

Издательский дом «Плутон»

Научный медицинский журнал «Авиценна»

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

УДК 378.001

XIII Международная научная медицинская конференция

«Современные медицинские исследования»

СБОРНИК СТАТЕЙ КОНФЕРЕНЦИИ

28 августа 2017

Кемерово

СБОРНИК СТАТЕЙ ТРИНАДЦАТОЙ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ»

28 августа 2017 г.

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

ISBN 978-5-9500488-2-1

Кемерово УДК 378.001. Сборник докладов студентов, аспирантов и профессорско-преподавательского состава. По результатам XIII Международной научной медицинской конференции «Современные медицинские исследования», 28 августа 2017 г. www.avicenna-idp.ru/ Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинских наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинских наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» .

Абдуллаева Асият Мухтаровна - кандидат биологических наук, доцент ФГБОУ ВО МГУПП.

Тахирова Рохатой - кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинских наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамутдиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФБГОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И.

Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им.

С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Кемерово 2017

В сборнике представлены материалы докладов по результатам научной конференции.

Цель – привлечение студентов к научной деятельности, формирование навыков выполнения научно-исследовательских работ, развитие инициативы в учебе и будущей деятельности в условиях рыночной экономики.

Для студентов, молодых ученых и преподавателей вузов.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail:admin@idpluton.ru

Подписано в печать 28.08.2017 г.

Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 2.2. | Тираж 500.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Содержание

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА	4
Иконникова А.В., Джураева Ш.Ф.	
СЛУЧАЙ ЛОКАЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ ПРИ ТОКСОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ.....	7
Пупышева А.Д., Ким Е.И., Годовалов А.П., Быкова Л.П.	
ТЕЧЕНИЕ ЮНОШЕСКОЙ МИОКЛОНИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ.....	9
Меликова Ш.Я.	
О ТЕНДЕНЦИИ СНИЖЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ К 2016 ГОДУ В КАЗАХСТАНЕ.....	13
Дусмагамбетова А.М., Дусмагамбетов М.У., Абдырова Р.М.	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ГИПЕРОДОНТИЕЙ. ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.....	16
Чигиренко А.С., Порубова А.С., Матчин А.А., Харламов Д.А.	
ИССЛЕДОВАНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЧАСТЕЙ КРАПИВЫ ДВУДОМНОЙ, ПРОИЗРАСТАЮЩЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	20
Зайнутдинов Д.Р., Уранов И.О., Уранова В.В.	

Иконникова Алина Валерьевна

Ikonnikova Alina Valer'yevna

Студентка 4 курса стоматологического факультета

ФГБОУ ВО ИВГМА Минздрава России, Иваново

Кафедра стоматологии №1

E-mail: ikonnikova_alina@rambler.ru

Джураева Шарора Файзовна

Dzhuraeva Sharora Fayzovna

Научный руководитель

д.м.н., профессор кафедры

УДК 61

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

SOCIAL-PSYCHOLOGICAL ASPECTS IN THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF A DOCTOR-STOMATOLOGIST

Аннотация: в статье выявлены особенности социально-психологического климата и профессионального выгорания в коллективе врачей стоматологов.

Abstract: The article reveals the features of the socio-psychological climate and professional burnout in the team of dentists.

Ключевые слова: синдром профессионального выгорания, эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личных достижений, социально-психологический климат.

Key words: syndrome of professional burnout, emotional exhaustion, depersonalization, reduction of personal achievements, socio-psychological climate.

Актуальность работы. Формирование благоприятного социально-психологического климата трудового коллектива является одним из важнейших условий борьбы за рост производительности труда и качество оказываемой помощи, в нашем случае это качественные медицинские услуги. Вместе с тем, социально-психологический климат является показателем уровня социального развития коллектива и его психологических резервов, способных к более полной реализации [2,34].

На сегодняшний день интерес исследователей, практических психологов, врачей к вопросу эмоционального выгорания не угас, продолжают исследования данного феномена и его распространение среди различных профессиональных групп. Наиболее часто эмоциональное выгорание выявляется у людей, чья деятельность связана с интенсивным общением, постоянным напряжением эмоциональной сферы.

Труд медицинских работников ответственен, требует выносливости, предполагает высокую и постоянную психоэмоциональную нагрузку, а также необходимость принятия решений в экстремальных ситуациях. В результате исследования более полутора тысяч профессий выяснилось, что профессия врача-стоматолога занимает четвертое место по шкале профессионального стресса [1,184; 3,89].

Цель. Изучить особенности синдрома профессионального выгорания у врачей стоматологов и взаимосвязь с социально-психологическим климатом медицинских коллективов.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 31 человек (24 женщины и 7 мужчин), медицинский персонал одной из стоматологических поликлиник (название не указывается по этическим соображениям). Возраст участников исследования от 24 до 67 лет (средний возраст

респондентов $40 \pm 1,4$ лет). Весь коллектив работников, принявших участие в исследовании, был разделен на 3 группы: медицинские сестры – 9, зубные врачи – 16 и стоматологи – 6 человек.

Для оценки социально-психологического климата была использована экспресс методика, разработанная О.С. Михалюком и А.Ю. Шалыто (2010г.). Анализировались 3 компонента отношений в коллективе: эмоциональный, поведенческий и когнитивный. Каждый из них тестировался 3 вопросами, ответ на каждый из них принимает только одну из трех возможных форм: +1; -1; 0. Полученные по всей выборке данные сводились в таблицу. На следующем этапе обработки для каждого компонента выводилась средняя оценка по выборке. В соответствии с принятой трехчленной оценкой ответов классифицировались полученные средние. Произведенные вычисления позволили вывести структуру отношения к коллективу для рассматриваемого подразделения. Для диагностики профессионального выгорания нами использовался опросник на выгорание, разработанный американскими психологами К. Маслачем и С. Джексоном, в варианте адаптированном Н.Е. Водопьяновой. Опросник имеет 3 шкалы «эмоциональное истощение» (9 утверждений), «деперсонализация» (5 утверждений) и «редукция личных достижений» (8 утверждений).

Результаты. Оценка социально-психологического климата среди медицинских работников стоматологии дала следующие результаты: показатель по эмоциональному компоненту равен 0,67, что свидетельствует о благоприятном климате в коллективе. Показатели по поведенческому и когнитивному компонентам противоречивы, 0,16 и 0,29 соответственно. Оценка профессионального выгорания (перегорания) в медицинском коллективе врачей-стоматологов дала следующие результаты: низкий уровень эмоционального истощения у $35,0 \pm 1,25\%$ опрошенных, деперсонализации у $59,0 \pm 1,63\%$, редукции личных достижений у $22,0 \pm 1,34\%$; средний уровень у $52,0 \pm 1,72\%$, $35,0 \pm 1,66\%$ и $46,0 \pm 1,51\%$ соответственно; высокий уровень у $13,0 \pm 1,22\%$; $6,0 \pm 1,37\%$; $32,0 \pm 1,64\%$; соответственно.

Согласно модели Дж. Гринберга [1,140], профессиональное выгорание представляет собой пятиступенчатый прогрессирующий процесс, состоящий из следующих этапов:

медовый месяц (удовольствие от работы есть, но в связи с продолжительными рабочими стрессами энергичность и чувство удовлетворения начинают уменьшаться);

недостаток топлива (появляются первые признаки физиологических нарушений (проблемы со сном, усталость), снижается интерес к содержанию труда и/или к работе, может проявляться отстраненность от своих обязанностей);

хронические симптомы (измождение, подверженность заболеваниям, раздражительность или чувство подавленности, ощущение постоянной нехватки времени);

кризис (развитие хронических заболеваний, потеря работоспособности, неудовлетворенность качеством жизни);

пробивание стены (дальнейшее развитие заболеваний).

Уровень эмоционального истощения достоверно ($p < 0,001$) повышен в возрастной категории от 24 до 30 лет со стажем работы от 6 месяцев до 9 лет, а также от 45 до 67 лет, максимальный стаж работы – 45 лет. Эмоциональное истощение проявляется в ощущениях эмоционального перенапряжения и в чувстве опустошенности, истощенности собственных эмоциональных ресурсов. Человек чувствует, что не может отдаваться работе, как раньше. Часть опрошенных иногда чувствуют себя эмоционально опустошенными ($55 \pm 1,43\%$), чувствуют усталость (как «выжатый лимон» - $51 \pm 1,61\%$) и нежелание идти на работу ($42 \pm 1,95\%$). Деперсонализация представляет собой тенденцию развивать негативное, бездушное, циничное отношение, как к пациентам, так и к своим коллегам. Некоторые отмечают, что работа их ожесточает и делает более «черствым» по отношению к окружающим ($26 \pm 1,88\%$). Редукция личных достижений проявляется как снижение чувства компетентности в своей работе, недовольство собой, уменьшение ценности своей деятельности, негативное самовосприятие в профессиональном плане. У большинства опрошенных все-таки есть планы на будущее, и они верят в их осуществление ($93 \pm 1,38\%$), кроме того, каждый из опрошенных уверен, что его работа приносит пользу людям (100%).

Выводы. Социально-психологический климат в данном медицинском коллективе врачей стоматологов в целом благоприятен по эмоциональному компоненту и противоречив по поведенческому и когнитивному компонентам. Уровень профессионального выгорания по всем

компонентам средний. Так как профессия связана с повышенным риском эмоционального выгорания, следует позаботиться о профилактических действиях по отношению к ней. Данный синдром вызывает как физические, так и психологические проявления, поэтому мы рекомендуем поделить методы профилактики на две части.

Физические методы профилактики эмоционального выгорания:

Рацион. Пища должна содержать все необходимые витамины, органические вещества и энергетический материал.

Упражнения. Занятия спортом способствуют укреплению иммунитета, мобилизации защитных сил организма.

Режим. Важно соблюдать правильную схему труда и отдыха, полноценный сон восстанавливает функции нервной системы.

Психологические методы профилактики эмоционального выгорания:

Отдых. Следует придерживаться трудовой гигиены, которая обеспечивает право на выходной. В этот день не стоит заниматься профессиональной деятельностью.

Самоанализ. Разобраться в собственных беспокоящих мыслях поможет психолог, или же это можно сделать самостоятельно с помощью листа бумаги и ручки.

Приоритет. Чтобы из-за профессиональных проблем не страдали личные взаимоотношения, надо поставить четкие границы между этими сферами деятельности.

Медитации. Любые практики, которые предполагают углубление в самосознание, помогут определить важные профессиональные рычаги влияния на собственные ощущения. Из всего сказанного следует, что даже в коллективе врачей стоматологов необходимо проведение профилактических мероприятий, которые, в случае необходимости, позволят улучшить изучаемые показатели. Улучшат социально-психологический климат и позволят снизить уровень профессионального выгорания медицинских работников. В качестве профилактических мероприятий также можно выбрать моральное стимулирование: почетные грамоты, благодарности, либо же тренинговую работу в коллективе, направленную на самопознание, формирование навыков саморегуляции, коммуникативных навыков и сплоченности коллектива; аутотренинги, включающие в себя музыкотерапию, релаксацию, снятие физического и эмоционального перенапряжения.

Библиографический список:

1. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова. – СПб.: «Питер» 2005. – 338 с.

2. Парыгин Б.Д. Социальная психология: учебное пособие/ Б.Д. Парыгин. – СПб.: СПбГУП, 2010. – 538 с.

3. Фетискин Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин. – М, 2002. – 490 с.

Пупышева Александра Дмитриевна
Pupysheva Aleksandra Dmitrievna

студент

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова

E-mail: alex_95-08@mail.ru

Ким Екатерина Игоревна
Kim Ekaterina Igorevna

студент,

Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Сеченова

Годовалов А.П.
Godovalov A.P.

к.м.н.

Научный руководитель

Быкова Л.П.
Bykova L.P.

доцент, к.м.н.

Научный руководитель

(ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера
Минздрава России)

УДК 616.993

СЛУЧАЙ ЛОКАЛЬНОЙ ПРОДУКЦИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ ПРИ ТОКСОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

THE CASE OF THE LOCAL PRODUCTION OF SPECIFIC ANTIBODIES IN TOXOPLASMA INFECTION

Аннотация При проведении предгравидарной подготовки у 4% женщин в вагинальном биотопе обнаружены антитела к *Toxoplasma gondii* при отсутствии их в сыворотке крови. В последующем у одной из них родился ребенок с врожденной токсоплазменной пневмонией. Необходимо определять присутствие специфических иммуноглобулинов не только в сыворотке крови, но и в локальных эпитопах при лабораторной диагностике токсоплазменной инфекции.

Abstract During the pre-gravity training, antibodies to *Toxoplasma gondii* were detected in 4% of cases in the women's vaginal biotopes. It should be noted there were not antibodies to *Toxoplasma gondii* in blood samples. Later, one of women had a child with congenital toxoplasmic pneumonia. It is necessary to determine the presence of specific immunoglobulins not only in the blood serum, but also in local epitopes in the laboratory diagnostics of *Toxoplasma* infection.

Ключевые слова токсоплазмоз, местный иммунитет, иммуноглобулины, беременность, вагинальное содержимое

Key words Toxoplasmosis, local immunity, immunoglobulins, pregnancy, vaginal contents

Введение Известно, что токсоплазмоз, вызываемый облигатным внутриклеточным паразитом *Toxoplasma gondii*, может приводить к манифестным формам, а также внутриутробным инфекциям. Особое значение имеет инфицирование беременной женщины, ведь риск поражения плода составляет 25% в первом и 65% в третьем триместре беременности [3]. Значимую роль в предотвращении распространения паразита по организму играют факторы иммунной системы, такие

как CD4+, CD8+ и CD16+ лимфоциты, цитокины (IL-10, IL-12 и IL-27), а также иммуноглобулины классов А, М и G[1]. Определение иммуноглобулинов в сыворотке крови является одним из основных методов лабораторной диагностики токсоплазмоза. При этом мало внимания уделяется обнаружению иммуноглобулинов в очаге внедрения паразита.

Цель работы: определить наличие антител к *T. gondii* в сыворотке крови и вагинальном содержимом женщин при предгравидарной подготовке.

Материалы и методы: Проведено исследование проб сыворотки крови и вагинального содержимого, полученного от 80 женщин репродуктивного возраста. Для обнаружения иммуноглобулинов к *T. gondii* в сыворотке и вагинальном содержимом использовали иммуноферментную тест-систему производства ЗАО «Вектор-Бест» (Россия) согласно инструкции производителя.

Результаты и обсуждение: В ходе проведенных исследований у всех женщин антитела к *T. gondii* в сыворотке крови обнаружены не были. Однако у 4% из них в вагинальном секрете присутствовали суммарные антитела к *T. gondii*. В последующем у одной из этих женщин родился ребенок с врожденной токсоплазменной пневмонией, протекавшей в тяжелой форме. Известно, что эндозоиты, образующиеся в результате лизиса оболочки цист и проникновения в энтероциты, стимулируют местный иммунитет, что приводит к повышению уровня специфических секреторных IgA[4]. В исследованиях Chardès T. с соавт. [2] показано, что титр антител в биологических жидкостях несколько больше чем в плазме крови.

Заключение Таким образом, проведенные исследования показали возможность определения специфических антител только на локальном уровне. Поскольку факторы местного иммунитета играют важную роль в патогенезе токсоплазмоза, необходимо учитывать присутствие специфических иммуноглобулинов в вагинальном содержимом при лабораторной диагностике токсоплазменной инфекции.

Библиографический список:

1. Tait E.D., Hunter C.A. Advances in understanding immunity to *Toxoplasma gondii* // Mem. Inst. Oswaldo. Cruz. – 2009. – Vol. 104(2). – P. 201-210.
2. Chardès T., Bourguin I., Mevelec M.N., Dubremetz J.F., Bout D. Antibody responses to *Toxoplasma gondii* in sera, intestinal secretions, and milk from orally infected mice and characterization of target antigens // Infect. Immun. – 1990. – Vol. 58(5). – P. 1240-6.
3. Марданлы С.Г., Кирпичникова Г.И., Неверов В.А. Токсоплазмоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика, лечение, профилактика. – Электрогорск: ЗАО «ЭКОлаб», 2011. – 40 с.
4. Долгих Т.И. Токсоплазмоз: современная стратегия лабораторной диагностики // Инфекция и иммунитет. – 2011. – Т. 1, №1. – с. 43–50.

Меликова Шахла Ягуб гызы

Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра Неврологии,
Баку, Азербайджан

Melikova Shahla Yagub

Azerbaijan Medical University, Chair of Neurology, Baku, Azerbaijan
E-mail: neuro81@rambler.ru

УДК 618.3

ТЕЧЕНИЕ ЮНОШЕСКОЙ МИОКЛОНИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ**THE COURSE OF JUVENILE MYOCLONIC EPILEPSY IN PREGNANT WOMEN**

Аннотация. Исследованы 105 беременных женщин с эпилепсией в возрасте от 17 лет до 41 года за период с 2013 по 2017 годы. У 70 женщин (66,7%) была диагностирована симптоматическая фокальная эпилепсия, у 35 (33,3%) - идиопатическая генерализованная эпилепсия. Юношеская миоклоническая эпилепсия была диагностирована у 11 беременных, составив 31,4±7,8 % всех форм идиопатических генерализованных эпилепсий. В 1 случае (9,1±8,7%) дебют эпилепсии отмечался во время беременности. Припадки во время беременности наблюдались у 6 женщин (54,5±15,0%), у 5 (45,5±15,0%) припадки отсутствовали. При ЮМЭ, так же как и при любых формах эпилепсии, важным условием успешного завершения беременности является планирование беременности, регулярное наблюдение беременных совместно с epileptологом и акушер-гинекологом.

Abstract. 105 pregnant women with epilepsy have been studied for the period from 2013 to 2017. Symptomatic focal epilepsy was diagnosed in 70 (66.7%) women, idiopathic generalized forms of epilepsy - in 35 (33.3%) women. Juvenile myoclonic epilepsy was diagnosed in 11 (31.4 ± 7.8%) among all women with idiopathic generalized epilepsy. In 1 (9.1±8.7%) woman epilepsy occurred during pregnancy. During pregnancy seizures were observed in 6 (54.5±15.0%) women, 5 (45.5±15.0%) women remained seizure-free. Planning of pregnancy, regular monitoring of pregnant women together by the epileptologist and the obstetrician-gynecologist is an important condition for the successful completion of pregnancy in juvenile myoclonic epilepsy as well as in all forms of epilepsy.

Ключевые слова: беременность, частота припадков, юношеская миоклоническая эпилепсия

Keywords: pregnancy, seizure frequency, juvenile myoclonic epilepsy

Юношеская миоклоническая эпилепсия (ЮМЭ) – одна из форм идиопатической генерализованной эпилепсии, составляющая 5-11 % всех форм эпилепсий [1,2]. Однако полагают, что ее истинная величина выше, поскольку заболевание относительно редко правильно диагностируется [3]. Ведущим симптомом ЮМЭ являются миоклонические приступы, у 90 % больных наблюдаются генерализованные тонико-клонические приступы (ГТКП), у 30-40 % больных – абсансы [4,5]. Несмотря на высокую эффективность лечения ЮМЭ современными антиэпилептическими препаратами (АЭП), в 90 % случаев рецидив припадков наблюдается после отмены препарата [6,7]. Поэтому многие epileptологи считают, что лечение ЮМЭ должно быть пожизненным [5, 8].

В литературе отмечается преобладание (в 2,5–3 раза) ЮМЭ среди больных лиц женского пола [9]. Однако на сегодняшний день литературные данные о течении ЮМЭ в период беременности единичны [7].

Целью настоящего исследования явилось изучение течения ЮМЭ в период беременности.

Материал и методы. В исследование были включены 105 беременных женщин с эпилепсией в возрасте от 17 лет до 41 года, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в неврологическом отделении Учебно - Терапевтической Клиники Азербайджанского Медицинского Университета, неврологическом и родильном отделениях Клинического Медицинского Центра города Баку, а также наблюдавшихся в женских консультациях N 7, 9, 10, в родильных домах N 1, 2

города Баку за период с 2013 по 2017 годы. У 70 женщин (66,7%) была диагностирована симптоматическая фокальная эпилепсия, у 35 (33,3%) - идиопатическая генерализованная эпилепсия (ИГЭ). ЮМЭ была диагностирована у 11 беременных, составив $31,4 \pm 7,8$ % всех форм ИГЭ. На момент возникновения беременности возраст женщин с ЮМЭ был от 19 до 37 лет, средний возраст составил $24,6 \pm 1,9$ лет.

На каждую женщину была заполнена формализованная карта обследования, специализированная по эпилепсии, с подробным описанием анамнестических сведений о пациенте, течении, типе и частоте эпилептического припадка до и во время беременности, получаемой терапии и ее эффективности, неврологического статуса и параклинических показателей больных межиктальном периоде. Клиническое исследование беременных состояло из подробного сбора анамнеза, неврологического осмотра, изучения клинического проявления припадков. Нейровизуализационные методы исследования (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография) и электроэнцефалография использовались для выявления очаговой органической патологии и с целью диагностики форм эпилепсии и типов припадков. Исследование больных было проведено в соответствии с современными стандартами ведения больных с эпилепсией в подобающей этической форме.

Результаты исследования и их обсуждение.

Дебют эпилепсии в исследуемой группе отмечался в возрасте от 9 до 21 года, средний возраст дебюта заболевания составил $15,1 \pm 1,1$ лет, причем у 9 ($81,8 \pm 11,6$ %) заболевание началось в 9-17 лет, что совпадает с литературными данными, согласно которым дебют ЮМЭ отмечается в основном в 8-18 лет с диапазоном от 5 до 34 лет [10,11,12,13]. Средняя длительность эпилепсии к моменту возникновения беременности составила $9,5 \pm 2,3$ лет. В 1 случае ($9,1 \pm 8,7$ %) дебют эпилепсии отмечался во время беременности, беременность у этой пациентки была первой. Наследственная отягощенность по эпилепсии наблюдалась у всех 11 женщин.

В 4-х ($36,4 \pm 14,5$ %) случаях до беременности заболевание проявлялось сочетанием миоклоний, абсансов и ГТКП, в 5 ($45,5 \pm 15,0$ %) случаях - миоклоний и ГТКП, в одном случае ($9,1 \pm 8,7$ %) у пациентки наблюдались только ГТКП. У одной женщины ($9,1 \pm 8,7$ %) дебют заболевания наблюдался в третьем триместре беременности и характеризовался наличием нескольких миоклонических подергиваний с последующими ГТКП. Отсутствие эпилептических приступов на протяжении года до беременности отмечалось у двух пациенток, у пяти припадки повторялись с частотой 3-4 раза в год, у одной - 1 раз в месяц, у двух - 2 - 3 припадка в год. В целом, у большинства женщин к моменту наступления беременности отмечалось достаточно благоприятное течение эпилепсии.

Припадки во время беременности наблюдались у 6 женщин ($54,5 \pm 15,0$ %), у 5 ($45,5 \pm 15,0$ %) припадки отсутствовали. Учащение припадков наблюдалось в 1 ($9,1 \pm 8,7$ %) случае, урежение - в 2 ($18,2 \pm 11,6$ %), частота не изменилась - в 2 ($18,2 \pm 11,6$ %) случаях, у 1 ($9,1 \pm 8,7$ %) женщины наблюдался дебют эпилепсии в период беременности. Во время беременности ГТКП в сочетании с миоклониями наблюдались у 3-х ($27,3 \pm 13,4$ %), изолированные миоклонии - у 1 ($9,1 \pm 8,7$ %), изолированные ГТКП - у 1 ($9,1 \pm 8,7$ %), ГТКП в сочетании с миоклониями и абсансами - у 1 ($9,1 \pm 8,7$ %) беременной.

К моменту наступления беременности лечение получали 8 женщин: 2 - вальпроовую кислоту (ВК), 3 - ламотриджин (ЛТД), 2 - леветирацетам (ЛЕВ), 1 - сочетание ВК и бензобарбитала (ББ). Однако беременные, принимающие ВК, прекратили прием препарата на 7-9-й неделях беременности после того, как узнали о своей беременности. Беременная с впервые возникшими припадками во время беременности отказалась принимать АЭП из-за опасения тератогенного эффекта препарата.

Учащение припадков во время беременности наблюдалось только у одной беременной. У этой пациентки во время беременности также наблюдался дебют миоклонических подергиваний. В данном случае, по-видимому, ухудшение течения эпилепсии было связано с некомплаентностью пациентки и нарушением ей режима приема АЭП и депривацией сна. В литературе также приводятся данные, согласно которым у 68% беременных с эпилепсией повышение частоты припадков во время беременности было связано с нарушением комплаентности к терапии или депривацией сна [14].

Из 5 женщин с отсутствием припадков во время беременности 2 получали ЛЕВ, 1-ЛТД, 2 - не получали лечения. Частота припадков не изменилась у 1 беременной, получающей ЛТД, и у 1-

прекратившей прием АЭП (вальпроевой кислоты). Уменьшение частоты припадков отмечалось у 2-х беременных - принимавшей сочетание ВК и ББ и прекратившей прием АЭП. Что касается лечения ЮМЭ у беременных, согласно литературным данным, ВК является наиболее эффективным препаратом в лечении ЮМЭ. Однако, у женщин детородного возраста рекомендуется использование альтернативных АЭП, например, ЛТД, также указывается на эффективность леветирацетама, топирамата, зонисамида [5,7, 15,16].

В нашем наблюдении отсутствие и уменьшение частоты припадков у беременных, не получавших АЭП и прекративших лечение во время беременности, возможно, было связано с ремиссией приступов на протяжении года до беременности у одной, редкими в течение года до беременности (3 - 4 в год) припадками и их отсутствием за три месяца до беременности у двух других. В исследовании Sabers A. и соавторов также отмечается, что у более чем 80 % женщин с отсутствием припадков за три месяца до беременности ухудшения во время беременности не наблюдалось [17]. В некоторых случаях причину улучшения течения эпилепсии при беременности объяснить невозможно, и оно может быть связано со случайной флуктуацией частоты припадков или с другими факторами (например, гормональными изменениями) [14].

В 4-х (36,4±14,5%) случаях родоразрешение женщин произошло через естественные родовые пути, в 6 (54,5±15,0%) случаях показанию к кесаревому сечению явилась эпилепсия, в 1 случае (9,1±8,7%) кесарево сечение было проведено по акушерским показаниям. Во всех случаях роды завершились рождением живых младенцев. Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах составила 7-8 баллов. Врожденных пороков развития у новорожденных не было выявлено.

Таким образом, в целом, у исследованных женщин отмечалось благоприятное течение ЮМЭ в период беременности, что соответствует данным литературы [7]. В то же время, при ЮМЭ, так же как и при любых формах эпилепсии, важным условием успешного завершения беременности является планирование беременности, регулярное наблюдение беременных совместно с эпилептологом и акушер-гинекологом.

Библиографический список:

- 1.Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M, Appleton R, Baker GA, et al. The SANAD study of effectiveness of valproate, lamotrigine, or topiramate for generalised and unclassifiable epilepsy: an unblinded randomised controlled trial// Lancet.2007; 369:1016–1026.
- 2.Alfradique I, Vasconcelos MM.Juvenile myoclonic epilepsy. Arq Neuropsiquiatr.2007; 65:1266–1271.
- 3.Wolf P. Juvenile myoclonic epilepsy. In: Epileptic syndromes in Infancy, Childhood and Adolescence. In: Roger J, Bureau M, Dravet Ch, et al., editors. Paris. 1992. P. 316–27.
- 4.Sharpe, C., Buchanan, N. Juvenile Myoclonic epilepsy: diagnosis, management and outcome// The Medical Journal of Australia.1995; Vol 162, 133-134.
- 5.Georgia Montouris and Bassel Abou-Khalil. The first line of therapy in a girl with juvenile myoclonic epilepsy: Should it be valproate or a new agent? //Epilepsia, 2009;50(Suppl. 8): 16–20.
- 6.Calleja S, Salas-Puig J, Ribacoba R, Lahoz CH. Evolution of juvenile myoclonic epilepsy treated from the outset with sodium valproate// Seizure.2001; 10:424–427.
- 7.Якунина АВ. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода при юношеской миоклонической эпилепсии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014; (спецвыпуск 1):13–17. Yakunina A.V.Osobennosti techeniya beremennosti,rodov, poslerodovogo perioda pri yunosheskoy mioklonicheskoy jepilepsii. Nevrologiya,nejropsixiatriya, psixosomatika.2014;(specvipusk 1):13-17..... Yakunina AV. Features of the Gestation Course, Delivery, and Postpartum Period in Women with Juvenile Myoclonic Epilepsy. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2014;(1S):13–17.
- 8.Delgado-Escueta AV, Enrile-Bacsal F.Juvenile myoclonic epilepsy of Janz//Neurology.1984;34:285–294.
- 9.Sudqvist A, Tomson T, Lundkvist B.Valproate as monotherapy for juvenile myoclonic epilepsy: dose-effect study. Ther Drug Monit. 1998;20(2):149–57
- 10.Janz D, Beck-Managetta G, Hildman T, et al. Phenotypic variability of idiopathic generalized epilepsies and refinement of the map position of EGMA in JME families. In: Idiopathic Generalized Epilepsies. Malafosse A, Genton P, Hirsch E, et al., editors. London: John Libbey; 1994. p. 287–96.

11. Jayalakshmi S.S., Srinivasa Rao B., Sailaja S. Focal clinical and electroencephalographic features in patients with juvenile myoclonic epilepsy// *Acta Neurol Scand* 2010;122(2):115—23. 12. Murthy JM, Rao CM, Meena AK. Clinical observations of juvenile myoclonic epilepsy in 131 patients: a study in South India// *Seizure*. 1998;7(1):43.

13. Canevini MP, Mai R, Di Marco C, Bertin C, Minotti L, Pontrelli V, Saltarelli A, Canger R. Juvenile myoclonic epilepsy of Janz: clinical observations in 60 patients// *Seizure*. 1992;1(4):291.

14. Schmidt D, Canger R, Avanzini G, Battino D, Cusi C, Beck-Mannagetta G, Koch S, Rating D, Janz D. Change of seizure frequency in pregnant epileptic women // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1983; 146:751–755.

15. Mantoan L, Walker M. Treatment options in juvenile myoclonic epilepsy// *Curr Treat Options Neurol*. 2011 Aug;13(4):355-70.

16. Tomson T, Marson A, Boon P, et al. Valproate in the treatment of epilepsy in girls and women of childbearing potential// *Epilepsia*. 2015; 56:1006.

17. Sabers A, Rogvi-Hansen B, Dam M, Fischer-Rasmussen W, Gram L, Hansen M, Moller A, Winkel H. Pregnancy and epilepsy: a retrospective study of 151 pregnancies// *Acta Neurol Scand*. 1998; 97:164–170.

Дусмагамбетова Айгуль Мукатовна
Dusmagambetova Augul Mukatovna

канд.мед.наук, зав. лабораторным отделением ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №5»,
г.Астана, Республика Казахстан,
E-mail:aigul_micra@mail.ru

Дусмагамбетов Марат Утеуович
Dusmagambetov Marat Uteuovich

докт.мед.наук., зав.кафедрой микробиологии, вирусологии им.Ш.Сарбасовой АО
«Медицинский университет Астана», г.Астана, Республика Казахстан

Абдырова Разия Мухамеджановна
Abdirova Raziya Muhamedzhanovna

фтизиатр высшей категории, зав.лечебно-терапевтическим отделением ГККП «Степногорский
межрайонный
противотуберкулезный диспансер», г.Степногорск, Республика Казахстан

УДК 616-002.5

**О ТЕНДЕНЦИИ СНИЖЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ К 2016 ГОДУ В КАЗАХСТАНЕ**

**ABOUT THE TENDENCY TO REDUCE THE INCIDENCE OF TUBERCULOSIS BY 2016
IN KAZAKHSTAN**

Аннотация. Проведен анализ заболеваемости туберкулезом в Республике Казахстан за период 2013 – 2016гг. Показано, что за анализируемый период данный показатель снизился в целом по республике почти на 25%.

Abstract. The analysis of the incidence of tuberculosis in the Republic of Kazakhstan for the period 2013 - 2016 was carried out. It is shown that for the analyzed period this indicator decreased in the republic as a whole by almost 25%.

Ключевые слова: заболеваемость, туберкулез, показатель, смертность.

Keywords. Morbidity, tuberculosis, index, mortality.

Ежегодно туберкулез уносит 2 миллиона жизней, при этом вновь заболевают 8 миллионов человек, а инфицировано микобактериями туберкулеза свыше 2 миллиардов человек, т.е. треть населения планеты. В современных условиях глобального распространения туберкулеза, особенно его мультирезистентных форм, знание основ микробиологического анализа является мощным заслоном на пути продвижения инфекции [1, 2, 3].

Согласно отчету Всемирного Экономического Форума на 2016-2017 годы по фактору «Распространенность туберкулеза» Казахстан улучшил свое положение на 9 позиций по сравнению с 2015 годом (101 место из 140 стран) и занял 92 место среди 138 стран. Показатель смертности по итогам 2016 года снизился на 17,1% и составил 3,4 против 4,1 за 2015 год на 100 тыс. [4].

Казахстан относится к числу 18 стран Европейского региона с высоким уровнем туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Реализация комплекса противотуберкулезных мероприятий за последние 10 лет позволила снизить показатель заболеваемости туберкулезом в

Казахстане в 2,3 раза, а смертности – в 5 раз. По итогам 2016 года в Казахстане отмечается стабильная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу. На сегодня в республике на учете состоит 17451 больных туберкулезом, что на 2291 случаев меньше по сравнению с прошлым годом [5]. В тоже время заболевание туберкулез относится к важной медико-социальной проблеме, наносящей значительный материальный урон из-за потери трудоспособности и преждевременной смерти продуктивного населения.

Материалы и методы: в нашей работе проведен ретроспективный сравнительный анализ заболеваемости туберкулезом в Республике Казахстан за период 2013 – 2016 гг. по отчетным данным.

Результаты и обсуждение: В Казахстане, России и других странах СНГ после периода снижения заболеваемости туберкулезом и стабилизации этого показателя, отмечается рост заболеваемости. Одной из причин подъема заболеваемости туберкулезом следует признать социально-экономические потрясения связанные с низким уровнем жизни, сопровождавшиеся обнищанием населения, массовой безработицей, а так же ростом других социально значимых заболеваний таких как: наркомания, психические заболевания, ВИЧ инфекция, алкоголизм. Вместе с тем, врачи обеспокоены тем, что многие казахстанцы отказываются от вакцины против туберкулеза, преимущественно по религиозным убеждениям. А это соответственно, приведет к росту и развитию тяжелых остро прогрессирующих форм туберкулеза среди детей. В Казахстане разработана Модель интегрированного контроля туберкулеза[6].

Как видно из рисунка 1 в 2016 году заболеваемость туберкулезом в Республике Казахстан снизилась на почти на 25% и составила 52,8 на 100 тыс.нас. против 73,4 на 100 тыс.нас. в 2013году.

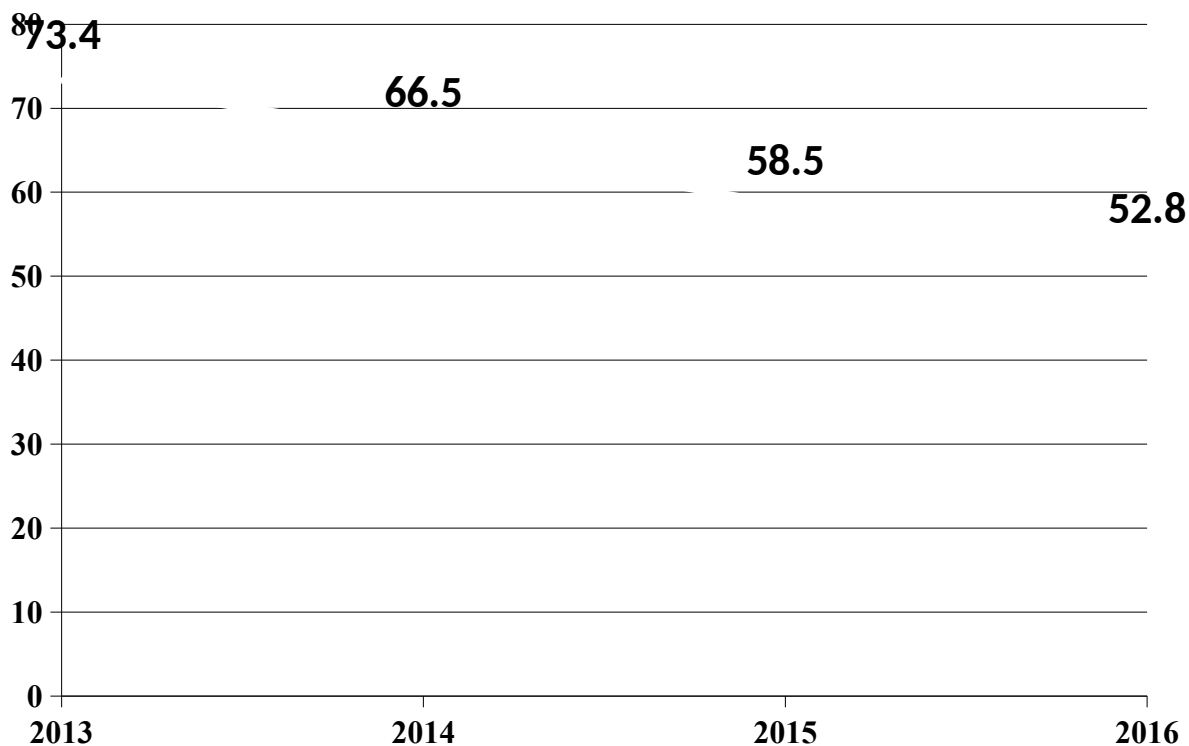


Рис.1 – Динамика заболеваемости туберкулезом в Республике Казахстан за 2013 – 2016 гг. (на 100 тыс.нас.)

При анализе заболеваемости туберкулезом (табл.1) за период 2013 – 2016гг по областям РК выявлено, что с 2013 г по 2015г наибольшая заболеваемость отмечалась в Атырауской области, в 2016г. – в Северо-Казахстанской области (СКО). На втором месте по заболеваемости в 2013г. находится Восточно-Казахстанская область (ВКО), 2014 – 2015 гг – Северо-Казахстанская область, в 2016г – Акмолинская область.

Так, в 2013г. уровень заболеваемости туберкулезом в РК составил 73,4 на 100 тыс.нас., в Атырауской области на 23,4% выше общереспубликанского показателя; в ВКО этот показатель составил 88,4 на 100 тыс.населения, что на 20,4% выше общереспубликанского. Самый низкий

уровень заболеваемости туберкулезом в 2013 году по г.Алматы – 55,9 на 100 тыс.нас, что почти на 24% ниже общереспубликанского значения.

В 2014г. в РК заболеваемость туберкулезом снизилась по сравнению с 2013г. и составила 66,5 на 100 тыс.нас., в Атырауской области – 84,9 на 100 тыс.нас., на втором месте по заболеваемости туберкулезом – СКО с показателем, на 20,5% превышающим общереспубликанский. Самая низкая заболеваемость туберкулезом по-прежнему в г.Алматы (53,7 на 100 тыс.нас.).

Таблица 1. Показатели заболеваемости туберкулезом в разрезе областей на 100.000 населения, 2013 – 2016 гг.

	2013	2014	2015	2016
Республика Казахстан	73,4	66,5	58,5	52,8
Акмолинская	86,4	77,6	72,5	70,7
Актюбинская	71,9	69,0	60,8	58,4
Алматинская	70,5	65,0	54,2	54,0
Атырауская	90,6	84,9	78,1	66,3
З-Казахстанская	66,5	63,8	58,4	48,2
Жамбылская	70,6	59,0	58,1	54,8
Карагандинская	75,0	71,6	64,6	54,7
Костанайская	86,9	76,3	65,5	62,0
Кызылординская	86,1	76,6	72,3	64,9
Мангистауская	76,9	71,4	64,2	59,3
Ю-Казахстанская	59,5	56,6	46,4	40,8
Павлодарская	81,1	69,9	58,4	54,0
С-Казахстанская	84,8	80,1	74,8	72,8
В-Казахстанская	88,4	71,3	59,9	49,6
Астана	74,6	60,9	58,6	55,1
Алматы	55,9	53,7	45,3	36,7

В 2015 году заболеваемость туберкулезом в РК составила 58,5, что на 8,0 ниже, чем в 2014г. Атырауская область с показателем 78,1 на 100 тыс.нас. по-прежнему на первом месте по заболеваемости, на втором месте – также СКО (показатель заболеваемости на 27,9% выше республиканского). Самый низкий показатель заболеваемости туберкулезом – в г.Алматы (на 22,6% ниже республиканского).

Заболеваемость туберкулезом в 2016г. снизилась по сравнению с предыдущим годом и составила 52,8 на 100 тыс.нас. Самый высокий уровень заболеваемости отмечался в СКО – 72,8 на 100 тыс.нас., что почти на 38% выше республиканского значения.; далее Акмолинская (70,7 на 100 тыс.нас.) и Атырауская области (66,3 на 100 тыс.нас.). Ниже всего показатель заболеваемости туберкулезом в г.Алматы – 36,7 на 100 тыс.нас.

Выводы:

1. В период 2013 – 2016 гг. показатель заболеваемости туберкулезом в Республике Казахстан снизился на почти на 25% и составил 52,8 на 100 тыс.нас. в 2016г. против 73,4 на 100 тыс.нас. в 2013году.

2. За весь анализируемый период высокий уровень заболеваемости туберкулезом отмечается в западном регионе республики – в среднем показатель заболеваемости на 8,6% выше республиканского.

3. Самый низкий уровень заболеваемости туберкулезом в г.Алматы.

Библиографический список:

1. Мишин В.Ю. Туберкулез легких с лекарственной устойчивостью возбудителя.- Москва.- Гэотар-медия,-2009.-208с.

2. Руководство для врачей «Туберкулез» «Особенности клинического течения и возможности фармакотерапии на современном этапе» (под ред. А.К.Иванова, М.Г.Романцова)- Санкт-Петербург,-2010.-184с.
3. Принципы микробиологической диагностики туберкулеза.//Учебное пособие. А.Л.Котова, Б.А.Рамазанова, А.С.Ракишева.-Алматы.-2012.-68с.
4. Сегодня в Казахстане стартовал месячник по профилактике туберкулеза. - 14.08.2017//<http://bnews.kz>
5. Конференция посвященная дню борьбы с туберкулезом. Алматы.-24 марта 2017// <http://bnews.kz>
6. Национальный научный центр фтизиопульмонологии. Алматы // Ж.Исмаилов. Отмечается снижение показателя заболеваемости ТБ. - <http://www.nncf.kz/ru/news/2017-02-28/>.
- 7.

Чигиренко Анастасия Сергеевна

студентка 4 курса стоматологического факультета ОрГМУ, Россия, Оренбург

E-mail: anastasiya2912@bk.ru

Порубова Елена Сергеевна

ассистент кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ОрГМУ, челюстно-лицевой хирург

Матчин Александр Артемьевич

д.м.н., профессор, челюстно-лицевой и пластический хирург

Харламов Дмитрий Александрович

челюстно-лицевой хирург

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Российская Федерация, Оренбург

УДК 616.31

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ГИПЕРОДОНТИЕЙ. ХИРУРГИЧЕСКОЕ И ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

CLINICAL CASE OF A PATIENT WITH HYPERODONTIA. SURGICAL AND ORTHOPEDIC TREATMENT

Аннотация: В статье рассмотрен клинический случай лечения и реабилитации пациента с наличием сверхкомплектного зуба в области резца верхней челюсти. Случай довольно-таки интересен в виду того, что после удаления сверхкомплектного зуба у пациента спустя 5 лет после лечения стали появляться зачатки четырех сверхкомплектных зубов, два на нижней челюсти и два на верхней. Проведено комплексное лечение пациента, у которого помимо удаления сверхкомплектного зуба в области резца верхней челюсти, было произведено удаление новообразования верхней челюсти слева от зуба 26. По прошествии года после хирургического лечения пациент два года находился на ортодонтическом лечении.

Abstract: The article deals with a clinical case of treatment and rehabilitation of a patient with a superfine tooth in the area of the upper jaw incisor. The case is rather interesting in view of the fact that after the removal of the superfine tooth the patient began to develop the rudiments of four supercomplete teeth, two on the lower jaw and two on the upper one, 5 years after the treatment. A complex treatment of the patient was carried out, in addition to removing the superfine tooth in the area of the maxillary incisor, removal of the maxilla from the left of the tooth was performed. A year after the surgical treatment, the patient spent two years on orthodontic treatment.

Ключевые слова: Сверхкомплектные зубы, лечение полиадентии, тератогенные факторы, ретенция зубов, повышенная продукция зубной пластинки

Keywords: Superflex teeth, treatment of polyadentia, teratogenic factors, tooth retention, increased production of dental plate

Цель: Описать клинический случай пациента с появлением сверхкомплектных зубов, выявить одну из причину их появления, чтобы в дальнейшем предотвратить данную патологию.

Введение: В Областную детскую клиническую больницу города Оренбурга был доставлен пациент Д., в экстренном порядке, 20.09.2002 года рождения с жалобами на наличие новообразования в области верхней челюсти слева.

Больной находился на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии с 13.11.12 г по 23.11.12 г.

Анамнез заболевания: обратился в поликлинику в сентябре 2012 года по поводу отсутствующего зуба 21. На момент обращения было произведено КТ, ОПТГ(1.10.2012).

11.11.12 появилась незначительная боль и припухлость в области верхней челюсти слева.

13.11.12 обратился в ГБУЗ ОДКБ, где осмотрен челюстно-лицевым хирургом. Пациент был госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии в экстренном порядке с диагнозом: 25 радикулярная киста верхней челюсти слева, с прорастанием в верхнечелюстную пазуху.

Общий статус: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, телосложение нормостеническое. Подкожная и жировая клетчатка развита удовлетворительно. Кожа и видимые слизистые обычного цвета. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Сердечно-сосудистая система: пульс 89 в минуту, тоны ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пищеварительная система: аппетит сохранен, пальпация живота безболезненна, стул регулярный, оформленный. Мочевыделительная система: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание свободное, безболезненное.

Локальный статус: конфигурация лица не нарушена, кожа не изменена, регионарные узлы не увеличены. Открывание рта в полном объеме. В полости рта слизистая влажная, в области верхней челюсти слева в проекции 26 зуба отражается отек и незначительная гиперемия слизистой.

На КТ верхнечелюстных пазух снижена пневматизация слева за счет образования 21,1*18,2*17,6 мм с четкими ровными контурами, которые заполняют пазуху более, чем на 1/3 объема. Носовая перегородка и носовые ходы без особенностей. Так же определяется наличие сверхкомплектного зуба во фронтальном отделе верхней челюсти и ретенция зуба 21.

Заключение: киста левой гайморовой пазухи . Сверхкомплектный зуб во фронтальном отделе верхней челюсти. Ретенция 21 зуба

Диагноз: Новообразование в области верхней челюсти слева, воспаление. Сверхкомплектный зуб во фронтальном отделе верхней челюсти. Ретенция 21 зуба.

Планируемая операция: Биопсия, удаление новообразования верхней челюсти слева, удаление сверхкомплектного зуба в области 21.

Показания к операции: 14.11.12.У ребенка новообразование верхней челюсти слева. Ретинированный сверхкомплектный зуб в области 21 зуба. Показана операция биопсия, удаление новообразования, гайморотомия. Удаление сверхкомплектного зуба. Согласие отца ребенка на операцию получено.

14.11.12.Протокол операции:

1.Гайморотомия, биопсия, удаление новообразования верхней челюсти слева.

2.Удаление сверхкомплектного зуба

1.Под наркозом в полости рта в области верхней челюсти произведен Г образный разрез в проекции 24,25,26 зубов. Отслоен слизисто-надкостничный лоскут. Обнажена собачья ямка. Шаровидным бором было произведено окно в передней стенке гайморовой пазухи.

В области нижней стенки определяется образование размером 2*2 см, оболочка которого присоединяется к медиальному щечному корню зуба 26 зуба. Оболочки выскоблены, выделилась прозрачная жидкость, гноя нет. Зуб 26 удален. Ревизия гайморовой пазухи, уложен лоскут, наложены швы. Материал направлен на гистологическое исследование

2. Под наркозом отслоен слизисто-надкостничный лоскут в проекции отсутствующего 21 и 22 зуба. Обнажен сверхкомплектный зуб, который был удален. Гемостаз. Ревизия раны. Лоскут уложен на место. Наложены швы.

Ребенок из операционной доставлен в отделение реанимации. После того как состояние улучшилось был переведен в челюстно-лицевое отделение для дальнейшего наблюдения.

21.11.12 был пациент был выписан.

Далее с 29.05. 2013 г. по 23.10.2015 г. пациент Д., 20.09.2002 года рождения, находился на лечении у ортодонта.

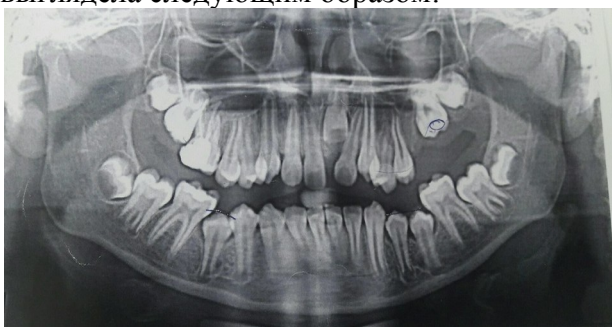
Результаты:

14.11.12 операция гайморотомия, биопсия, удаление новообразования слева. Удаление сверхкомплектного зуба. Получал Нацеф, супрастин, полоскание рта фурациллином, називин, перевязки. В ходе лечения состояние улучшилось. Явления воспаления уменьшились.

21.11.12 пациент был выписан из отделения.

С 29.05.13г. пациент Д., 20.09.2002 года рождения, находился на ортодонтическом лечении по 23.10.2015 г.

При первом посещении ортодонта 29.05.2013 ОПТГ и клиническая картина пациента выглядела следующим образом:



Была установлена брекет-система: ОПТГ 17.03.14(рис 1), на протяжении 7 месяцев вели ортодонтическое лечение, после чего была сделана повторная ОПТГ 15.10.14(рис 2). Далее наблюдение и лечение пациента вели с 15.10.14 по 23.10.15г.

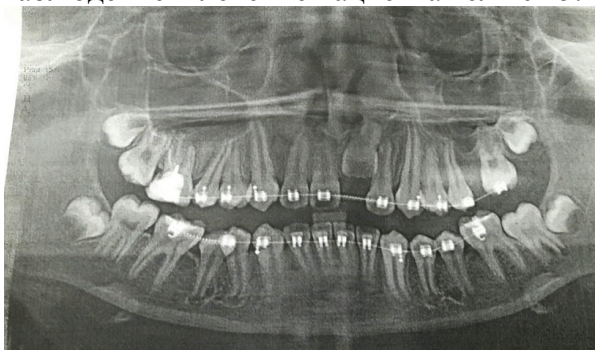


Рис 1.

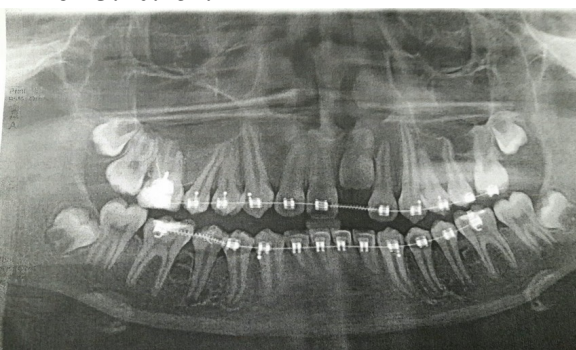


Рис 2.

23.10.15. Завершение ортодонтического лечения. Снятие брекет – системы.

При рентгенологическом контроле 23.03.16(рис.1) вновь были выявлены зачатки сверхкомплектных зубов. На повторной рентгенограмме за 1.12.16 появление новых зачатков сверхкомплектных зубов обнаружено не было(рис.2)



Рис1.

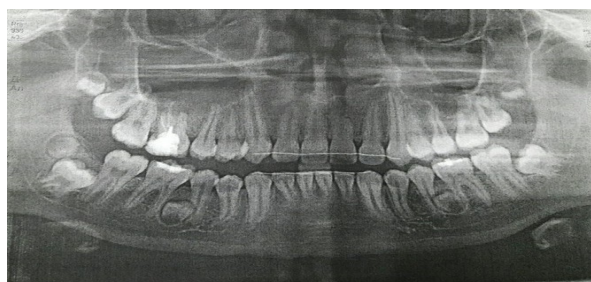


Рис.2

Заключение: Нами был разобран клинический случай пациента Д., 20.09 2002 года рождения, у которого в ходе рентгенологического контроля был обнаружен сверхкомплектный зуб в области 21, помимо того новообразование верхней челюсти слева 26 зуба. Однако после двух лет после хирургического и ортодонтического лечения у пациента вновь стали появляться зачатки сверхкомплектных зубов, на ОПТГ за 1.12.16 было обнаружено четыре таких зачатка. Мы собрали анамнез жизни родителей пациента, близких родственников. Однако только у родной сестры А., 08.02.2005 больного, было замечено аналогичное отклонение, на ОПТГ за 11.05.2015 год был обнаружен сверхкомплектный зуб на нижней челюсти в области 33 зуба. Также были сделаны рентгеновские снимки родителей, на которых никаких отклонений от нормы замечено не было. Из анамнеза жизни родителей выявить факторы, которые могли бы действовать тератогенно на плод выявить не удалось. Проведя сравнительный анализ обстоятельств, которые могли бы спровоцировать заболевание, пришли к выводу, что невозможно выделить какую-либо одну причину патологии. Поэтому мы пришли к заключению, что на плод все же могли действовать как неблагоприятные факторы тератогенного характера, о которых родители ребенка могут не подозревать, так и результат проявления повышенной продукции зубной пластинки, а может расщепления зубного зачатка, однако возможно наличие этого сверхкомплектного зуба явилось следствием атавизма.

Библиографический список:

1. Аль Гахфра Ахмед Хуссен. Сверхкомплектные зубы у детей: клиника, диагностика, хирургическое лечение//Дисс. На соискание науч. ст.к.м.н.,2004.
2. Клинические ситуации с иллюстрациями для итоговой государственной аттестации выпускников медицинских вузов Российской Федерации: Учебное пособие / Э.М.Кузьмина и др. – М.: МГМСУ, 2008. – 224 с.: ил.
3. Персин, Л.С. Стоматология детского возраста: Учебник / Л.С.Персин, В.М.Елизарова, С.В. Дьякова – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2008. – 640 с.: ил
4. Поворознюк В.В. Костная система и заболевания пародонта В.В.Поворознюк, И.П. Мазур. – К., 2005. – 445 с.

Зайнутдинов Денис Русланович
Zaynutdinov Denis Ruslanovich

магистрант 2-го курса химического факультета
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет» г. Астрахань, Российская
федерация
E-mail: fibi_cool@list.ru

Уранов Игорь Олегович
Uranov Igor' Olegovich

магистрант 1-го курса химического факультета
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет» г. Астрахань, Российская
федерация

Уранова Валерия Валерьевна
Uranova Valeriya Valer'yevna

ассистент кафедры химии фармацевтического факультета
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань,
Российская федерация
преподаватель факультета СПО
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань,
Российская федерация

УДК 615.32

**ИССЛЕДОВАНИЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЧАСТЕЙ
КРАПИВЫ ДВУДОМНОЙ, ПРОИЗРАСТАЮЩЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ
ОБЛАСТИ**

**INVESTIGATION OF THE CHEMICAL COMPOSITION OF THE MORPHOLOGICAL
PARTS OF THE CROP OF A TWO-DIMENSIONAL ASTRAKHAN REGION IN THE
TERRITORY**

Аннотация. В работе представлены данные по исследованию химического состава морфологических частей крапивы двудомной, произрастающей на территории Астраханской области. Лекарственное растительное сырье данной культуры, согласно экспериментам обладает широким спектром биологически активных веществ и может быть использована для проведения фармакологических и фармакогностических исследований.

Annotation. The paper presents data on the investigation of the chemical composition of the morphological parts of the nettle, growing on the territory of the Astrakhan region. The medicinal plant raw materials of this culture, according to the experiments, have a wide spectrum of biologically active substances and can be used for pharmacological and pharmacological studies.

Ключевые слова: лекарственное растительное сырье, крапива двудомная, влажность, зольность, дубильные вещества, флавоноиды, аскорбиновая кислота.

Key words: medicinal plant raw material, nettle, humidity, ash, tannins, flavonoids, ascorbic acid.

Введение

В данный момент все больший оборот набирает изучение химического состава, доклинические и клинические исследования, а также применение лекарственного сырья в области охраны здоровья. Данный феномен обусловлен тем, что биологически действующие субстанции растительного сырья обладают пролонгированным терапевтическим эффектом на систему организма и практически обладают антитоксичностью. Базисной задачей в сфере фармацевтики является наличие большой ассортиментной группы лекарственных растений. Одним из значимых подходов для введения еще мало изученных лекарственных растений в единый реестр, является исследование растений, схожих по фармакологическим группам, используемых часто в области российской медицины. Данными представителями являются крапива коноплевая, крапива двудомная, крапива жгучая. В связи с выше сказанным, фармакологические и фармакогностические исследования свойств крапивы двудомной является актуальным, что поможет обогатить растительную базу, обладающую высоким гемостатическим и пролангированным свойствами.

Благодаря качественной, сплоченной работе, организация здравоохранения в области фармацевтической науки добилась максимального доверительного отношения к экологическому растительному сырью. Потребители отдают предпочтения больше отечественным растениям, чем растениям, произрастающим в других развитых странах. Это объясняется группой преимуществ лекарственных растений перед синтетическими, а конкретно диапазоном длительного действия, проявлением минимальных побочных эффектов, отсутствием токсичности. В области народной и официальной медицины прогрессируют представители рода крапивы из списка других лекарственных растений. Разные морфологические части крапивы, обладают кровоостанавливающим, диуретическим, гипогликемическим, отхаркивающим, гипополипидемическим свойствами. Таким образом, представители семейства крапивных расширили диапазон о спектре биологического эффекта. До настоящего момента в области фармацевтики применяют и используют только листья крапивы двудомной россыпью, а также в пакетиках. В связи с тем, что в области здравоохранения предпочтения отдают конкретно листьям крапивы, это способствует дополнительному точному исследованию химического состава и фармакологической активности данного сырья, а также позволяет глубоко расширить классификатор лекарственных растений для получения на его основе экологически чистых инновационных лечебных средств.

Поэтому целью данной работы явилось изучение химического состава морфологических частей крапивы двудомной, произрастающей на территории Астраханской области.

Основная часть

Исследования проводили в лабораторных условиях на аналитических пробах различных морфологических частях в трех повторениях. Показатель влажности устанавливает процентное содержание влаги в лекарственном растительном сырье, которая обуславливает наличие высоко летучих веществ и связанной воды. Испытание проводили до абсолютно сухого состояния, то есть различия в массе не превышали 0,5 %.

Массу аналитического образца 5 грамм, которую изначально измельчили секатором до определенного размера частиц (1 см) и просеяли с использованием сита. Взвешивание аналитической пробы проводили с погрешностью не более $1 \cdot 10^{-2}$ г. Затем аналитический образец отправляли в бюкс, который предварительно высушили в сушильном шкафу до постоянной массы, и пронумеровали в соответствии в номером навески. Далее в разогретый сушильный шкаф ($T = 373 - 378$ К) отправили навески в бюксах и сушили первое испытание для каждого образца в течение 3 часов. После этого проводили охлаждение в эксикаторе с использованием безводного хлористого кальция. Взвешивание образцов проводили в бюксах с закрытой крышкой. Затем повторяли процесс сушки со временем 30 минут. Процесс высушивания проводили до постоянной массы, то есть

разница между двумя взвешиваниями не должна превышать 0,5 %. Результаты исследования показателей влажности различных морфологических частей представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Процентное содержание влаги в различных морфологических частях крапивы двудомной

Показатель	Морфологические части крапивы двудомной			
	Органы вегетативной части			Корни
	Цветки	Листья	Стебли	
Влажность, %	8,24	9,90	7,20	7,20

Окончательный результат представляет собой среднее арифметическое трех параллельных определений, вычисленных до десятых долей процента. Между результатами параллельных двух опытов максимальное расхождение не должно быть больше чем 0,5%.

Одним из показателей качества лекарственного растительного сырья является зола. Зола – это остаток минеральных компонентов, который не сгорает после сжигания и при сушки с использованием высоких температур (500-650 °С). Испытание проводили согласно методике, изложенной в Государственной фармакопее XIII (общая фармакопейная статья 1.5.3.0005.15). Для определения процентного содержания золы проводили два параллельных опыта, взвешивание при этом выполняли с погрешностью не более 0,0001 г, а математические вычисления на сырье абсолютно-сухое при учете аналитической влажности. Результаты исследования показателей зольности различных морфологических частей представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Процентное содержание золы в различных морфологических частях крапивы двудомной

Показатель	Морфологические части крапивы двудомной			
	Органы вегетативной части			Корни
	Цветки	Листья	Стебли	
Зольность, %	7,95	8,60	8,40	14,50

За окончательный показатель принимали значение, вычисленное как среднеарифметическое трех параллельных опытов, округленных с точностью 0,1 %.

Определение содержания дубильных веществ проводили согласно методике, изложенной в Государственной фармакопее XIII (общая фармакопейная статья 1.5.3.0008.15) [1, с. 589-592]. Для проведения анализа брали 1 г лекарственного растительного сырья, которое предварительно измельчили ножницами и просеяли через сито (диаметр отверстия 1 мм). Взвешивание осуществляли с допустимо максимальной ошибкой 0,0002 г. Затем аналитическую пробу отправляли в колбу и заливали этиловым спиртом с концентрацией 30 %, к колбе присоединяли обратный водяной холодильник. Далее реакционную смесь нагревали на водяной бане, смывая частицы сырья со стенок в течение 30 минут. Затем полученную субстанцию отстаивали некоторое время и жидкость декантировали с использованием стеклянного фильтра в колбу. Процесс экстракции повторяли еще раз, при этом смывая частицы со стеклянного фильтра с использованием этанола с концентрацией 30%. Полученный экстракт разбавляли 30 %-ным этанолом, после охлаждения. Из полученного экстракта отбирали аналитическую пробу и помещали в градуировочную пробирку для центрифугирования, добавляли реактив, осуществляющий процесс осаждения, и перемешивали. По истечению получаса центрифугировали, раствор декантировали, а осадок при этом смешивали с 0,25 %-ным раствором аммиака. Далее проводили центрифугирование и после этого надосадочную жидкость удаляли, а в осадок добавляли раствор уксусной кислоты. Затем раствор полностью переносили в колбу с использованием дистиллированной воды, при этом с жидкостью проводили реакцию нейтрализации раствором гидрокарбоната натрия и добавляли после этого раствор индикатора (ксиленоловый оранжевый). Титрование проводили раствором трилона Б и до перехода красно-фиолетовой окраски раствора в желтую, при этом 1 см 0,01 М раствора трилона Б соответствует 0,0013 г танина. Результаты исследования содержания дубильных веществ различных морфологических частей представлены в таблице 3 [2, с.29-30].

Таблица 3.

Процентное содержание дубильных веществ в различных морфологических частях крапивы двудомной

Показатель	Морфологические части крапивы двудомной			
	Органы вегетативной части			Корни
	Цветки	Листья	Стебли	
Дубильные вещества, %	0,53	0,53	0,22	0,98

Численный показатель суммы флавоноидов определяли по методике, согласно которой, готовили два раствора А и Б. При получении раствора А брали навеску лекарственного растительного сырья крапивы двудомной (отдельной морфологической части) и переносили в колбу с добавлением этанола концентрацией 60 %. Далее колбу взвесили и кипятили 2 часа на кипящей водяной бане с обратным холодильником. Полученное извлечение доводили до метки этиловым спиртом, охлаждали и взвешивали, далее отфильтровывали с помощью беззольного фильтра. Для приготовления раствора Б брали аликвотный объем раствора А и помещали в колбу, после этого доводили объем извлечения до метки 60% этанолом. Анализ определения флавоноидов проводили с использованием раствора Б, который помещали в 2 колбы. В первую колбу прибавляли 3%-ный раствор алюминия хлорида в этаноле. Обе колбы доводили до необходимого объема раствором этанола. По истечению сорока минут измеряли оптическая плотность раствора из первой колбы при $\lambda = 389$ нм в кюветах с $l = 1$ см. Раствор сравнения, представляет собой извлечение (раствор Б). Результаты исследования суммы флавоноидов различных морфологических частей представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Процентное содержание флавоноидов в различных морфологических частях крапивы двудомной

Показатель	Морфологические части крапивы двудомной			
	Органы вегетативной части			Корни
	Цветки	Листья	Стебли	
Флавоноиды, %	4,60	4,48	4,60	3,60

Для проведения анализа по определению содержания аскорбиновой кислоты отвешивали 10 г растительного материала крапивы двудомной с последующим растиранием в ступке до однородной массы. Затем добавляли 300 мл дистиллированной воды и полученную смесь настаивали в течение 10 минут. Далее проводили процесс размешивания и фильтрации. После этого вносили раствор соляной кислоты и титровали раствором 2,6-дихлорфенолиндофенолята натрия до появления розовой окраски, не исчезающей в течение 0,5-1 минуты. Результаты исследования процентного содержания аскорбиновой кислоты различных морфологических частей представлены в таблице 5.

Таблица 5.

Процентное содержание аскорбиновой кислоты в различных морфологических частях крапивы двудомной

Показатель	Морфологические части крапивы двудомной			
	Органы вегетативной части			Корни
	Цветки	Листья	Стебли	
Аскорбиновая кислота, %	12,30	21,50	8,30	10,60

Заключение

При изучении показателей качества и процентного содержания биологически активных веществ различных морфологических частей растительного сырья крапивы двудомной, собранной на территории Астраханской области, выяснили, что изученный материал обладает широким спектром биологически активных веществ и может быть использован для проведения фармакологических и фармакогностических исследований.

Библиографический список:

1. Государственная фармакопея 13-е издание - М.: Медицина, 2015

2. Зайнутдинов Д.Р., Уранов И.О., Ковалев В.Б. Определение содержания дубильных веществ в растительном сырье чабреца// «Фундаментальные и прикладные проблемы получения новых материалов: Исследования, инновации и технологии», г. Астрахань 2017, с.29-30.

Научное издание

Коллектив авторов

Сборник статей XIII Международной научной конференции «Современные медицинские исследования»

ISBN 978-5-9500488-2-1

Научный медицинский журнал «Авиценна»
Кемерово 2017