковидного синдрома, у больных сахарным диабетом 2 типа, перенесших легкое течение COVID-19 наиболее часто включают: общие, неврологические, костно-мышечные симптомы. Клинические проявления постковидного синдрома, у больных сахарным диабетом 2 типа, перенесших средне-тяжелое и тяжелое течение COVID-19 наиболее часто включают: общие, респираторные, неврологические, сердечно-сосудистые, костно-мышечные симптомы. При утяжелении течения COVID-19 увеличивается количество симптомов постковидного синдрома.

ЭКСТРАВАЗАЦИЯ: РИСКИ В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бусс Т.С., 3 курс, факультет СПО и бакалавриата
Научный руководитель: ассист. Л.Н. Александрова

Актуальность. Экстравазация – процесс случайного попадания лекарственных препаратов внутривенно и/или в подкожную клетчатку в месте сосудистого доступа (внутривенного или внутриартериального). Экстравазация сопровождается различными осложнениями, которые зависят от типа препарата, его количества, скорости и длительности введения с выходом во внесосудистое пространство. На сегодняшний день инфузионная терапия является одной из самых распространенных в медицинских организациях. И несмотря на то, что медицинские сестры следуют стандартным операционным процедурам по введению лекарственных препаратов, риск развития экстравазации продолжает увеличиваться. Специфического лечения экстравазации нет, поэтому следует с большим вниманием относиться к профилактике этого тяжелого осложнения инфузионной терапии.

Цель. Проанализировать основные риски развития экстравазации в сестринской практике и определить пути совершенствования системы мер по профилактике данного осложнения.

Материалы и методы. Анкетирование было проведено среди 18 медицинских сестер ГБУ РО «Областная клиническая больница». Все лица, принимавшие участие в исследовании, заполнили анкету-опросник.

Результаты и их обсуждение. Исследование показало, что большинство респондентов, а именно 83,3 % (15 человек) знают основные факторы риска повреждения вен. 72,2% респондентов (13 человек) знают лекарственные препараты по типу повреждения мягких тканей. 100% респондентов (18 человек) правильно выбирают вену для пункции или катетеризации и оборудование. 77,8% респондентов (14 человек) отличают экстравазацию от других локальных кожных реакций. 72,2% респондентов (13 человек) знают алгоритм первой помощи при развитии экстравазации.

Выводы. Для того, чтобы снизить риски развития экстравазации в сестринской практике и повысить качество и безопасность медицинской помощи, крайне важно обеспечить процесс обучения и поддержания уровня знаний, практических навыков и умений у специалистов сестринского дела, особенно в условиях медицинских организациях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛГОРИТМОВ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ромашкина А.С., 6 курс, лечебный факультет

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

Актуальность. По приказу время приёма врача-терапевта составляет 15 минут, при этом из-за нехватки в поликлинике врачей-инфекционистов, терапевту приходится выполнять работу, в том числе и по диагностике вирусных гепатитов. Вирусный гепатит В (ВГВ) является наиболее встречаемым в практике врача, имеет определённые периоды течения, распознавание которых во многом зависит от серодиагностики.

Цель. Определить возможность использования алгоритмов с визуализацией для быстрого и правильного принятия решения у пациентов с ВГВ.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 24 добровольца. Первая группа в составе 11 человек работали с использованием клинических рекомендаций, вторая группа 13 человек – с использованием разработанного алгоритма. Распределение в группы проводилась путем рандомизирования. В группах оценивалась правильность и скорость получения ответов с использованием алгоритма и без него. Также проводилась субъективная оценка сложности выполнения задания, наличие или отсутствие дискомфорта и страха при принятии решения.

Результаты и их обсуждение. Группа, работавшая с алгоритмом, имела большее число правильных ответов, в сравнении с группой, работавших по клиническим рекомендациям, (5[4;5] и 3[2;4], соответственно $p=0,007$). Достоверно было установлено, что группа, использовавшая заданный алгоритм, справлялась с поставленной задачей в 2 раза быстрее, (304[293;412] сек и 570[435;611] сек $p=0,003$), что несёт в себе экономию времени. Согласно статистической обработке по критерию «сложность выполнения» было выявлено, что при решении заданий

по алгоритму респонденты чаще давали оценку «легко», чем при выполнении заданий по клиническим рекомендациям, $p=0,002$. Несмотря на это, сам факт принятия решения и постановки диагноза был некомфортен исследуемым в обеих группах, как и страх постановки неправильного диагноза. Выявить значимых различий при анализе показателя «комфортно при решении» не удалось, (среди всех испытывающих дискомфорт при постановке диагноза исследуемых 50% (9 человек) работали с клиническими рекомендациями, столько же с алгоритмом, $p=0,07$).

Выводы. В ходе данного исследования было установлено, что работа с алгоритмом является более предпочтительной формой диагностики ВГВ в связи с быстротой выполнения, простотой в использовании и точностью диагностики.

СЛУЧАЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, РЕЗИСТЕНТНОГО К ТРАДИЦИОННЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ

Сурова А.Р., 5 курс, лечебный факультет

Научные руководители: ассист. Е.А. Егорова, ассист. Р.Р. Шилин

Актуальность. Атопический дерматит занимает от 20 до 40% в структуре кожных заболеваний.

За последнее время отмечается тенденция к генерализации кожно-патологического процесса и торпидности проводимой терапии атопического дерматита у пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции.

Цель. 1. Демонстрация клинического случая пациента с атопическим дерматитом с коморбидностью (атопическая бронхиальная астма, поллиноз).

2. Анализ проводимой терапии с учетом эффективности и переносимости.

Материалы и методы. Изучение амбулаторных и стационарных карт пациентов ГБУ РО ОККВД за период с сентября по ноябрь 2022 года.

Результаты и их обсуждение. Клинический случай атопического дерматита.

Пациентка Д., 23 лет. Считает себя больной с детства.

С сентября 2020 года, после перенесенной новой коронавирусной инфекции отмечается генерализация кожно-патологического процесса. Лечилась амбулаторно в поликлинике ГБУ РО «ОККВД» – с незначительным положительным эффектом.

Настоящее обострение с октября 2022 года: жалобы на появление зудящих высыпаний на коже лица, груди, шеи, рук, ног, спины. В связи с неэффективностью амбулаторного лечения (раствор супрастин, крем кандидерм) направлена на госпитализацию в ГБУ РО «ОККВД» в 1 стационарное отделение.

Из анамнеза жизни: без особенностей

Аллергологический анамнез: на полынь – поллиноз. Неадекватная переносимость преднизолона.

Status localis:

1. Кожный процесс носит распространенный, симметричный, воспалительный характер. Высыпания локализуются на коже сгибательных поверхностей верхних и нижних конечностей, груди, спины, шеи, лица.

2. Характер высыпаний: эритематозные очаги размером до 8,0 см в диаметре, с нечеткими границами.

3.Кожа в местах поражения лихенифицирована, в складку собирается плохо.

4.Отмечается выраженная сухость кожи.

Результаты обследований: эозинофилия и повышение СОЭ.

Оценка уровня аллергенспецифических Ig E антител: значительное повышение на некоторых животных, молоко и растения, общий иммуноглобулин E повышен более чем в 2 раза.

Медикаментозная терапия: внутривенно – дезинтоксикационная терапия с применением дексаметазона 4мг, наружно – эмоленты 5 % мазь пантодерм (декспантенол) 20 г, комбинированные топические стероиды 0,05% крем кловейт (клобетазола пропионат) 10г, крем акридерм ГК (1 % клотримазол + 0,1 % гентамицина сульфат + 0,05 % бетаметазона дипропионат) 10г, внутрь – МОНТРАЛ (левоцетиризин 5мг + монтелукаст 10мг), сорбенты, ноотропы.

Пациентка выписана с улучшением под наблюдение дерматовенеролога в поликлинике ГБУ РО «ОККВД».

Выводы. В ходе данного исследования было установлено, что работа с алгоритмом является более предпочтительной формой диагностики ВГВ в связи с быстротой выполнения, простотой в использовании и точностью диагностики.

ХИРУРГИЯ

ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Семенова В.А., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., доц. У.В. Жучкова

Актуальность. Эхинококкоз характеризуется тяжелыми органными нарушениями, приводящими к инвалидности и смерти, поэтому важно диагностировать данную патологию на ранних стадиях.

Цель. Эхинококкоз характеризуется тяжелыми органными нарушениями, приводящими к инвалидности и смерти, поэтому важно диагностировать данную патологию на ранних стадиях.

Материалы и методы. В связи с малым количеством обращений по поводу данного заболевания было решено представить проблему на примере пациентки Е.(58 лет), которая обратилась в приемный покой ГКБСМП с жалобами на сухой кашель около 2-х месяцев, тяжесть в правом подреберье, одышку. После осмотра хирурга направлена на КТ-исследование ОБП, где выявлены множественные кисты. 12 лет назад пациентка прооперирована лапароскопически по поводу одиночной эхинококковой кисты печени.

При физикальном осмотре: отставание правой половины грудной клетки при дыхании. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. ОАК: эозинофилы-4%, СОЭ-58мм/ч. На УЗИ-печень увеличена, паразитарные кисты представлены типами СЕ1, СЕ3, СЕ4. На КТ - печень резко увеличена, неоднородной плотности, визуализируется 5 очагов. Одна из кист спаяна с воротной веной. Заключение: КТ-картина паразитарного поражения печени.

Выбор метода лечения зависит от типа кисты, ее расположения и размера. В нашем случае было решено провести предоперационную подготовку препаратом альбендазол. Разработан план операции, который включал в себя верхнее-срединный лапаротомный доступ, расширенную правостороннюю гемигепатэктомию, перицистэктомию. Для достаточной функции печени решено оставить 2,3,8 сегменты. Произведено дренирование оставшейся в 8 сегменте кисты, аспирация содержимого, промывание полости, ушивание хирургической раны с установкой 3-х дренажей. Для профилактики рецидива назначен альбендазол на 28 дней.

Помимо упомянутых выше хирургических методик применяются минимально инвазивные вмешательства: PAIR и видеолапароскопия. В связи с высоким процентом рецидивов эти методики в нашем случае не применялись.

Результаты и их обсуждение. Пациентка выписана под амбулаторное наблюдение. Кашель и одышка отсутствуют. ОАК: эозинофилы – 2%, СОЭ-50 мм/ч. Явка через 6 месяцев.

Динамика через 6 месяцев - состояние удовлетворительное, пациентка жалоб не предъявляет. ОАК: эозинофилы 1%, СОЭ-40 мм/ч. На УЗИ - признаки регенерации ткани печени, очаговый фиброз 8 сегмента. КТ- новых очагов поражения не выявлено.

Таким образом, на данном клиническом примере была разобрана неспецифическая клиника эхинококкоза печени, этапы диагностики и методы консервативного и оперативного лечения.

Выводы. 1. Эффективная программа обследования пациентов с эхинококкозом печени обеспечивает выбор оптимального объема хирургического вмешательства.

2. Визуализационные методы исследования имеют решающее значение в диагностике эхинококкоза печени.

3. Выполнение операций в радикальном объеме уменьшает частоту осложнений и улучшает прогноз.

ОЦЕНКА ПРОХОДИМОСТИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ ЭЛЕКТРОННЫМИ УСТРОЙСТВАМИ

Самдина В.Р., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., ассист. В.О. Поваров

Актуальность. Распространенность тромбоза глубоких вен верхних конечностей составляет 10% от всех тромбозов. Одна из причин данной патологии – имплантация сердечно-сосудистых электронных устройств. Последствия тромбоза создают трудности при повторных операциях по замене электрода. Бессимптомное течение не позволяет вовремя диагностировать заболевание, в связи с чем становится актуальным выявление раннего маркера тромбоза, в частности Д-димера.

Цель. Изучить возможность рассмотрения уровня Д-димера у пациентов с сердечно-сосудистыми имплантируемыми электронными устройствами, которые госпитализированы для повторной операции по замене устройства или электрода, в качестве показателя нарушения проходимости вен верхних конечностей.

Материалы и методы. В исследование вошел 51 пациент ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер» г. Рязань, госпитализированные по поводу плановой замены устройства. Перед оперативным вмешательством исследуемым провели инструментальные (ультразвуковое дуплексное сканирование вен верхних и нижних конечностей) и лабораторные (определение уровня Д-димера в венозной крови) исследования.

Для анализа качественных показателей использовались критерии Пирсона и Фишера. Оценка распределения количественных показателей проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилка. При построении прогностических моделей применялся ROC-анализ.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования у 13,7% пациентов с имплантированными электрокардиостимуляторами были выявлены нарушения проходимости вен верхних конечностей. Согласно расчетам, срок имплантации устройства на это не влиял ($p=0,081$ и $p=0,118$). Однако исключать факт влияния времени установки электрокардиостимулятора на нарушение проходимости центральных вен нельзя, так как выборка пациентов не большая. Выяснено, что шансы диагностировать тромбоз вен верхних конечностей в 11,6 раз выше (однофакторный анализ) или в 30,7 раз выше (многофакторный анализ) у пациентов, принимающих антиагреганты, по сравнению с пациентами, находящимися на антикоагулянтной терапии.

У пациентов с выявленным тромбозом показатель Д-димера был выше, чем у

других исследуемых – 1000 мг/л. Согласно ROC-анализу, уровень Д-димера связан с нарушением проходимости вен верхних конечностей у данных пациентов.

Выводы. Анализ уровня Д-димера у пациентов с электрокардиостимуляторами можно рассматривать как метод скрининга нарушения венозной проходимости, что в некоторых случаях позволяет не проводить инструментальную диагностику. Факторы, ассоциированные с данной патологией, - антиагрегантная терапия (по сравнению с антикоагулянтной) и вторая замена электрокардиостимулятора.

МАРКЕРЫ АПОПТОЗА И ПРОЛИФЕРАЦИИ КЛЕТОК В СОСУДИСТОЙ СТЕНКЕ В ЗОНЕ РЕСТЕНОЗА И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Денисов С.Н., 5 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., ассист. Э.М. Климентова

Актуальность.

1. Заболеваемость облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей является одной из основных причин инвалидности и смертности населения среди сосудистых заболеваний.

2. Одними из самых распространенных осложнений у пациентов в послеоперационном периоде с ОААНК являются развитие рестеноза зоны вмешательства и прогрессирование атеросклеротического поражения.

3. Важную роль в развитии рестеноза и прогрессирования атеросклероза играет система апоптоза.

Цель. Изучение количества маркеров апоптоза и пролиферации клеток в сосудистой стенке в зоне рестеноза и прогрессирования атеросклероза у пациентов с ОААНК после выполнения открытых оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В исследование было включены пациенты с IIБ-III стадией заболевания периферических артерий по классификации Покровского – Фонтейна, которым проводилось открытое вмешательство на артериях аорто - бедренного и бедренно - подколенного сегментов.

На начальном этапе исследования был выполнен осмотр, сбор анамнеза, аортоартериография НК. Проведены открытые операционные вмешательства, с интраоперационным забором сосудистой стенки для определения количества биомаркеров в зоне атеросклеротического поражения.

В послеоперационном периоде пациентам были назначены контрольные визиты, на которых проводился осмотр и дуплексное сканирование артерий НК.

В случае выявления развития прогрессирования атеросклероза и рестеноза, производился забор артериальной стенки в зоне поражения с последующей реконструкцией.

Для исследования сосудистой стенки, приготавливался ее гомогинат с помощью лизирующего буфера, с последующим количественным измерением маркеров апоптоза и пролиферации клеток с помощью ИФА.

Для обработки результатов применялись методы статистического анализа.

Результаты и их обсуждение. 1. В образцах с атеросклеротическим поражением увеличено количество как проапоптотических маркеров, так и факторов ответственных за пролиферацию. Так количество Вах ↑ на 45%, sFas ↓ на

45%, пролиферация ↑ в 2 раза.

2. В образцах с прогрессированием атеросклероза, в разы ↑ активация проапоптотических маркеров и ↓ активация антиапоптотических маркеров, при ↑ пролиферации в 2,3 раза.

3. В образцах с развившимся рестенозом наблюдается ↑ кол-ва маркеров ответственных за пролиферацию, при ↑ именно антиапоптотических маркеров.

Выводы. 1. При атеросклеротическом поражении, наблюдалось ↑ количества маркеров апоптоза на фоне повышенных значений показателя PDGF BB.

2. При прогрессировании атеросклероза, наблюдалась активация маркеров двух путей апоптоза, а именно ↑ Bax в 2 раза на фоне ↓ маркера sFas в 5 раз.

3. При рестенозе зоны реконструкции, повышенная пролиферативная активность клеток сосудистой стенки поддерживается за счет повышенного количества антиапоптотических маркеров – Bcl-2 и sFas.

ВОЗМОЖНОСТИ СЕЛЕКТИВНОГО ТРОМБОЛИЗИСА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ТРОМБОЗОМ

Яныкина К.В., 4 курс, лечебный факультет

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

Актуальность. Острая ишемия нижних конечностей (ОИНК) – распространенная проблема в современном мире (20 случаев на 100000 населения), которая может приводить к потере конечности. В последние годы активно внедряются рентгенэндоваскулярные методики лечения данной патологии.

Цель. Рассмотреть эффективность селективного тромболизиса на клиническом случае.

Материалы и методы. Больной К. (64 г.) поступил в ГБУ РО ОКБ 17.10.22 в экстренном порядке с диагнозом: атеросклероз, острый тромбоз артерий бедренно-подколенного сегмента слева, ишемия ИБ степени. Давность тромбоза – 12 часов. Из анамнеза, в июле 2022 г. ему выполнялась тромбэктомия тиббиомедиальным доступом слева.

Результаты и их обсуждение. Растворение тромба путём введения лекарственных препаратов называется тромболизисом. Выделяют два его вида: системный и селективный, относящийся к малоинвазивному способу доставки тромболитического препарата под рентген-контролем. Одним из показаний к последнему является ОИНК I-IIА степени, проведение которого считается эффективным не позднее 14 дня с момента тромбоза.

Основываясь на данных анамнеза (уже проводилось открытое хирургическое лечение по поводу тромбоза на данной нижней конечности), данных УЗИ и диагноза, врачебный консилиум принял решение о проведении артериального катетерного тромболизиса препаратом «Актилизе» off-label в экстренном порядке. Доступом через лучевую артерию был установлен катетер для ангиографии (АГ), которая подтвердила окклюзию собственной бедренной артерии (СБА) от от устья на всем протяжении и окклюзию ПкА. Далее выполнена контрлатеральная катетеризация правой общей бедренной артерии (ОБА) и проводниковая реканализация левой СБА и ПкА. Далее был установлен катетер для тромболизиса

«Fountain» и введено 10 мг «Актилизе» болюсом. Введение препарата продолжалось через инфузомат в дозировке 1 мг/ч, также в/в вводился гепарин под контролем АЧТВ. На контрольная АГ через сутки – тромботические массы полностью лизировались, также была выявлена первопричина тромбоза, которую не удалось установить на предыдущей открытой операции - атеросклеротическая бляшка, на 70% стенозирующая устье левой СБА. Это послужило показанием к проведению баллонной ангиопластики, которая полностью восстановила проходимость СБА. Пациент выписан на двойной дезагрегантной терапии с периферическим пульсом и компенсацией кровообращения на 3-е сутки.

Выводы. Селективный тромболизис при острых артериальных тромбозах, выполненный в ранние сроки, позволяет эффективно восстановить кровоток. Являясь разновидностью малоинвазивного эндоваскулярного лечения, он позволяет уменьшить послеоперационные осложнения и сроки госпитализации. Ангиографический контроль на протяжении всей процедуры позволяет быстро и точно выявить источник тромбоза и полностью устранить его.

СИНДРОМ ПОЛАНДА

Новикова Ю.К., 6 курс, лечебный факультет

Научные руководители: к.м.н., М.Н. Рябова, к.м.н. А.А. Зубов

Актуальность. По статистике, данное заболевание встречается в целом у одного ребенка из 30 тысяч детей. Мужской пол превалирует над женским в соотношении 3:1, по частоте преобладает правостороннее поражение.

Цель. Описать редкий клинический случай синдрома Поланда у пациента.

Материалы и методы. Пациент С. 2008 года рождения с жалобами на: боли в грудном отделе позвоночника, слабость правой руки, асимметрию грудной клетки. Деформацию грудной клетки отмечают с 3-х месячного возраста, но у врача не наблюдались. Последнее время стали беспокоить вышеописанные жалобы, особенно слабость правой верхней конечности, что мешало занятиям физической культурой. Локальный статус. Телосложение пропорциональное, повышенного питания, голова по средней линии, кивательные мышцы не напряжены. Ось позвоночника клинически незначительно отклонена от средней линии вправо, надплечья асимметричны. Движения в позвоночнике не ограничены. Грудная клетка незначительно ассиметрична, соски расположены на разных уровнях, правый сосок втянут внутрь, увеличены грудные железы. При пальпации не прощупывается большая грудная мышца справа. Верхние конечности равной длины. Объем движений в плечевых суставах полный, безболезненный. Походка удовлетворительная, при ходьбе ротирует стопы внутрь, длина ног равная, ось нижних конечностей по средней линии. Контуры суставов не изменены. Движения в суставах в полном объеме, безболезненные, стопы в покое в среднем положении, своды сглажены. Были проведены: МРТ грудной клетки, рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника в прямой проекции в положении стоя, консультация кардиолога, эндокринолога, травматолога-ортопеда.

Результаты и их обсуждение. На основании жалоб, анамнеза, клинической картины и данных дополнительных исследований был поставлен диагноз: Синдром

Поланда справа неполной формы, легкой степени тяжести, сколиоз 1 ст. Пациент поставлен на диспансерный учет. Данный синдром представлен в легкой степени тяжести и сочетается с ожирением 3ст, поэтому он не был диагностирован с рождения.

Выводы. Описанный клинический случай представляет несомненный интерес для неонатологов, педиатров, врачей общей практики, травматологов-ортопедов в связи с редкостью синдрома Поланда и, как следствие, недостаточной информированностью врачей о данной патологии. Чтобы избежать осложнений, связанных с этим заболеванием, и улучшить качество жизни пациентов, его необходимо своевременно диагностировать и лечить.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ РАКЕ ЯЗЫКА

Захарова А.В., 6 курс, педиатрический факультет

Научный руководитель: к.м.н., ассист. Т.В. Захаркина

Актуальность. Ключевым этапом лечения больных полости рта является проведение хирургического вмешательства, что неизбежно сопряжено с образованием обширных дефектов полости рта и языка, а также с нарушением необходимых функций организма: жевание, глотание и речь. Поэтому для больных с раком полости рта и языка важно не только излечение от онкологического заболевания, но и улучшение качества жизни, что возможно посредством одномоментной реконструкции возникающих в процессе оперативного лечения дефектов.

Цель. Представление возможностей реконструктивных операций при раке боковой поверхности языка.

Материалы и методы. В ходе работы был проведен анализ первичной медицинской документации, а также наблюдение за пациентом на стационарном и амбулаторных этапах.

Результаты и их обсуждение. Пациентка Н., 58 лет, обратилась с жалобами на длительно незаживающую язву боковой поверхности языка. Из анамнеза известно, что женщина на протяжении 20 лет курит. С октября отмечает ухудшение состояния, появление язвы. Пациентка наблюдалась у стоматолога по месту жительства, где врачом был заподозрен диагноз: Рак языка. Женщина была направлена в ГБУ РО «Областной клинический онкологический диспансер» (г. Рязань). При осмотре по левой боковой поверхности языка на уровне средней задней трети определялась выступающая плоская опухоль 2,5 см x 1,5 см с изъязвлением по поверхности. По результатам повторной биопсии была выявлена картина плоскоклеточной карциномы *in situ* с очагами подозрительными по инвазии стромы. Больная была комплексно дообследована. Данных за регионарные и отдаленные метастазы не получено. Был выставлен клинический диагноз: Рак боковой поверхности языка слева T2N0M0. На онкологическом консилиуме пациентке было рекомендовано оперативное лечение в объёме гемиэкцизии языка с одномоментной микрохирургической пластикой. В ходе оперативного вмешательства была произведена шейная лимфодиссекция и гемиэкцизия языка слева. Была наложена трахеостома. Для пластики дефекта был взят кожно-фасциальный лоскут и лучевая артерия с предплечья. Сформировано три

сосудистых анастомоза «конец в конец». Послеоперационный период протекал без осложнений. Желудочный зонд удален на 7 сутки, деканюлирование – на 10 сутки. Про окончательное гистологическое исследование диагноз был подтвержден, дополнительное лечение не требовалось. При контрольном осмотре через 7 месяцев пациентка находится в удовлетворительном состоянии, трудоспособна, полностью выполняет свои повседневные дела. Больная питается самостоятельно, естественным путём. Речь полноценная, окружающие её понимают. В настоящее время пациентка находится под динамическим наблюдением.

Выводы. С помощью микрохирургических методов лечения становится возможным восстановление языка после радикального удаления злокачественных новообразований с последующей реабилитацией пациентов, а также возвращение пациентов к полноценной жизнедеятельности.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Капитонова А.О., 6 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.м.н., ассист. А.И. Судаков

Актуальность. Ежегодно в России выявляется свыше 16 тысяч случаев рака шейки матки, занимающего 5 место в структуре женской онкозаболеваемости. Современные подходы к лечению данной патологии включают хирургические операции, лучевую и химиолучевую терапию по радикальной программе. Применяемые методы скрининга пациенток, позволяют выявлять рак шейки матки на ранних стадиях и своевременно начинать лечение.

Цель. Проанализировать и сравнить основные статистические показатели у больных с диагнозом С.53 (Рак шейки матки) в Рязанской области, а также оценить возможности и результаты применяемых методов лечения в Рязанском областном клиническом онкологическом диспансере.

Материалы и методы. Нами был произведен ретроспективный анализ данных канцер-регистра Рязанской области в отношении пациенток с диагнозом рака шейки матки, взятых на учёт в период с 2012 по 2022 гг.. Были оценены различные статистические показатели, такие как заболеваемость, смертность, одногодичная летальность, возрастной состав заболевших, доля ранних и запущенных стадий, оценены применяемые методы радикального лечения.

Результаты и их обсуждение. 1. Рак шейки матки остается в числе активно выявляемых онкологических заболеваний у женщин. Заболеваемость имеет тенденцию к снижению в нашем регионе за последнее десятилетие (со 150 до 130 случаев в год), при этом увеличивается доля выявления I-II стадий заболевания – до 67-70% случаев.

2. Средний возраст на момент постановки диагноза составляет 52 года, при этом имеется большое количество молодых пациенток в возрасте до 40-45 лет.

3. Отмечается тенденция к снижению доли выполняемых оперативных вмешательств. За прошедшие 10 лет мы наблюдаем переход к современному конформному 3-D планированию облучения (как дистанционного, так и внутриволостного компонентов) с использованием технологий IMRT, VMAT, что позволяет повысить его точность, гомогенность распределения доз в опухоли и

снизить нагрузку на критические органы.

4. К сожалению, остаётся высокой доля больных, имеющих соматические противопоказания к проведению специального лечения, что обуславливает сохраняющиеся показатели одногодичной летальности (10-12%). В случае проведения радикального лечения смертность по причине прогрессирования онкозаболевания составляет порядка 20-22%. При этом наилучшие результаты лечения наблюдаются в группах комбинированной и комплексной терапии.

Выводы. Заболеваемость больных с диагнозом С.53 (Рак шейки матки) остаётся относительно высокой в Рязанском регионе за анализируемый период, даже с учётом «ковидного» провала. Увеличивается доля выявления I-II стадий заболевания, что говорит об онконастороженности среди пациентов и врачей. За последнее десятилетие в Рязанской области мы можем наблюдать положительные изменения в отношении основных статистических показателей работы онкослужбы.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПЕРЕСАДКА МОЧЕТОЧНИКА У ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПМР

Котов Ю.И., 6 курс, педиатрический факультет

Научные руководители: д.м.н., проф. А.Е. Соловьёв, ассист. И.О. Ларькин

Актуальность. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – ретроградный ток мочи от мочевого пузыря к мочеточнику и почечной лоханке.

Рефлюкс встречается у 1-2% детей, среди детей с пиелонефритом – у 25-40%. В 70% случаев ПМР диагностируется у детей в возрасте до 1 года, в 25% - в возрасте 1-3 года, в 15% - 4-12 лет, 5% - старше 12 лет.

Цель. В данной работе производится обсуждение тактики ведения пациентов с рецидивирующим ПМР на примере пациентки В. 3 лет.

Материалы и методы. При выполнении указанной работы были использованы данные из карт стационарного больного с рецидивирующим ПМР за 2020-2022гг., миксионные цистограммы из архива РОДКБ им. Н.В.Дмитриевой, видеоматериалы с проведённого оперативного лечения, а так же данные из Национального руководства по детской хирургии 2021 года.

Результаты и их обсуждение. Произведено обсуждение тактики ведения пациентов с рецидивирующим ПМР на примере пациентки В. 3 лет. Пациентке было проведено плановое оперативное лечение – Лапароскопическая операция Грегуара. Контроль результатов лечения будет совершен через 6 месяцев.

Выводы. В настоящее время при неэффективности цистоскопической внутрипузырной коррекции рефлюкса (ЭКР) после 2-3 попыток операцией выбора является лапароскопическая антирефлюксная операция (укладка мочеточника в тоннель между слизистой и мышечной оболочками) в различных её вариациях. Лапароскопическая методика позволяет существенно снизить травматизацию организма ребёнка во время операции, а также значительно ускоряет восстановление пациента в послеоперационном периоде.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЛР: ВОЗМОЖНОСТИ, ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ

Борычева О.А., 6 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: ст. преп. А.Ю. Ефратов

Актуальность. Вне- и внутригоспитальная остановка кровообращения остается серьезной проблемой здравоохранения во всем мире в связи с высокой частотой и низким уровнем выживаемости. Согласно Постановлению Правительства РФ от 19.08.2022 был расширен круг лиц, имеющих право работать фельдшером и врачом скорой медицинской помощи, однако зачастую они не имеют достаточного опыта проведения сердечно-легочной реанимации.

По данным литературных источников, самые высокие показатели восстановления спонтанного кровообращения были достигнуты при частоте компрессий грудной клетки от 100 до 120 в минуту. Уровень выживаемости находится в линейной зависимости от глубины компрессий. При этом недостаточная глубина компрессий на 2,5 см приводит к снижению выживаемости на 50%. Однако, следует избегать глубины компрессий более 6 см, так как увеличивается риск травмы ребер.

Профильная комиссия Минздрава России по направлению «Первая помощь» рекомендует как целесообразное использование средств обратной связи при давлении руками на грудину пострадавшего при проведении сердечно-легочной реанимации (протокол № 6 от 08.10.2021).

В данный момент обучение СЛР проводится на манекенах с функцией обратной связи. Однако при оказании помощи реальному человеку возможность обратной связи будет отсутствовать.

Цель. Определить возможности использования индикатора эффективности СЛР.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе аккредитационно-симуляционного центра РязГМУ с использованием манекена-тренажера «Оживленная Анна» (Resusci Anne) и учебного тренажера «Индикатор эффективности СЛР «Темп». В нем приняли участие 56 студентов 3 курса лечебного факультета РязГМУ.

Результаты и их обсуждение. Средняя глубина компрессий: без подсказок – 4,7см (в пределах нормы – 30%), с подсказками – 5,1см (в пределах нормы – 71%). Средняя частота компрессий без подсказок – 116 в минуту (в пределах нормы – 41%), с подсказками – 121 в минуту (в пределах нормы – 79%). Без светозвуковой индикации количество целевых компрессий было в 2 раза меньше. 90% испытуемых отмечали больший психологический комфорт при проведении компрессий с использованием

светозвуковых подсказок. 10% сообщили, что их сбивал метроном, трудно было сохранить правильную позицию рук и концентрацию.

Выводы. 1. С применением датчика контроля качества компрессий % целевых компрессий увеличился вдвое за счет нормализации частоты и глубины компрессий.

2. Так как не был достигнут 100% уровень целевых компрессий, это свидетельствует о необходимости регулярных тренировок.

3. Подавляющее большинство испытуемых отметили повышение психологического комфорта при проведении компрессий со светозвуковой индикацией.

4. Индикаторы СЛР имеют большое поле применения среди различных категорий граждан.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНЕ

Мирошник О.В., 1 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.ф.-м.н., доц. О.В. Тихонова

Актуальность. В современном мире, отличительной чертой которого является цифровая трансформация всех сфер жизнедеятельности, на ведущие позиции выходят информационные технологии, способствующие оптимизации процессов в различных отраслях. Одной из перспективных сквозных технологий является дополненная реальность (AR), позволяющая дополнять окружающий нас физический мир цифровыми объектами. Данная технология нашла широкое применение и в сфере здравоохранения: портативные устройства с технологией AR используются для решения задач клинической медицины и повышения квалификации медицинского персонала.

Цель. Рассмотреть наиболее популярные и перспективные AR технологии медицинской отрасли.

Материалы и методы. Теоретический анализ научной литературы по проблемам применения технологий дополненной реальности в современной медицине.

Результаты и их обсуждение. Одним из наиболее распространенных устройств, функционирующих на основе AR-технологии, является сканер для вен. Принцип работы прибора основан на использовании источника света с длиной волны 510-530нм и ИК-фильтра. Сканер позволяет находить вены и мельчайшие сосуды под кожей, что облегчает проведение инъекций и повышает эффективность операций, прежде всего, в пластической хирургии.

Инновационной разработкой является технология Holographic Navigation Platform от компании Scopis, которая используется при микроинвазивных операциях на позвоночнике. Эта платформа накладывает слой дополненной реальности на пациента во время операции и позволяет с помощью очков AR отслеживать положение педикулярных винтов, устанавливаемых в позвоночнике. В частных американских клиниках эта платформа уже используется, увеличивая процент успешных операций.

В педиатрии целью применения технологий AR, включающих элементы гемификации, является создание комфортной обстановки для детей при проведении медицинских вмешательств. Такие проекты как «Nixi для детей» и «Я собираюсь сделать трансплантат» направлены на информирование маленьких пациентов об особенностях медицинских процедур и снижение их уровня тревожности.

Значительная роль отводится технологии AR при обучении и повышении квалификации медицинского персонала. Microsoft выпустили приложение для устройства HoloLens под названием HoloAnatomy для наглядной и эффективной визуализации человеческого тела. Надев очки, можно увидеть все структуры человеческого тела в формате 3D, от мышц до мельчайших вен.

Программы Immersive Touch и Surgery Theater позволяют проводить виртуальные операции и обеспечивают возможность как студентам, так и оперирующим хирургам совершенствовать свои профессиональные навыки.

Выводы. Технология дополненной реальности достаточно активно внедряется в сферу здравоохранения, создавая возможности для развития медицинского научного знания. Применение интерактивных симуляторов и AR-сканеров, методов операционной навигации в хирургии позволяют вывести качество медицинских услуг на новый высокотехнологичный уровень, в основе которого лежит принцип персонализации.

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ, ИСТОРИЯ, ЭКОНОМИКА И ПЕДАГОГИКА

ЭКСПЛОЗИИ, ПОСВЯЩЕННЫЕ ТЕМЕ СЛЕПОТЫ В МУЗЕЙНОМ ПРОСТРАНСТВЕ

Цимбалова О.М., 5 курс, лечебный факультет
Научный руководитель: к.м.н., доц. Е.В. Лыгина

Актуальность. Доступность культуры для людей с инвалидностью и опытом социального исключения является одним из важных векторов развития музеев в настоящее время. Интеграция лиц с ограниченными возможностями в культурную среду в России началось с принятия Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам социальной защиты инвалидов». Данным законом установлены положения, направленные на обеспечение доступа людей с инвалидностью к объектам социальной инфраструктур, объектам культуры.

Цель. Главной целью работы является освещение темы инклюзии людей с инвалидностью в социальную и культурную жизнь общества путем изучения реальных примеров интеграции.

Материалы и методы. Нами была изучена частная выставка в музее им. Пушкина «Котел алхимика», книга по экспозициям данной выставке, а так же актуальные данные с информационно-аналитического портала «доступная среда». Изучили изменения в самом музее им. Пушкина по системе «Пушкинский для всех».

Результаты и их обсуждение. Первой выставкой, где удалось объединить людей с инвалидностью и обычных посетителя, применить различные методики, стала выставка «Котел алхимика». Она представляет собой эксперимент изменения процесса общения путем включения различных форм восприятия, расширения понимания темы слепоты и световосприятия. Выставка представляет ограничение зрения как метод, а слепоту как художественную метафору.

Сама инклюзия представляет собой процесс включения людей с физической и ментальной инвалидностью в полноценную общественную жизнь, а также разработку и принятие конкретных решений для этого. Это социальная технология для поддержки тех людей, которые испытывают сложности с доступом и интеграцией в общество и культуру.

Посетители музея им. Пушкина с ограниченными возможностями могут воспользоваться бесплатными колясками. Для передвижения по лестницам предусмотрены гусеничные подъемники. В рамках наиболее значимых выставок в музее предлагаются тактильные макеты экспонатов, образовательные программы, а также тематические мастер-классы по постоянной экспозиции. Тактильные макеты сопровождаются этикетками, выполненными шрифтом Брайля. Создана тактильная коллекция из уменьшенных скульптур, рельефов и др. предметов искусства. Как отдельная единица или как часть процесса используют метод тифлокомментирования.

Выводы. Таким образом, один из лейтмотивов выставки – слепота не как ущербность, а как другой режим существования, в котором отсутствие зрения компенсируется обостренностью восприятия мира другими органами чувств.

Термины «доступность» и «инклюзия» всё чаще встречаются в контексте современной музейной деятельности. За последние годы отношение мира и общества к инклюзии значительно изменилось, находясь на пути принятия другого человека, со всеми его особенностями и отличиями.

Выставка «Котел алхимика» доказывает это путем прямой интеграции инвалида в общество и предлагает широким массам окунуться в мир тактильных ощущений, опробовав различные методики познания и оказавшись на мете незрячего.

Музеи, следуя своей социальной миссии, стали создавать среду, которая учитывает возможности, интересы и потребности разных людей. Среда, где у каждого будет возможность быть услышанным, почувствовать себя принятым.

Но главное — это просто создать возможность доступа для всех, у кого есть интерес к искусству.

АКТУАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ТРАНСПЛАНТАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА

Осадец А.Ю., Пышкина М.С., Трибунько Е.И., 1 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: ст.преп. Н.А. Полканова

Актуальность. С 1 сентября 2022 года вступил в силу Федеральный закон от 01.05.2022 № 129-ФЗ "О внесении изменений в Закон Российской Федерации "О трансплантации органов и (или) тканей человека" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Этим обусловлена актуальность выбранной нами темы.

Помимо уточнения имеющихся формулировок, законодатель также значительно меняет правовой статус доноров. Принятие этого закона воплотило в жизнь такие важные новации как создание Федерального реестра доноров костного мозга.

Цель. Рассмотреть вопросы правового регулирования трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток.

Материалы и методы. Методом, используемым в исследовании, является анализ проблемы, который построен на изучении и обработке нормативно-правовых актов РФ.

Результаты и их обсуждение. До 01.09.2022г. гемопоэтические стволовые клетки признавались объектом трансплантации на основании совместного приказа Минздрава России и РАН, а не на законодательном уровне. ФЗ от 01.05.2022 № 129-ФЗ относит гемопоэтические стволовые клетки к объектам трансплантации.

По общему правилу изъятие органов и (или) тканей для трансплантации не допускается у несовершеннолетних доноров. Однако, для трансплантации костного мозга сделано исключение, а Федеральным законом от 01.05.2022 № 129-ФЗ допускается также изъятие у несовершеннолетних гемопоэтических стволовых клеток.

Изъятие костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток для трансплантации у живого донора допустимо только в случае, если его здоровью не будет причинен значительный вред. Отдельного нормативного правового акта,

определяющего порядок медицинского обследования донора костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток не утверждено, однако такой документ, вероятно, будет разработан в связи с изменениями, внесенными с 01 сентября 2022 года Федеральным законом от 01.05.2022 № 129-ФЗ.

Кроме того, что донор вправе ознакомиться с результатами своего медицинского обследования. Он имеет еще одно важное право – на информированное добровольное согласие на изъятие костного мозга и забор гемопоэтических стволовых клеток.

С 01 сентября 2022 года в соответствии с Федеральным законом от 01.05.2022 № 129-ФЗ уточняется, что доноры имеют право на медицинскую помощь бесплатно за счет средств, предусмотренных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Кроме того, законодателем прямо предусмотрено не только право на лечение, но и на бесплатную медицинскую реабилитацию.

Помимо этого, законодателем предусмотрены специальные права именно для доноров костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток: право на бесплатный проезд к месту изъятия костного мозга и (или) гемопоэтических стволовых клеток и обратно за счет средств федерального бюджета и право на медицинское обследование в целях включения в Федеральный регистр доноров.

Федеральный регистр должен содержать сведения о донорах, реципиентах и лицах, изъявивших намерение стать донорами костного мозга и (или) гемопоэтических стволовых клеток, их паспортные данные и результаты медицинского обследования, сведения об изъятии костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, сведения о последствиях изъятия для донора, сведения о поощрениях доноров.

Выводы. В заключение, мы можем отметить, что законодатель с особенным вниманием относится к вопросам трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, фактически предусмотрев для данного направления трансплантологии особый режим правового регулирования. Изучив и проанализировав последние изменения в законодательстве, мы видим, что доноры костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток поощряются особыми правами и широко распространяется информация о едином Федеральном регистре доноров.

ЦИФРОВОЙ РУБЛЬ В РОССИИ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ

Сафьянов М.А., Петрова Ю.Д., 1 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: к.э.н., доц. Е.В. Слотина

Актуальность. С 1 апреля 2023 года в России начинает действовать цифровой рубль, который является разновидностью государственной цифровой валюты. Планируется, что развитие новой платежной инфраструктуры принесет пользу финансовой системе за счет создания инновационных продуктов и сервисов, например, смарт-контрактов, а обычные граждане получают доступ к электронным кошелькам по единым тарифам через любую финансовую организацию в стране.

Цель. Проанализировать перспективы внедрения цифрового рубля в России,

рассмотреть его преимущества и недостатки.

Материалы и методы. Исследование основывается на данных статистических и печатных материалов, сайтов сети интернет. Методы исследования: системный подход и сравнительный анализ.

Результаты и их обсуждение. Цифровой рубль представляет собой вид безналичных денег, выпускаемый непосредственно Центральным банком РФ, одним из преимуществ которого, является хранение на специальном цифровом кошельке-токене, к которому имеет доступ только владелец. Каждая выпущенная ЦБ цифровая «монета» имеет свой уникальный код, благодаря которому невозможно украсть деньги. Кроме того, рубли можно использовать даже там, где отсутствует Интернет, если сохранить их часть на смартфоне, что актуально для отдалённых населённых пунктов. Внедряя такое платежное средство, государство также получает преимущества: может лучше контролировать расходование бюджетных средств, снижает затраты на администрирование бюджетных платежей, имеет все возможности упростить трансграничные переводы. Быстрота, простота и эффективность таких платежей уже известна, так как криптовалютный актив позволяет совершать их практически мгновенно. Для примера, клиринговый цикл общепризнанных мировых платежных систем, как Visa и MasterCard, составляет минимум три дня. Учитывая внешние обстоятельства, возможно скоро произойдет обмен «цифровой рубль — цифровой юань». Однако, наряду с положительными факторами при работе с цифровым рублем могут наблюдаться определенные риски. Так, его внедрение потребует дополнительных затрат не только от финансового сегмента, но и от бизнес-сектора, в связи с чем, банкам и торговым организациям придётся адаптировать свои системы расчётов под новую цифровую валюту. ЦБ может устанавливать ограничения на использование цифровой валюты или цифровые деньги могут быть предназначены исключительно для целевого использования, когда, например, социальное пособие можно потратить только на продукты, но не на табак и алкоголь.

Выводы. Таким образом, внедрение цифрового рубля в нашей стране не миф, а реальность и как он будет работать, покажет время. Однако, уже сейчас понятно, что цифровой рубль может стать полезным инструментом в экономике России, так как его суть заключается в безопасности, экономии времени и средств, а главной задачей - в текущих неблагоприятных условиях внешних санкций не просто стабилизация банковской системы, но и обеспечение финансовой независимости государства.

ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ К ПОЛОВОМУ ПРОСВЕЩЕНИЮ В ШКОЛЕ

Соловых Ю.А., Ловцева Е.С., 2 курс, лечебный факультет

Научный руководитель: преп. Трусова М.А.

Актуальность. Половое воспитание – это процесс, подразумевающий воспитание у молодого поколения разумного отношения к вопросам пола и половой жизни. В современной России данные обсуждения спонтанны, проводятся людьми без необходимого уровня образования.

Цель. Определить необходимость проведения занятий по половому

воспитанию в учебных заведениях.

Материалы и методы. Нами было проведено анонимное анкетирование, в котором приняли участие 124 студента в возрасте от 18 до 23 лет.

Результаты и их обсуждение. На вопрос «Было ли в Вашей школе половое просвещение?» ответ «да» дали 27,4 % опрошенных, когда 72,6 % - «нет». Далее оценивались ответы только той группы, которая дала положительный ответ на первый вопрос.

На вопрос «Кто проводил занятия по половому воспитанию?» были получены следующие ответы: учитель (58%), приглашенный врач (25%). Таким образом, количество учителей в 2 раза превышает количество приглашенных врачей. Учителя, не являясь специалистами в этой сфере, не обладают актуальными знаниями в сфере полового просвещения.

На вопрос «О чем Вам рассказывали на занятиях по половому воспитанию?» были даны ответы: «правила личной гигиены» (38%), «средства контрацепции» (24%), «культура активного согласия» (6%). Видно, что культуре активного согласия, которая является важным принципом минимизации риска сексуального насилия, почти не уделялось внимание.

Отвечая на вопрос «Были ли эти беседы полезны для Вас?», большинство участников (54%) сочло их бесполезными.

Важно отметить ответы, данные на открытый вопрос о том, какую недостоверную информацию по теме полового воспитания они получали в школе: «при первом половом акте невозможно забеременеть», «ребенок будет похож на первого полового партнера». Ответы дали только те участники, которые выявили ложную информацию, мы могли не получить ответы тех, кто счел неверную информацию верной и пользуется ею до сих пор.

Вторая группа вопросов была направлена на установление других источников информации и оценку их качества. На вопрос «Какие источники информации Вы использовали/используете в целях полового просвещения?» самыми популярными ответами были сайты/форумы (27%), друзья/партнеры (25%), социальные сети (20%). Самым редким стал ответ - половое просвещение (1%).

Мы попросили оценить достоверность информации, полученной из этих источников. По ответам видно, что интернет-источники содержат много недостоверной информации: «на форумах любят писать, мол, если все тщательно промыть или запихать туда кусок мыла, то не забеременеешь».

Итоговый вопрос был нацелен на выявление отношения студентов к половому просвещению. На вопрос «Считаете ли Вы, что необходимо проводить половое просвещение в школах?» большинство (58%) ответили «да» и лишь 4% ответили «нет».

Выводы. В настоящее время в школах в недостаточном количестве и не на должном уровне проводятся занятия по половому воспитанию.