

Издательский дом «Плутон»

Научный медицинский журнал «Авиценна»

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

УДК 378.001

XIV Международная научная медицинская конференция
«Современные медицинские исследования»

СБОРНИК СТАТЕЙ КОНФЕРЕНЦИИ

30 октября 2017

Кемерово

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

30 октября 2017 г.

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

ISBN

Кемерово УДК 378.001. Сборник докладов студентов, аспирантов и профессорско-преподавательского состава. По результатам XIV Международной научной медицинской конференции «Современные медицинские исследования», 30 октября 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 30.10.2017 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

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ АНАЛИЗА ИНДЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕСЕНСИТИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	4
Иконникова А.В., Джураева Ш.Ф..	
ПРИНЦИПЫ ДИЕТЫ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВЕСА ЗА СЧЁТ СБАЛАНСИРОВАННОГО ПИТАНИЯ..	7
Блажко А.Г.	
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ: СОВЕРМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ.....	11
Пох В.А., Лобанова Е.С.	
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ.....	18
Хугаев С.А.	
СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ИЗМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ОФИСНЫХ РАБОТНИКОВ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕКУЩИХ УСЛОВИЙ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ БИЗНЕСА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	20
Валова Ю.В.	
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ H1N1-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ.....	23
Абдулазизова Ш.	

Статьи XIV Международной научной медицинской конференции «Современные медицинские исследования»

Иконникова Алина Валерьевна**Ikonnikova Alina Valer'yevna**Студентка 5 курса стоматологического факультета
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, г. Иваново

Кафедра стоматологии №1

E-mail: ikonnikova_alina@rambler.ru**Джураева Шарора Файзовна****Dzhuraeva Sharora Fayzovna**

Научный руководитель

Д.м.н., и.о. зав. кафедрой стоматологии №1
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, г. Иваново

УДК 616.314.17-008.1

**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ АНАЛИЗА ИНДЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ДЕСЕНСИТИВНОЙ ТЕРАПИИ****CLINICAL EXPERIENCE OF THE ANALYSIS OF THE INDEX EVALUATION OF THE
EFFECTIVENESS OF DESENSITIZED THERAPY**

Аннотация: В статье приведена клинико-индексная оценка эффективности десенситивной терапии с помощью зубной пасты Sensodyne у больных пародонтозом.

Abstract: The article presents a clinical-index evaluation of the effectiveness of desensitized therapy with Sensodyne toothpaste in patients with parodontosis.

Ключевые слова: хронический генерализованный пародонтоз, гиперчувствительность, десенситивная терапия, индекс чувствительности зубов Л.Ю. Ореховой - С.Б. Улитовского.

Key words: chronic generalized, hypersensitivity, desensitic therapy, Orekhovoi - Ulitovsky's sensitivity index of teeth.

Актуальность работы. Дистрофический генерализованный процесс, поражающий все элементы пародонта, начинается бессимптомно, развивается медленно, с появлением нарастающего атрофического гингивита и постепенной равномерной атрофией альвеолярного отростка или альвеолярной части нижней челюсти [1, 3, 4].

По имеющимся данным, пародонтоз встречается реже, чем воспалительные формы заболеваний пародонта, в 2-10% случаев [6, 7]. Тем не менее, несоответствие клинической картины тем глубоким изменениям, которые наступают в связочном аппарате и межальвеолярных перегородках, вплоть до полного рассасывания костного ложа, безболезненного и бескровного выпадения отдельных зубов заставляет заострить внимание на первых клинических признаках патологии.

Известно, что пациенты с пародонтозом наиболее чаще предъявляют жалобы на повышенную чувствительность зубов к раздражителям. Гиперчувствительность дентина, острая, непродолжительная, четко локализованная, болевая реакция зуба, возникающая в ответ на воздействие на оголенный дентин внешнего раздражителя – термического (холодное, горячее), тактильного (прикосновение), химического (кислое, сладкое и др.) [2, 5]. Вызвало интерес изучение профессиональной оценки гиперчувствительности зубов и эффективность применения десенситайзерных зубных паст.

Цель. Клинико-индексная оценка эффективности десенситивной терапии у больных пародонтозом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 20 пациентов с хроническим генерализованным пародонтозом лёгкой степени тяжести, лиц обоего пола, в возрасте от 35 до 60 лет.

Для установления диагноза, определения тактики лечения, анализа ближайших и отдалённых результатов, проводили клиническое обследование, включающее сбор анамнеза, оценку состояния тканей зубов и слизистой оболочки десны, выполняли ортопантомографию.

В работе применили индекс чувствительности зубов Л.Ю. Ореховой - С.Б. Улитовского (Индекс СЗ Ореховой-Улитовского) [4].

$$\text{Индекс СЗ Ореховой-Улитовского (\%)} = \frac{\sum (a_1 + \dots + a_n)}{55} \times 100$$

Оценочные критерии:

81 – 100% - очень тяжёлое состояние; 61 – 80% – тяжёлое состояние; 41 – 60% - относительно компенсированное состояние средней степени чувствительности зубов; 21 – 40% - состояние, компенсированное, но на фоне имеющейся компенсированной лёгкой степени чувствительности зубов; 20% - зуб (группа зубов) здоровый с нормальной, естественной чувствительностью к внешним раздражителям.

Через 6 месяцев после применения пациентами специальной зубной пасты Sensodyne мы использовали формулу расчёта эффективности чувствительности зубов (эффективность СЗ).

Эффективность СЗ (%) = [(И1 – Ип) x 100] / И1, где И1 – цифровой показатель индекса СЗ Ореховой-Улитовского, определённый при первом посещении; Ип – цифровой показатель индекса СЗ Ореховой-Улитовского, определённый при n – ном посещении.

Результаты. Изучая параметры индекса, анализировали анамнестические показатели. Постоянные жалобы на чувствительность зубов умеренного характера предъявляли 71,1% пациентов, жалобы периодического характера – 15,6% обследованных лиц, постоянные, но чувствительность беспокоит не очень сильно – 9,5%, на сильную чувствительность зубов ссылались 3,8% больных.

При выяснении порога болевой чувствительности получены следующие результаты. Высокую степень чувствительности зубов к внешним раздражителям, с кратковременными светлыми промежутками, при которой болевые ощущения сохранялись до одного часа после прекращения воздействия раздражителя, отмечали 7,3% человека. Средняя степень чувствительности зубов к внешним раздражителям, когда болевые ощущения сохранялись до 30 минут после прекращения воздействия раздражителя, зарегистрирована среди 82,4% обследованных лиц. Лёгкую степень чувствительности отдельных зубов к внешним раздражителям с быстро проходящими болевыми ощущениями выявили у 7,2% больных. Лишь 3,1% больных беспокоили практически не прекращающиеся болевые ощущения от внешних раздражителей, которые сохранялись и вне его воздействия.

Выявление чувствительности зубов при приёме пищи показало, что 66,9% больных отмечало болезненные ощущения при приёме горячей и холодной пищи, при приёме пищи комнатной температуры или при приёме тёплой/прохладной пищи – 16,7% лиц, при вдыхании воздуха – 11,8% пациентов. В состоянии покоя болезненность отмечали 4,6% больных.

В результате проведенного исследования зафиксирована средняя степень утраты эмали (в пределах эмали, но до эмалево-дентинной границы) у 79,9% больных, при этом выявлена рецессия десны от 3 до 5 мм. Выраженная степень утраты эмали (в пределах верхних слоёв дентина) – у 20,1% обследованных лиц, степень рецессии десны свыше 5 мм.

Затем мы провели диагностические пробы: зондирование, пробу с ватным тампоном (механический раздражитель), орошение водной струёй, обработка прямой воздушной струёй. Выяснилось, что 63,1% пациентов имели число зубов с чувствительностью от 41,0% до 60%. Число зубов с чувствительностью от 61,0% до 80,0% имели 36,9% обследованных лиц.

Через 6 месяцев после повторного осмотра мы вычислили по формуле эффективность десенситивной терапии и получили следующие результаты (табл. 1).

Таблица 1

Оценка результатов исследования чувствительности зубов по индексу чувствительности зубов Ореховой-Улитовского

Оценочные параметры (%)	Результаты по оценочным параметрам	Обследованные лица (n=20 чел.)
20,0	очень низкая эффективность чувствительности зубов	–
20,1-40,0	низкая эффективность чувствительности зубов	11,2±1,9%*
40,1-60,0	умеренная эффективность чувствительности зубов	32,9±1,5%*
60,1-80,0	высокая эффективность чувствительности зубов	47,3±1,7%*
80,1-100,0	очень высокая эффективность чувствительности зубов	8,6±1,4%

Примечание: P* - статистическая значимость различий между группами (P<0,001).

Выводы. Результаты воздействия используемого средства – зубной пасты Sensodyne, обладающей противосенситивным действием в терапии зубов с повышенной чувствительностью, оказались положительными: умеренная эффективность чувствительности зубов отмечена в 32,9±1,5% случаев, высокая эффективность чувствительности зубов среди 47,3±1,7% лиц. Отрицательных результатов не зарегистрировано, однако очень высокая эффективность чувствительности зубов наблюдалась лишь в 8,6±1,4% случаев.

Библиографический список:

1. Гожая И.Н. Риск развития заболеваний пародонта при наличии хронических социальных стрессов у клинически здоровых лиц / И.Н. Гожая // Пародонтология. – 2012. – №1. – С. 21-25.
2. Грудянов А.И. Изменение регионарного кровотока при пародонтите различной степени под влиянием курения сигарет / А.И. Грудянов, И.В. Кемалария // Пародонтология. – 2010. – №4 (57). – С. 12-15.
3. Джемилева Т. Заболевания пародонта / Т. Джемилева. АЦЕР: София, 2006. –370с.
4. Иванов В.С. Заболевания пародонта / В.С. Иванов. –М., 2001. –300с.
5. Орехова Л.Ю. Определение чувствительности зубов / Л.Ю. Орехова, С.Б. Улитовский // Пародонтология. – 2009. – С. 85-88.
6. Osteocalcin in serum, saliva and gingival crevicular fluid: their relation with periodontal treatment outcome in postmenopausal women / P. Bullon [et al.] // Med Oral Patol Oral Cir Bucal. – 2007. – Vol. 12. – P. 193-197.
7. Periodontal pathogens in periodontal pockets and in carotid atheromatous plaques / F. Romano, A. Barbui, M. Aimetti // Minerva Stomatol. – 2007. – Vol. 56, №4. – P. 169-179.

Blazhko Alena Germanovna

Спортивный диетолог

Современная Научно-Технологическая Академия АНО ДПО «СНТА», E-mail: alena.blazhko@list.ru

УДК 612.3

ПРИНЦИПЫ ДИЕТЫ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВЕСА ЗА СЧЁТ СБАЛАНСИРОВАННОГО ПИТАНИЯ**PRINCIPLES OF DIET FOR WEIGHT LOSS THROUGH A BALANCED DIET**

Аннотация. В данной статье собраны данные проверенные на практике в контролируемых и обоснованных научных исследованиях, которые позволяют достичь наилучших результатов в снижении веса. В статье приведены универсальные советы, которые имеют прочную доказательную основу, в то же время уделено большое внимание безопасности.

Abstract. This article contains data that has been verified in practice in controlled and well-grounded scientific studies that allow achieving the best results in weight reduction. The article presents universal advice, which has a solid evidentiary basis, at the same time, great attention is paid to safety.

Ключевые слова: снижение веса, похудение, диета, рацион, питание

Keywords: weight loss, weight loss, diet, diet, nutrition

Актуальность исследования. в 2016 году более 2 миллиарда взрослых старше 18 лет имели избыточный вес. Из них свыше 600 миллионов страдали ожирением. В соответствии с исследованиями проведенными ВОЗ, каждой пятой причиной смерти является неправильное питание. Диета является вторым по величине фактором риска ранней смерти после курения. Другими высокими рисками являются высокий уровень глюкозы в крови, который может привести к диабету, повышенному кровяному давлению, индексу массы тела (ИМТ), который является показателем ожирения и высокого общего холестерина.

Цель данного исследования. Снижение избыточной массы тела у людей, независимо от пола, возраста и вида деятельности путём сбалансированного рациона питания по нутриентам.

Материал и методы исследования. Похудение без хирургического вмешательства достигается в первую очередь за счёт рациональной диеты и применения спортивного питания, при этом вторичный вклад вносят тренировки, фармакология, режим дня и прочие факторы, играющие роль в лечении ожирения.

Диета для похудения - это индивидуальный план питания, направленный на снижение веса. Исследования свидетельствуют, что максимальная эффективность обеспечивается при низкоуглеводном, низкожировом и низкокалорийном рационе питания.

В настоящее время имеется огромное количество диет, которые составлены лишь в качестве попытки привнести что-то новое в диетологию, и привлечь внимание читателя без обоснованной научной базы. Нужно помнить и знать, что диеты (гречневая, грейпфрутовая, японская, кремлёвская, голливудская, кефирная, по группам крови и другие) для снижения веса опасны для здоровья, при этом они дают незначительные или временные результаты как показало крупное независимое исследование[1].

Так же не существует эффективных программ питания для устранения живота, боков или других частей тела, поскольку локального жира сжигания невозможно добиться с помощью диетологических методов. Ещё одно важное замечание, не пытаться достигнуть быстрого похудения. Только при планомерном и методичном прогрессе достигается лучший результат.

Для того, чтобы похудеть, не нужно питаться однообразно, например, одной гречкой, огурцами или рисом. Меню питания всегда должно быть разнообразным и сбалансированным с частым приемом пищи не менее 5 раз. Пища должна быть правильной, то есть соответствовать санитарно-гигиеническим требованиям (без ГМО). Можно потреблять практически все продукты, достаточно исключить быстрые углеводы и ограничить жирное. Распад жира происходит не за счёт потребления определённых продуктов в определённое время, а за счёт дефицита энергии, который создаётся во время диеты.

Белки. Диета для похудения предполагает снижение поступления питательных веществ, прежде всего жиров и углеводов. Однако вместе с этим снижается и поступление белка, что не есть хорошо. Белок во время похудения должен потребляться в достаточных количествах, потому что при его недостатке происходит снижение иммунной защиты организма, нарушается синтез белков соединительной ткани дермы. Кожа теряет свою упругость, становится сухой и дряблой, образуются преждевременные морщины, волосы истончаются и плохо растут. Нарушается менструальный цикл. Возникают психологические проблемы - астенизация. Ощущая нехватку белков, организм начинает разрушать собственные мышцы[2].

Сжигание жира невозможно без участия белков. Белок не только сам требует большего времени на его усвоение, но и удлиняет процесс усвоения углеводов. Это снижает суммарный гликемический индекс потребляемой пищи и позволяет без скачков инсулина длительное время поддерживать достаточный уровень сахара в крови. А это даёт возможность эффективно и без проблем справляться с чувством голода.

Таким образом, следует включать в диету небольшие количества мяса, рыбы, кисломолочных продуктов, яйца, морепродукты, бобовые и другие богатые белком продукты. Особенно полезны во время похудения кисломолочные продукты, такие как маложирный кефир, йогурты или ряженка. Они содержат мало калорий и нормализуют работу кишечника.

Белковые продукты должны составлять около 30% рациона. В качестве белка можно использовать спортивное питание, а точнее медленные (комплексные) протеины. Они практически не содержат углеводов и жиров, медленно усваиваются и хорошо удовлетворяют нужды организма во время похудения. Исследование, опубликованное в BMC Nutrition, показало, что комбинация сахарных подслащенных напитков и богатой белком пищи снижает эффективность метаболизма, что может привести к накоплению большего количества жира.

Жиры. Полностью отказаться или максимально ограничить поступление животных жиров, сливочного масла, маргарина и продуктов которые содержат насыщенные жиры. Однако, нужно помнить, что в диете должно присутствовать около 10% жира, иначе работа организма будет нарушена. В качестве источников жира подходит растительное масло и морепродукты (жирная рыба), которые должны потребляться в небольших количествах, поскольку они богаты омега-3 жирными кислотами[3].

Однако, исследование, проведенное в 2017 году продемонстрировало, что ограничение в потреблении жира не оказывает положительной динамики при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Углеводы. Содержатся углеводы в овощах и фруктах. Эти продукты должны составлять около 70% всех продуктов. Учёные доказали, что овощи и фрукты богатые флавоноидами и антоцианом защищают человека от набора веса. Можно потреблять практически все овощи: капуста, свёкла, морковь, редька, редис, кабачки, помидоры, огурцы, бобовые, лук и другие. Делать из них любые блюда: салаты, супы или потребляйте в сыром виде. Потребление картофеля стоит ограничить, так как он содержит довольно много углеводов.

Фрукты являются не только низкокалорийными продуктами, но и важными источниками витаминов и минералов, которые требуются для сжигания жира. Выбирайте несладкие фрукты, такие как яблоки или ананас, на их усвоение тратится больше калорий (так называемое специфически динамическое действие пищи), чем они содержат в себе. Фактически, они содержат отрицательное количество калорий. Однако не стоит увлекаться такими фруктами как виноград, бананы, смородина, авокадо или финики, в них содержится много сахара.

Во время похудения можно готовить небольшие порции каш: гречневую, рисовую, просяную, овсяную и др. Манную и пшеничную каши, белый рис, кукурузные хлопья есть нежелательно, так как они имеют высокий гликемический индекс. Используйте продукты с гликемическим индексом ниже 60.

Нужно исключить мучное, однако, чёрный хлеб грубого помола или ржаной, а также макароны из твёрдых сортов пшеницы можно употреблять в пищу. Нужно включать в меню продукты, приготовленные на пару, печёные или варёные, тогда как жареное нужно избегать[4].

Заменители пищи. Заменитель пищи - вид спортивного питания, который содержит сбалансированное количество всех питательных веществ. Заменители пищи могут составлять до 50% всего рациона, потреблять их можно между приёмами пищи по 0,5 порции. Протеиновые коктейли

могут давать до 50% всего необходимого белка. Отдавать предпочтение стоит комплексным (медленным) протеинам.

В данной статье приведены наиболее полезные и популярные продукты для похудения, можно использовать в пищу только их, а также дополнять диету другими продуктами. Отдавать предпочтение нужно тем продуктам, которые больше нравятся, однако помнить, что питание должно быть сбалансировано в соответствии с правилами перечисленными выше.

Вспомогательные средства. L-карнитин

Аминокислота с уникальными свойствами. Карнитин ускоряет транспорт жирных кислот в митохондриальный матрикс - месту их разрушения. L-карнитин способствует сжиганию жира, при этом защищает мышцы. Эта добавка не только безопасна, но и полезна для здоровья. L-карнитин укрепляет сердечно-сосудистую систему, снижает уровень холестерина и поднимает тонус. Следует отметить, что карнитин обладает низким уровнем доказательности.

Сахарозаменители. Сахарозаменители могут применяться для подслащивания напитков и продуктов. Последние научные данные, опубликованные в *International Journal of Obesity* свидетельствуют, что употребление сахарозаменителей (сахарин, аспартам, сукралоза, стевия) приводит к снижению общей калорийности питания и массы тела у детей и взрослых.

Неэффективные и опасные средства. Клизмы и очищение организма являются псевдонаучными и нередко вредными для здоровья.

Слабительные средства - способствуют послаблению стула, выведению жидкости и снижению усвоения питательных веществ. Могут вызывать необратимые нарушения функции ЖКТ и пищеварения.

Диуретики - за счёт выведения жидкости вызывают краткосрочное снижение веса. Применение чревато нарушением водного обмена.

Активированный уголь - метод с недоказанной эффективностью.

Чай для похудения как правило содержит слабительные и мочегонные компоненты, либо вообще не оказывает заметного действия.

Имбирь - подойдёт только в качестве слабого вспомогательного средства.

Жидкий каштан, ягоды Годжи, зелёный кофе. Данные продукты не более чем маркетинговый ход и имеют научно доказанную неэффективность в борьбе с коррекцией веса.

Диета может продолжаться неограниченный период времени, в зависимости от исходного состояния и поставленных целей. Изучив множество диет для похудения, учёные пришли к выводу, что универсальной диеты не существует, так как что полезно для одного человека, другому может навредить[5]. Поэтому, решив похудеть с помощью какой-либо конкретной диеты, необходимо строго отслеживать изменения жировой массы и гормонального фона под контролем врача.

Рекомендации:

1. Разнообразное и сбалансированное питание не менее 5 раз в сутки
2. Белковые продукты должны составлять около 30% рациона (не жирные сорта мяса, рыбы, кисломолочные продукты, яйца, морепродукты, бобовые). В качестве белка можно использовать спортивное питание, медленные (комплексные) протеины.
3. Максимально ограничить поступление животных жиров: сливочного масла, маргарина и продуктов которые содержат насыщенные жиры.
4. Увеличить потребление сложных углеводов за счёт круп, овощей и фруктов.
5. Исключить употребление быстрых углеводов (мучные кондитерские изделия, сладости, сладкие напитки, сахар).
6. Исключить из рациона опасные и мало эффективные средства.

Библиографический список:

1. А.Ю. Барановский / Диетология.Руководство/3-е издание гл. 30-56
2. Soenen S. et al. Relatively high-protein or 'low-carb' energy-restricted diets for body weight loss and body weight maintenance // *Physiology & behavior*. – 2012. – Т. 107. – №. 3. – С. 374-380.
3. Hollands, GJ; Shemilt, I; Marteau, TM; Jebb, SA; Lewis, HB; Wei, Y; et al. (September 14, 2015). "Portion, package or tableware size for changing selection and consumption of food, alcohol and tobacco". *Cochrane Public Health Group. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 (9): Art. No.: CD011045.*
4. Spaeth A. M., Dinges D. F., Goel N. Resting metabolic rate varies by race and by sleep duration // *Obesity*. – 2015.

5. Cameron JD, Cyr MJ, Doucet E. Increased meal frequency does not promote greater weight loss in subjects who were prescribed an 8-week equi-energetic energy-restricted diet. Br J Nutr. 2010 Apr;103(8):1098-101

Студентка ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
E-mail: povh2009@mail.ru

Лобанова Елизавета Сергеевна
Lobanova Elizaveta Sergeevna
Студентка ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России
E-mail: mrs.lobanova5@mail.ru

УДК 618.3

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ: СОВЕРМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

FACTORS OF THE RISK OF DEVELOPMENT OF PREECLAMPSIA: A MODERN VIEW ON THE PROBLEM

Аннотация: В данной статье рассмотрены факторы риска развития у женщин с умеренной и тяжелой преэклампсией (ПЭ). Целью статьи является изучение и анализ факторов риска развития разных форм ПЭ при беременности.

Abstract: This article considers risk factors for development in women with moderate and severe preeclampsia (PE). The aim of the article is to study and analyze the risk factors for the development of different forms of PE in pregnancy.

Ключевые слова: умеренная преэклампсия, тяжелая преэклампсия, факторы риска.

Keywords: Moderate preeclampsia, severe preeclampsia, risk factors.

Введение: Преэклампсия (ПЭ)- одно из тяжелых патологических состояний у беременных, приводящие к различным патологиям и инвалидности у матерей и младенцев. К сожалению, на протяжении последнего десятилетия ПЭ занимает лидирующую позицию в структуре материнской, перинатальной смертности и заболеваемости во всем мире.

Согласно ВОЗ, гипертензивные расстройства(ГР) при беременности в 2014 году занимали 2-е место в структуре материнской смертности в мире, составив 14%. За последние годы частота ПЭ в РФ не снижается, в связи с уменьшением общего уровня здоровья у беременных. Отмечается отчетливая тенденция к ее увеличению, особенно тяжелых форм. По данным Минздрава России ГР составили 15,7% структуре причин материнских потерь, занимая 4 место в списке причин материнской смертности.

В 2015 году случаев «near miss» в Амурской области было 84. «Near miss»- это пациентки с органной дисфункцией, требующие интенсивной терапии и перевода в реанимационное отделение, которые погибли бы при отсутствии проведения соответствующего лечения. Среди причин «Near miss» в 2014 году 1 место занимали кровотечения -77,6%, а ПЭ- 21,6%. Однако в 2015 году картина обстоит иначе на лидирующие позиции вышла ПЭ -64,2%, а кровотечения -34,5%. Данная динамика обусловлена многими факторами, ведущими из которых является несвоевременное обращение женщин в Женскую Консультацию, что приводит к поздней диагностике данной патологии, что усугубляет здоровье не только самой матери, но и плода, а также пренебрежением женщинами репродуктивного возраста различных профилактических мероприятий на ранних сроках беременности.

Цель: Изучение и анализ факторов риска развития разных форм ПЭ при беременности.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 42 истории родов пациенток в возрасте от 20 до 35 лет с ПЭ различной степени тяжести за 2016 год. Первую группу составили -33 беременных с умеренной ПЭ, вторую группу -9 пациенток с тяжелой формой. Среди обследованных пациенток с умеренной преэклампсией первородящих- 20(60%), повторнородящих -13(39%)., а с тяжелой формой ПЭ первородящих составило -8(88%), а повторнородящих- 1 (11%). Прегравидарную подготовку получили всего 9%, а во 2 группе-21%

В гинекологическом анамнезе беременные женщины с ПЭ 1 группы имели нарушение менструальной функции -3%, бесплодие I -3%, лейомиома (12 %) эрозия шейки матки-33%, во 2 группе эрозия составила -44% .

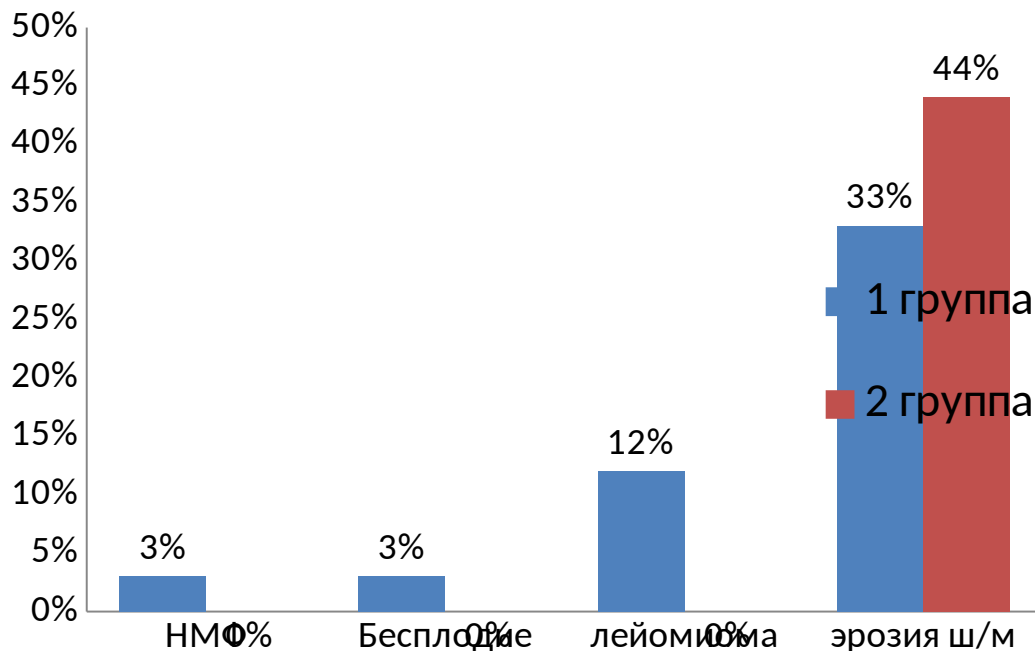


Рис.1. Структура гинекологического анамнеза

В акушерском анамнезе среди беременных 1 группы наблюдалось м/а-27%, с/в и в/м- 6%, антенатальная гибель плода- 2%, а 2 группа- м/а -11%, с/в – 11%

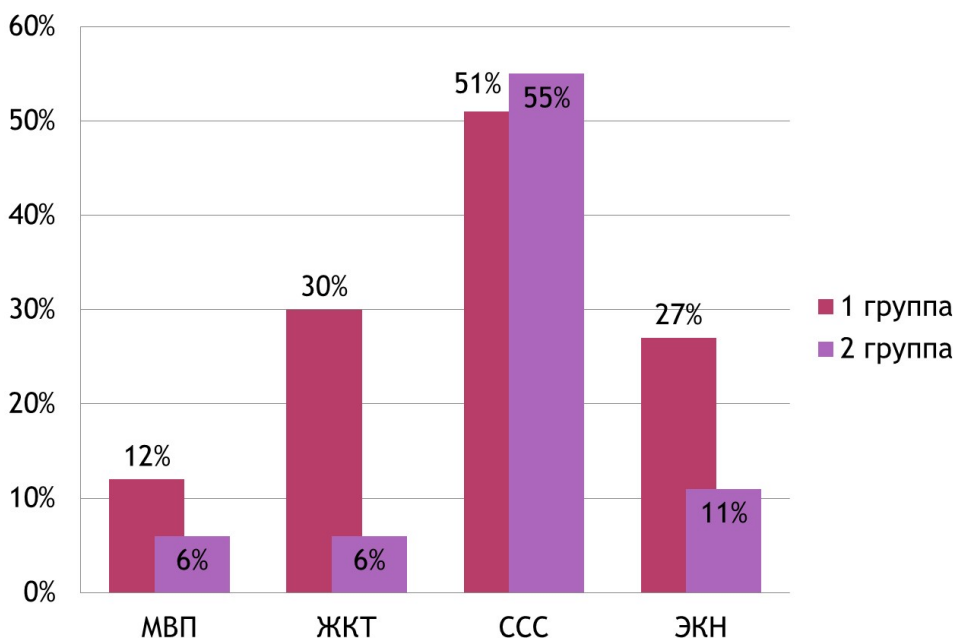
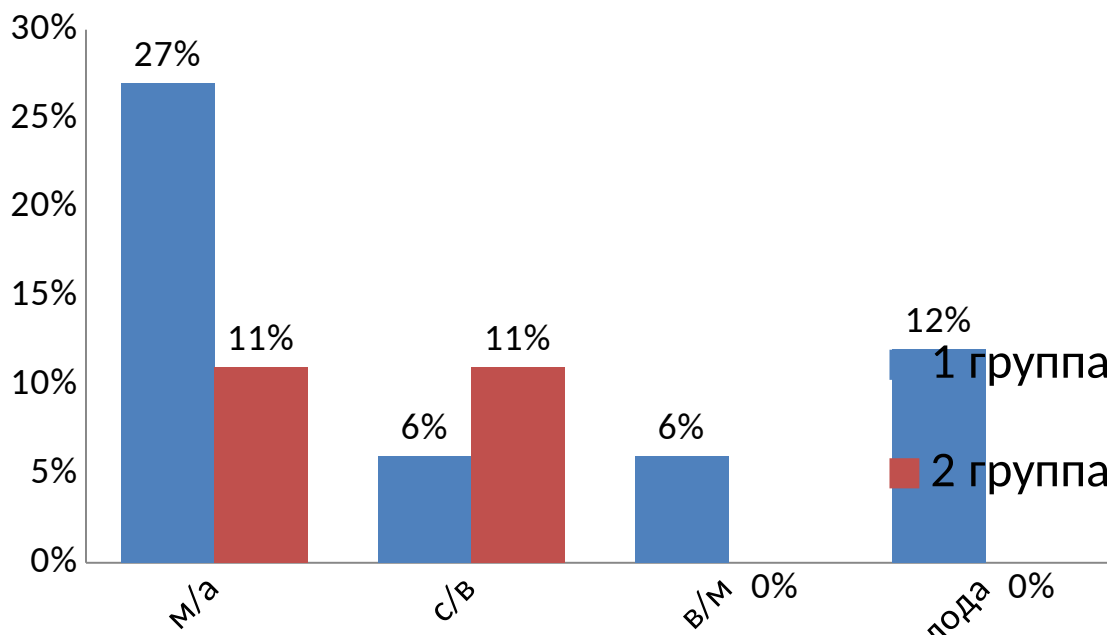
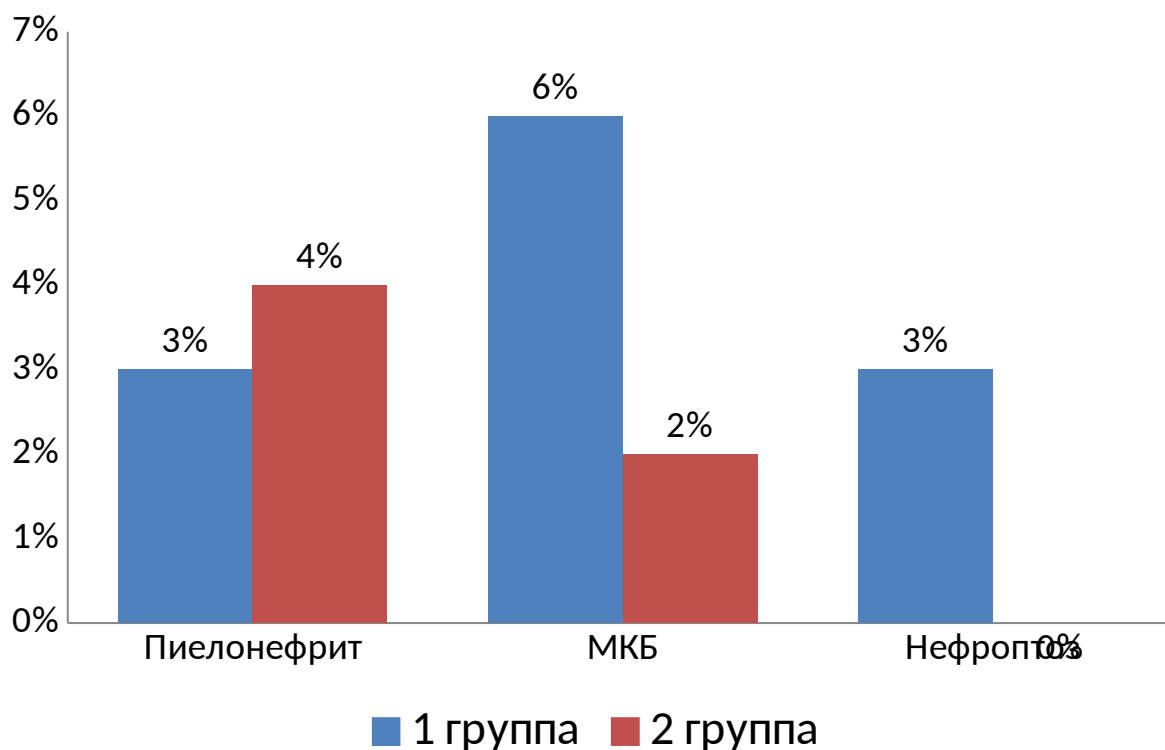


Рис.3. Структура экстрагенитальной патологии

Из соматической патологии хронические заболевания мочевыводящих путей у пациенток 1-й группы составили 12%, из них пиелонефрит -3%, МКБ -6%, нефроптоз-3%, а во 2 группе -6% из них пиелонефрит -4%, МКБ -2%.

**Рис.4.** Хронические заболевания мочевыводящих путей

Заболевания желудочно-кишечного тракта у 1 группы составили 30 % из них в структуру данной патологии входят: хронические гастриты -20%, язвенная болезнь желудка -6%, гастродуодениты-4%, а среди 2-й группы 22 % (хронический гастрит-11%, хронический панкреатит-11%).

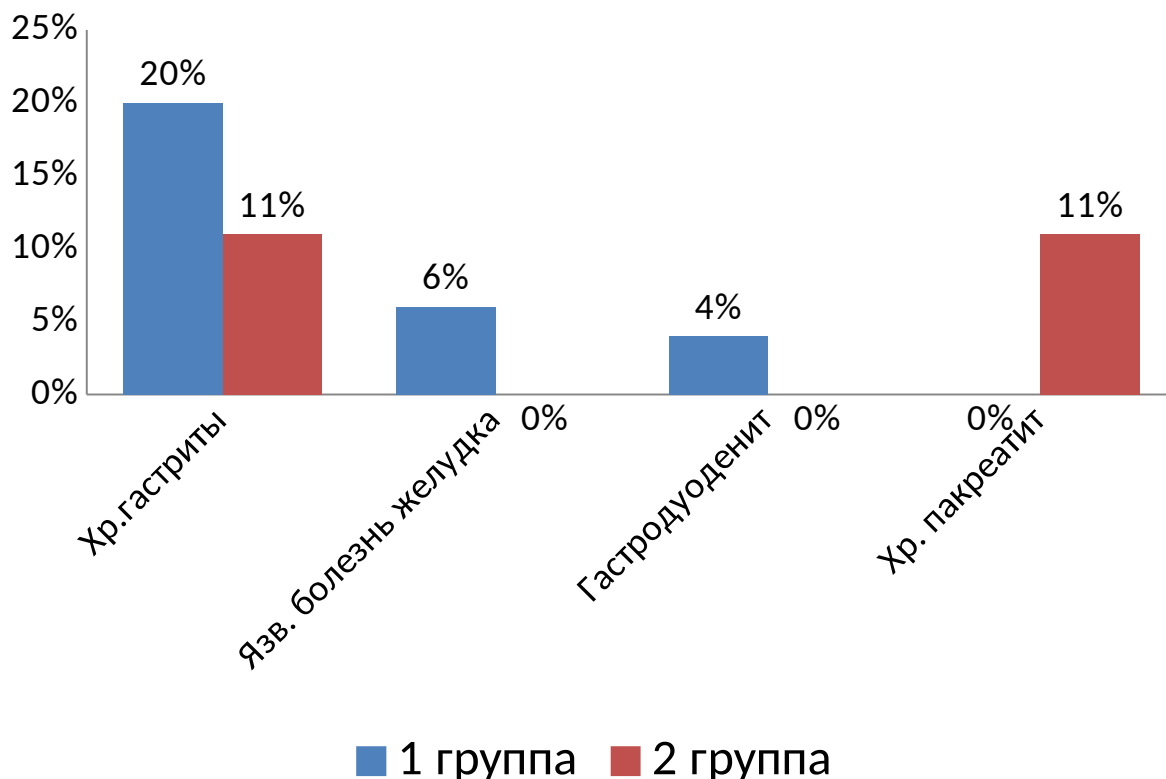


Рис.5. Заболевания ЖКТ

Заболевания ССС и крови у 1-й группы- 51% из них -Артериальная гипертония (АГ 3 ст.)- 40%, ООС-5%, митральный стеноз-3%, анемия-3% ,среди 2-й 55 % АГ-45%, ООС-3%, митральный стеноз-3%, анемия-4% .

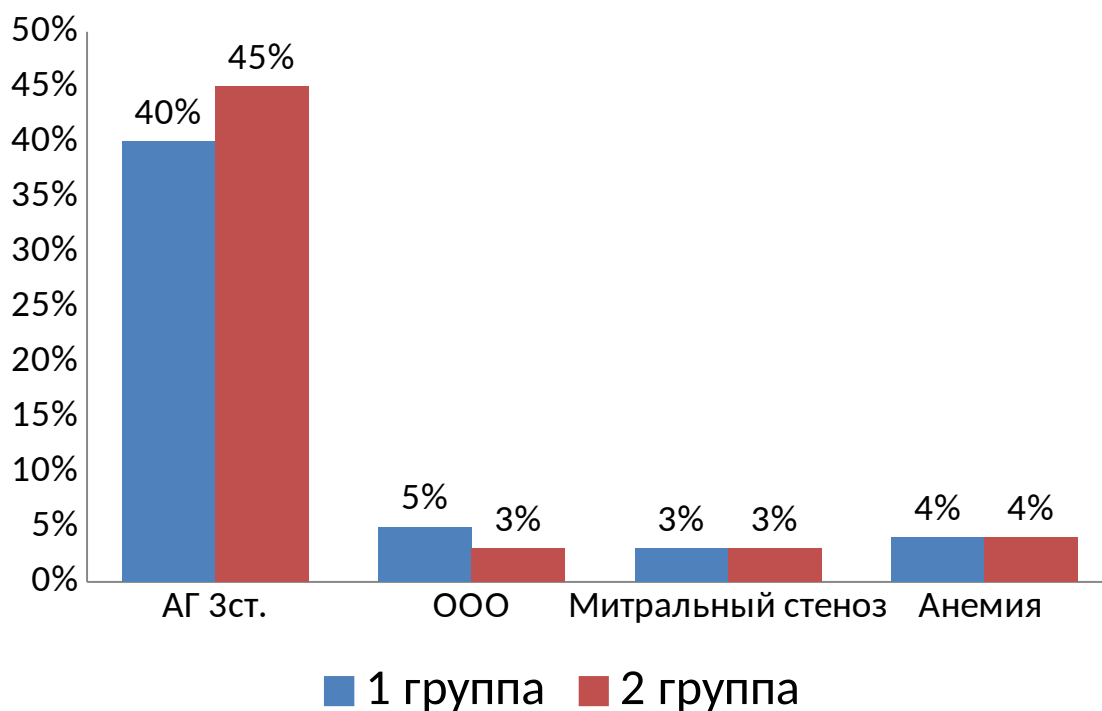


Рис.6. Заболевания ССС и крови

Эндокринные нарушения в 1 группе составили 27% .В структуру заболеваний входят такие заболевания, как гипотиреоз -6%, эндемический зоб-17%, гипертиреоз-4%, во 2-й группе (эндемический зоб 11%)

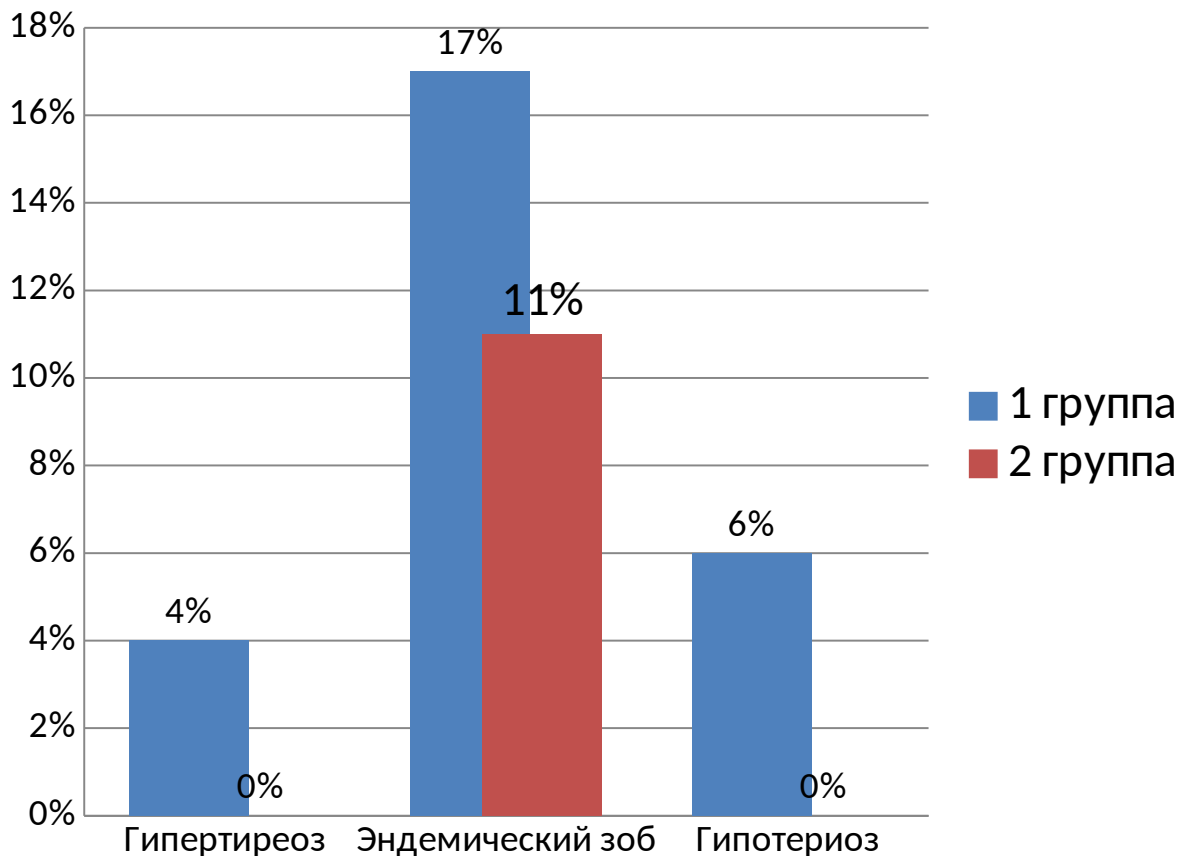


Рис.7. Структура эндокринных нарушений.

Хронические инфекции у пациенток 1 группы составили 39%, из них ХГВИ -18%, ХЦМВ-18%, гонорея- 3%, среди 2 группы-47% (ХГВИ -33%, ХЦМВ-11%, вторичный сифилис-3%).

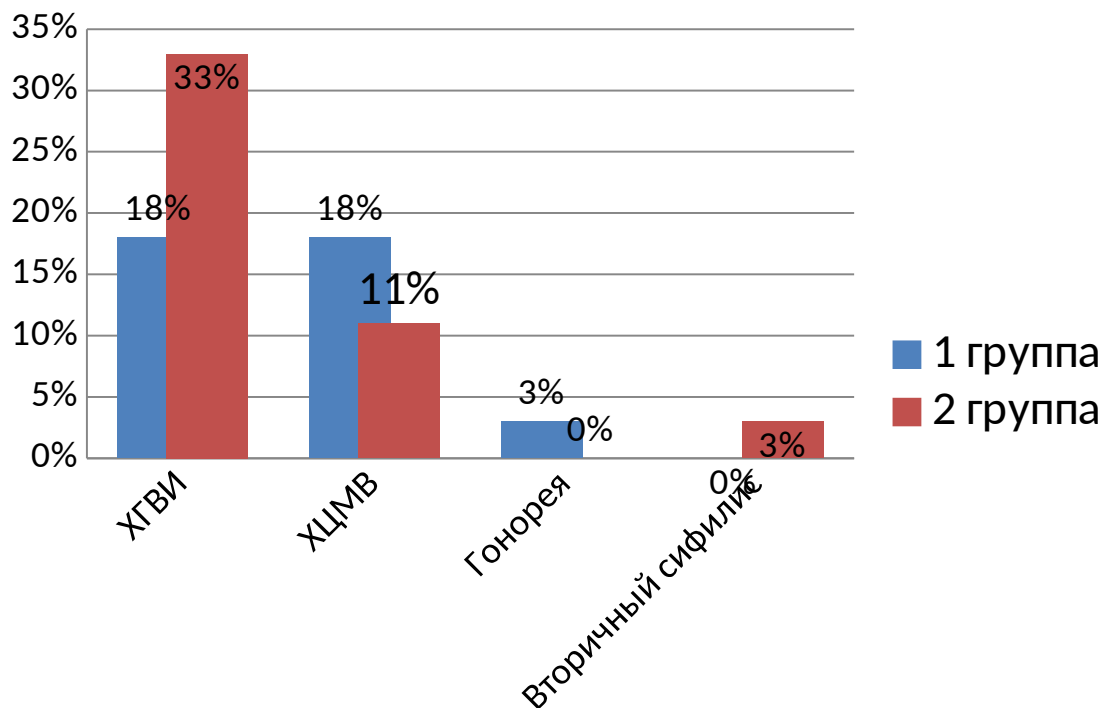


Рис.8. Структура хронических инфекций

Заключение

Таким образом, в ходе нашего исследования к факторам риска развития ПЭ относятся: возраст, первая беременность, патология эндокринной системы, в связи эндемической обстановкой в Амурской области, недостаточное и несбалансированное питание, осложненный акушерско-

гинекологический анамнез, хронические инфекции, воспалительные заболевания гениталий которые, как правило, сочетаются с поражением мочевыводящих путей, заболевания сердечно-сосудистой системы и крови. Риск развития преэклампсии имеет место практически у каждой беременной. Вероятность развития преэклампсии связано с количеством и сочетанием факторов риска развития этого синдрома у одной беременной. Группой риска развития преэклампсии являются беременные с низким социально-экономический уровнем жизни, отсутствием прегравидарной подготовки и врачебного контроля во время беременности.

Многими авторами подтверждается мнение о том, что во время беременности экстрагенитальные заболевания отягощают течение гестационного периода, способствуют возникновению преэклампсии в более ранние сроки и значительно усугубляют течение данного осложнения как для матери, так и для плода.

Практически у половины беременных, гестация которых осложнилась преэклампсией, характерны в гинекологическом анамнезе-нарушение менструальной функции, доброкачественные опухоли, эрозии шейки матки, инфекции передаваемые половым петем, и при этом отсутствие полноценного лечения.

В Российской Федерации 40% населения в возрасте от 30 до 35 лет страдает сосудистыми расстройствами, в том числе артериальной гипертонией. В настоящее время наблюдается тенденция увеличения сосудистых заболеваний как у первобеременных, так и у повторнобеременных. Многие исследователи считают, что мониторинг беременных с ранних сроков беременности позволяет вовремя обнаружить гипертензию и рано начать профилактику осложнений преэклампсии. Другие ученые подчеркивают важность подготовки женщины к беременности с целью исключения тяжелых форм преэклампсии у беременных группы высокого риска.

Патология почек – серьезный фактор риска, до 80% первобеременных с преэклампсией страдают заболеваниями почек. Частым фоновым экстрагенитальным заболеванием у беременных бывает пиелонефрит, который не всегда является результатом персистирующей инфекции, а может развиваться как следствие обструктивных причин (мочекаменной болезни, стриктуры, пузырно-лоханочного рефлюкса). Таким образом, при хроническом заболевании почек возникает «системность» поражения органов, поэтому присоединение такого иммунокомплексного осложнения как преэклампсия, вызывает тяжелые полиорганные нарушения.

Так как наши пациентки проживают на территории Амурской области Дальнего Востока, в связи с этим важную роль в развитии преэклампсии играет характер питания и наличие эндокринной патологии (эндемический зоб), так как данная территория характеризуется дефицитом макро-, микро- элементов, преимущественно йода и кальция.

По нашим данным часто встречались хронические инфекции (ХГВИ,ХЦМВ) у обеих групп, следует отметить что, некоторые исследователи, считая преэклампсию воспалительным заболеванием, сосредоточились на возможной роли инфекции в патогенезе пре-эклампсии. Риск развития гипертензивных состояний, индуцированных беременностью, значительно повышен в присутствии вирусов группы герпеса.

Таким образом, факторами риска ПЭ являются экстрагенитальная патология (патология эндокринной системы, заболевания мочевыделительной, сердечно-сосудистой системы и крови, хронические инфекции, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, что требует огромного значения прогнозирования, проявления заинтересованности женщин к своему здоровью, а также обязательное проведение профилактических мероприятий на ранних сроках гестации и прегравидарной подготовки.

В широком понимании профилактика преэклампсии может быть первичной или вторичной.

Первичная профилактика подразумевает сохранение здоровья от рождения девочки до наступления беременности. Следует постоянно и своевременно лечить все острые и хронические заболевания, заниматься оздоровлением, а также позаботиться о контрацепции, если вы пока не готовы иметь ребенка.

Вторичная профилактика - это комплекс мероприятий, осуществляемых в период беременности. В зависимости от наличия факторов риска врач может действовать на опережение и для предупреждения развития эклампсии назначает определенные препараты и витамины.

Необходимо позаботиться о включении в рацион питания продуктов с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот (рыба, морепродукты, орехи, растительные масла, проросшие зерна пшеницы).

Также для своевременной диагностики возникновения преэклампсии рекомендуется регулярно посещать врача-гинеколога, своевременно проходить обследования и выполнять его рекомендации.

Библиографический список:

1. Протокол лечения утвержден Министерством здравоохранения Российской Федерации от 16.05.2016 г. N 15-4/10/2-3483 «Гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия. Эклампсия», разработанные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Код доступа: <http://www.uzo.kurgan-med.ru/files/downloads/3483.pdf>

2. Шувалова М.П., Фролова О.Г., Ратушняк С.С., Гребенник Т.К., Гусева Е.В. Преэклампсия и эклампсия как причина материнской смертности. Акушерство и гинекология. 2014; 8: 81-7.

3. А.Г. Судаков, С.А. Филатов, Е.В. Николаева, Е.П. Савельева, Л.П. Судакова, журнал «Вестник Амурской областной клинической больницы» - Благовещенск: 2016. – №47. – С.13.

4. Айламазян Э.К. Акушерство: национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 764 с.

5. Айламазян Э.К. Комментарии к клиническому протоколу «Гипертензия во время беременности, преэклампсия, эклампсия» / Э.К. Айламазян, М.А.Репина // Журнал акушерства и женских болезней – 2012. – Т. LXI, № 5. – С. 3-9.

6. Волкова Е.В. Сосудистые факторы роста в прогнозе осложнений у беременных с хронической артериальной гипертензией / Е.В. Волкова, Е.Ю. Лысюк, Л.С. Джохадзе, О.В. Макаров // Вестник Российского Государственного Медицинского Университета. – 2012. – № 5. – С. 45-48.

Хугаев Сослан Александрович
Hugaev Soslan Aleksandrovich

Студент 4 курса лечебного факультета Северо-Осетинской государственной медицинской академии.

E-mail: sosik.khugaev@yandex.ru

УДК 616.36

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

SOCIO-HYGIENIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC LIVER DISEASES

Аннотация: Эта статья посвящена социально-гигиенической характеристике больных с хроническими заболеваниями печени. Для этого были разработаны комплексные программы по профилактике заболеваний печени. По данным исследования, циррозом печени в 2 раза чаще болеют мужчины по сравнению с женщинами (65% и 35%), а вирусным гепатитом-(32%и 68%). При разработке комплексных программ по профилактике заболеваний печени необходимо учитывать все факторы риска их формирования.

Abstract: This article focuses on the socio-hygienic characteristics of patients with chronic liver diseases. This was developed for a comprehensive program for the prevention of liver diseases. According to the study, cirrhosis of the liver, 2 times more common in males compared to females (65% and 35%), and viral hepatitis infection(32% and 68%). In the development of comprehensive programs for the prevention of liver diseases should take into account all the risk factors of their formation.

Ключевые слова: Печень, гепатит, цирроз, профилактика, комплексные программы.

Keywords: Liver, hepatitis, cirrhosis, prevention, comprehensive program.

Введение: Заболевания печени входят в число основных причин смертности населения. Устойчивый рост данной заболеваемости, отсутствие тенденции к снижению, высокая степень хронизации, а также отсутствие перспективы для оптимистического прогноза требуют отнести проблему патологии печени к важнейшим вопросам здравоохранения.

Цель исследования: С целью разработки комплексных программ по профилактике заболеваний печени выявить факторы риска их формирования на основе социально-гигиенической характеристики хронических больных.

Материалы и методы: По краткой социально-гигиенической программе проведен анализ показателей заболеваемости болезнями печени на основе: данных статистики МЗ РСО-Алания, госпитальной заболеваемости болезней органов пищеварения клинических баз г. Владикавказза период 2010-2015 гг. По специально разработанной анкете проводился комплексный опрос 50 больных с циррозом и вирусным гепатитом, получавших лечение в отделениях гастроэнтерологии РКБ, КБСП и клинике СОГМА.

Результаты исследования: Анализ заболеваемости показывает, что за период с 2010 по 2015гг. уровень распространенности болезней печени в г. Владикавказ снизился в 1,6 раза, однако показатели по фиброзу и циррозу остаются стабильными - 60,8- 57,5 на 1000 населения. Аналогичная тенденция наблюдается и в целом по РСО-Алании. У госпитализированных больных были установлены следующие заболевания: цирроз (52%), вирусные гепатиты (44%), гепатиты смешанной этиологии (4%). В различных возрастных группах (30-39; 40-49; 50-59) количество больных примерно одинаковое (13-15), за исключением группы старше 60 лет - 23 человека. Средний возраст больных составил $45 \pm 4,3$ года. Среди всех больных 33 мужчин и 17 женщин. По данным исследования, циррозом печени в 2 раза чаще болеют мужчины по сравнению с женщинами (65% и 35%), тогда как в отношении вирусного гепатита - наоборот (32%и 68%соответственно). Распределение больных по длительности заболевания составило: менее 1 года – 36%, от 1 до 3 лет – 20%, от 3 до 5 лет – 24%, свыше 5 лет – 12%. 14 из 50 пациентов были госпитализированы с впервые выявленным заболеванием. Практически все больные имели сопутствующие заболевания, такие как: гломерулонефрит, артериальная гипертензия, сахарный диабет, колит. Каждый второй из опрошенных больных связывает свое заболевание с алкогольной зависимостью (52%). 36% больных

считают, что причина их болезни - результат внутрибольничной инфекции. По их мнению, они могли быть инфицированы: у стоматологов - 10 человек (8 женщин и 2 мужчин), во время операции - 7 человек и 1 пациентка в салоне красоты. 12% респондентов не смогли обозначить причину своего заболевания. Для хронических больных необходимы адекватная оценка своего состояния здоровья и достаточный уровень медицинской активности. Из всех респондентов оценили свое здоровье как «удовлетворительное» - 52%, «плохое» - 40% и 8% считают, что их здоровье - «хорошее». Практически все больные с впервые выявленными заболеваниями медицинские осмотры проходили не чаще одного раза в 5 лет и обращались к врачам только при наличии выраженных проявлений болезни. В рамках исследования дана характеристика образа жизни больных до и после постановки диагноза. Будучи осведомленными о своем состоянии, придерживаются необходимой диеты только 38 человек (76%). Несмотря на рекомендации врачей, 35 из 50 больных продолжают часто употреблять спиртные напитки.

Заключение: Развитие хронических заболеваний печени могут провоцировать, наряду с другими факторами, такие социально-гигиенические характеристики как нездоровый образ жизни, асоциальное поведение и низкий уровень медицинской активности. При разработке комплексных программ по профилактике заболеваний печени и их осложнений необходимо учитывать все факторы риска их формирования, совершенствовать эффективность диспансеризации населения и проводить работу по повышению культуры здоровья.

Библиографический список:

1.Рахманова А.Г. Хронические вирусные гепатиты и цирроз печени [Текст] : рук. для врачей. - СПб. : СпецЛит, 2006. - 414 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 409-413.

2.Васильев, К. Г. Современная эпидемиология и парадоксы гепатита А / К. Г. Васильев, Е. В. Козишкурт [Текст] // ЭПИДЕМИОЛ. И ИНФЕКЦ. БОЛЕЗНИ. - 2009. - № 3. - С. 12-18. - Библиогр.: с. 18 (19 назв.).

3. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей [Текст] : рук. для врачей / гл. ред. В. Т. Ивашкин. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. дом "М-Вести", 2005. - 536 с. : ил. - Библиогр.: с. 505-516.

Валова Юлия Владимировна

Аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФПК
Кубанского государственного медицинского университета,
ул. Митрофана Седина, 4, Краснодар, Краснодарский край, 350063, Россия.

Valova J. V.

Graduate student of the Department of public health and health care of the Kuban State Medical
University . (str. Mitrofan Sedin, 4, Krasnodar, 350063, Russia).

E-mail: valova00@mail.ru

УДК 616

**СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ИЗМЕНЕНИЕ
ХАРАКТЕРИСТИК ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ОФИСНЫХ РАБОТНИКОВ ПОД
ВЛИЯНИЕМ ТЕКУЩИХ УСЛОВИЙ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ БИЗНЕСА В
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**THE STRUCTURE OF MORBIDITY, ETIOPATHOGENESIS AND CHANGING
CHARACTERISTICS OF PUBLIC HEALTH OFFICE WORKERS UNDER THE INFLUENCE OF
THE CURRENT CONDITIONS OF ECONOMIC DEVELOPMENT BUSINESS IN THE RUSSIAN
FEDERATION**

Аннотация. В рамках изучения этиопатогенеза системных нарушений здоровья у офисного персонала ($n=556$, $p<0,05$) сети гипермаркетов «Магнит» Краснодарского края **было** выявлено, что эти нарушения достоверно коррелированы: а) с проблемами функционирования органа зрения («синдром сухого глаза» у 85,71%); б) с соматоформными вегетативными дисфункциями по типу нейроциркуляторных кардиодистоний (52-53%); в) с бессонницей, невротической слабостью и состоянием хронической усталости (75-76%); г) с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (48%); д) с хроническими болезнями верхних и нижних дыхательных путей (51% обследованных). Руководители предприятий - баз исследования, учитывая выявленные в рамках медико-социологического опроса организационные нарушения, наладили в офисных помещениях оптимальный тепловой режим, а так же в соответствии с нормативами СанПиН установили защитные экраны на компьютерные мониторы и организовали точки общественного питания для своих работников.

Annotation. Within its own study etiopathogenesis systemic violations of Health Office staff ($n= 556$, $p< 0,05$) in «Magnit» hypermarket Krasnodar region , it was revealed that these violations reliably correlated: a) with problems in the functioning of body ("dry eye" syndrome at 85,71%); b) with vegetative dysfunction of type neurocirculatory kardiodistonij (52-53%); c) with insomnia, neurotic weakness and chronic fatigue condition (75-76%); d) with chronic diseases of the gastrointestinal tract (48%); e) chronic diseases of upper and lower respiratory tract (51%). Business leaders-research databases, taking into account identified in the health survey institutional violations, established in offices optimal thermal mode, as well as in accordance with the regulations SanPiN installed shields on computer monitors and organized catering for their employees.

Ключевые слова: заболеваемость офисного персонала.

Keywords: the morbidity of Office personnel.

Системный анализ характеристик общественного здоровья (преимущественно, заболеваемости и болезненности) заставил отечественных и зарубежных исследователей уже в первой половине XXI века говорить о появлении не только новых социально значимых групп населения, но и приступить к детальному изучению структуры заболеваемости и болезненности у офисных работников, которые по оценке Росстата на 01.01.2017 года составили 26,4% от общего числа работающих в хозяйственных отраслях РФ, то есть за последние 10-15 лет превратились в многочисленную социально значимую группу населения России [3]. Вместе с тем, до настоящего периода в публикациях по проблемам общественного здоровья и здравоохранения, на наш взгляд, недостаточно выделяется негативное воздействие ряда региональных факторов (на уровне субъектов РФ) на показатели здоровья именно этой группы населения. Это инициировало цель представленного исследования, которая заключалась в выявлении этиопатогенеза и распространенности болезней среди офисных работников

сети гипермаркетов «Магнит» в Краснодарском крае. Задачами исследования стали: 1) изучение динамики и этиопатогенетических условий возникновения нарушения здоровья по типу офисного синдрома у менеджеров сети гипермаркетов «Магнит»; 2) выработка рекомендаций по методике дальнейшего исследования и профилактики негативных региональных воздействий внешней среды на здоровье названной группы населения. Исследование проводилось как в виде медико-социологического анкетирования офисных работников ($n=556$, $p<0,05$), так и на уровне анализа официальной документации муниципальных учреждений здравоохранения Краснодарского края, в т.ч. проводивших в 2015-2017 годах профилактические осмотры коллективов названных предприятий-баз исследования (в декларированном объеме и по программам, утвержденным МЗ РФ). В рамках собственного исследования было констатировано, что наибольший процент системных нарушений здоровья у офисного персонала идентифицировались, как проблемы функционирования органа зрения, присущие по клинико-функциональным характеристикам, так называемому, «синдрому сухого глаза» у менеджеров крупных (85,71%) предприятий - баз исследования. Кроме того, выявленные нами системные нарушения здоровья офисного персонала были сопряжены у 52-53% обследуемых менеджеров с соматоформными вегетативными дисфункциями по типу нейроциркуляторных кардиодистоний. При этом, до 70% опрашиваемых нами менеджеров причинами подобных нарушений здоровья считали фактор перенапряжения вследствие монотонного ритма ежедневной работы с использованием персонального компьютера. У 82-84% опрошенных это вынужденная многочасовая работа в офисе, в т.ч. с компьютерной «мышью», ассоциировалось с развитием у самих себя парестезий и слабости в мышцах правой кисти, мышечных болей в шее и верхних конечностях, с часто возникающей в височных долях головной болью, с общей повышенной утомляемостью и т.д. Кроме этого, 75-76% опрошенных считали вредным для собственного здоровья фактор избыточного электромагнитного излучения не только от компьютеров, но и от аппаратов сотовой связи. Этот негативный фактор внешней среды опрошенные нами менеджеры называли одним из обязательных условий возникновения у них хронической бессонницы, невротической слабости и состояния хронической усталости, которое (как мы считаем) по своим клиническим проявлениям соответствует в классификациях ВОЗ трехзначным рубрикам R 53, Z 73, т.е. истощению жизненных сил по Международной Классификации болезней Десятого пересмотра. Более трети опрошенных считали производственную офисную гиподинамию вредоносным условием внешней среды, способствующим возникновению у них варикоза и тромбофлебитов сосудов нижних конечностей, а так же хронического геморроидального болевого синдрома. Это суждение в ходе проводимых нами медико-социологических опросов откровенно выражали 33-34% офисных работников, логически связывая названные нарушения здоровья не только с вынужденным малоподвижным алгоритмом собственной деятельности в офисе, но и с нерациональной жилищной застройкой, сужающей возможности человека для занятий спортом в городской черте. Одновременно 50-51% менеджеров гипермаркетов «Магнит» считали проявлениями «офисного синдрома» возникновение у них хронических заболеваний верхних и нижних дыхательных путей, в т.ч. из-за неправильного кондиционирования воздуха и несоблюдения предписанного СанПиН температурного режима в офисных помещениях. Фактором абсолютного производственного риска у офис-менеджеров в возникновении хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта 48% опрошенных назвали иррациональное питание в рабочий перерыв, связывая это с отсутствием в большинстве производственных зданий их коммерческих фирм качественных рабочих столовых. Выявленные в рамках медико-социологического опроса организационные нарушения, существенно снижающие качество труда офисных работников, стали иницирующим фактором для передачи наших статистических данных инспекторам Ростехнадзора и сотрудникам региональных отделений Федеральной службы по труду и занятости, которые своими административными актами обязали руководителей предприятий - баз исследования наладить в офисных помещениях оптимальный тепловой режим, а так же в соответствии с нормативами СанПиН установить защитные экраны на компьютерные мониторы и организовать точки общественного питания для своих работников.

Выводы.

1. Этиопатогенез системных нарушений здоровья у офисного персонала сети гипермаркетов «Магнит» нашими исследованиями достоверно ($p<0,05$) коррелирован: а) с проблемами функционирования органа зрения («синдром сухого глаза» у 85,71%); б) с соматоформными вегетативными дисфункциями по типу нейроциркуляторных кардиодистоний (52-53%); в) с бессонницей, невротической слабостью и состоянием хронической усталости (75-76%); г) с

хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (48%); д) с хроническими болезнями верхних и нижних дыхательных путей (51% обследованных).

2. Руководители предприятий - баз исследования, учитывая выявленные в рамках медико-социологического опроса организационные нарушения, наладили в офисных помещениях оптимальный тепловой режим, а так же в соответствии с нормативами СанПиН установили защитные экраны на компьютерные мониторы и организовали точки общественного питания для своих работников.

Библиографический список:

1. Данилов А. Б., Курганова Ю. М. Офисный синдром // Русский медицинский журнал. — 2011. — № 30. — С. 192.- [1].

2.Онищенко Г.Г. и соавт. Сохранение здоровья работников при внедрении здоровьесберегающей технологии.//Здравоохранение Рос. Федерации.-2016.- №1.- С. 17-19.- [2].

3.Рабочая сила, занятость и безработица в России. Статистический сборник. -рубрика «Официальная статистика».- Интернет-портал Росстата.-2017. (<http://www.gks.ru>).- [3].

Абдулазизова Шахзода
Abdulazizova Shakhzoda

Студентка Ферганского филиала Ташкентской Медицинской Академии
Student of Fergana branch of Tashkent Medical Academy
E-mail: ocidum@mail.ru

УДК 616.9

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ H1N1-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF USING ANTIVIRAL DRUGS IN H1N1-ASSOCIATED PNEUMONIA

Аннотация: в данной теме затрагивается вопрос возникновения вирус ассоциированной пневмонии, после перенесенного гриппа, вызванной вирусом гриппа А/Н1N1. При этом указывается применение противовирусных препаратов совместно с антибиотикотерапией. Механизм действия применяемых противовирусных препаратов основывается на ингибировании фермента нейраминидазы, образующийся на поверхности вируса и способствующий проникновения вируса в клетки «мишени» в респираторном тракте. Ранняя диагностика вирус ассоциированной пневмонии и ранняя этиопатогенетическая терапия уменьшает риск осложнений заканчивающихся летальным исходом в раннем детском возрасте.

Annotate: this topic addresses the question of the origin of virus associated pneumonia, after influenza, caused influenza virus A H1/N1. Also, mentioned to using antiviral drugs with antibiotics. The mechanism of action of antiviral drugs based on inhibition of the enzyme neuraminidase, which formed on the virus's surface. Early diagnosis of virus associated pneumonia and early etiopathogenetic therapy reduces the risk of complications and lethality in early childhood.

Ключевые слова: вирус ассоциированная пневмония, вирус гриппа А/Н1N1, механизм действия противовирусных препаратов, осельтамивир, занамивир

Key word: virus associated pneumonia, influenza virus A/H1N1, The mechanism of the action of antiviral drugs, oseltamivir, zanamivir.

Грипп – наиболее часто встречающееся заболевание человека, порой протекающее многочисленными осложнениями, приводящими к летальному исходу. Иммунопрофилактика гриппа не всегда эффективна из-за способности вируса к мутации. В 2009 году земной шар накрыла пандемия гриппа вызванного вирусом А/Н1N1, получивший название «свиного», «мексиканки», «мексиканского гриппа», «мексиканского свиного гриппа», который наиболее часто приводит к осложнениям в виде Н1N1- ассоциированной пневмонии и отеку легких.

На сегодняшний день полноценного лекарственного средства против вируса гриппа штамма А/Н1N1 не существует. К основным документам регламентирующим лечебные мероприятия при гриппе Н1N1, относятся Рекомендации ВОЗ. Согласно этим документам основная терапия больных гриппом Н1N1- противовирусная. Наиболее доказана эффективность применение при гриппе А/Н1N1 ингибиторов нейроминидазы - осельтомивира и занамивира. Эти препараты ингибируя вирусный фермент нейраминидазу, который представляет собой гликопротеин, образующийся на поверхности вирусов гриппа типа А и В. Этот фермент способствует попаданию вируса к клеткам – «мишеням» в респираторном тракте. Специфические ингибиторы нейраминидазы (конкурентные, обратимые действие) препятствуют распространению вируса, связанного с инфицированными клетками. Нарушается репликация вируса.

Осельтамивир (тамифлу) – используется в виде в виде этилового эфира. Он хорошо всасывается из пищеварительного тракта, быстро гидролизует (в кишечнике, печени, крови). Биодоступность активного метаболита около 80%. Максимальная концентрация в плазме крови определяется через 3-4 ч. $t_{1/2}$ ~ 6-10 ч. Выделяется почками. Переносится препарат относительно хорошо. Однако около 15 % больных отмечают тошноту, реже возникает рвота. Для уменьшения диспептических явлений препарат рекомендуется применять препарат во время еды.

Осельтамивир применяется перорально в капсулах по 75 мг или в виде суспензии, приготавливаемое из порошка 12мг/мл ex tempore. Взрослым и подросткам 12-17 лет при неосложненных формах препарат назначают по 75 мг дважды в сутки на протяжении 5 дней.

Занамивир(реленца) – его применяют интраназально и ингаляционно(в порошке). При ингаляции препарата биодоступность соответствует примерно 15 %. $t_{1/2}$ ~2 ч. Выделяется препарат почками. При местном применении побочных эффектов не отмечено. В редких случаях на фоне имеющейся патологии дыхательных путей наблюдается бронхоспазм.

Занамивир взрослым и детям старше 5 лет используется в следующем режиме: 2 ингаляции по 5 мг два раза в день в течение 5 дней. Занамивир может применяться в случае резистентности вируса А/ H1N/2009 к осельтамивиру. Согласно информации ВОЗ (2009), изучается эффективность внутривенного применения занамивира и альтернативных противовирусных препаратов (репамивир, рибавирин) в случаях резистентности вируса А/ H1N/2009 к осельтамивиру.

Максимальный лечебный эффект от применения этих препаратов отмечен при начале лечения в первые 2 недели болезни.

Имеются сведения о том что у больных тяжелыми формами пандемического гриппа А/ H1N/2009 с развитием вирусной пневмонии на фоне стандартной терапии выявляется более высокая эффективность вирусной репликации (вирусная нагрузка) и длительное (7-10 дней) выявление вируса в бронхиальном содержимом. Это делает обоснованным увеличение дозы противовирусных препаратов (взрослым осельтамивир по 150мг дважды в день) и удлинение курса лечения до 7-10 дней.

Большинство исследователей отмечают положительный эффект при применении указанных противовирусных препаратов, в частности более раннее выздоровление.

Библиографический список:

1. Реколова Е.М. Поражение легких в период пандемии свиного гриппа А/Н1N1 2009 -2010гг.// клиническая аллергология.Иммунология.инфектология.2010. Т.3. С.42-48
2. Малый В.П., Романцов М.Г., Сологуб Т.В. Грипп: пособие для врачей 2007.84 с.
3. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей // Вестн. перинатол. и педиатр. — 1996. — Т. 41, № 6. — С. 52–55.
4. Hendricson K.J. Viral pneumonia in children. Seminar in Pediatric Infectious Diseases. — 1998. — V. 9. — P. 217–233..
5. Black S.B., Shinefield H.R., Hansen J. et al. Postlicensure evaluation of the effectiveness of seven valent pneumococcal conjugate vaccine // *Pediatr. Infect. Dis. J.* — 2001. — V. 20, № 12. — P. 1105–1107.
6. Острые пневмонии у детей / Под ред. В.К. Таточенко. — Чебоксары, 1994. — 323 с.
7. Pechere J.C. (ed.). Community-acquired pneumonia in children. International Forum Series. — Cambridge Medical Publication, 1995. — 154 p.
8. Levine O.S., Lagos R., Munos A. Defining the burden of pneumonia in children preventable by vaccination against *Haemophilus influenzae* type b // *Pediatr. Infect. Dis. J.* — 1999. — V. 18, № 12. — P. 1060–1064.

Научное издание

Коллектив авторов

Сборник статей XIV Международной научной конференции «Современные медицинские исследования»

ISBN

Научный медицинский журнал «Авиценна»

Кемерово 2017