

АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на www.avicenna-idp.ru

ISSN 2500-378X

Издательский дом "Плутон"

www.idpluton.ru

Выпуск №23

КЕМЕРОВО 2018

15 октября 2018 г.
ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431
ISSN 2500-378X
УДК 378.001
Кемерово

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на www.avicenna-idp.ru

За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

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

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

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский 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 медицинский 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.];

Научный медицинский журнал «Авиценна», входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.

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

Подписано в печать 15.10.2018 г.

Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.

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

Оглавлени

1. ВЛИЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ.....4
Адилов У.Х.
2. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ «ЦЕРАКСОН», «ЦИТОФЛАВИН», «ЦЕРЕБРОЛИЗИН» В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА.....8
Малкова А.А., Полянских Ю.В., Вахрушева А.Т.
3. ЗАБОЛЕВАНИЯ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ У КОНЕВОДОВ.....11
Вагапова Д.М., Чурмантаева С.Х.
4. ХРОНИЧЕСКИЙ ВАГИНИТ У ЖЕНЩИН С НЕРЕАЛИЗОВАННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ.....14
Дробязко П.А.
5. МЕДОБСЛУЖИВАНИЕ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В 1940 И В 1942 ГГ.....17
Плеханова Е.П., Жернакова Н.В., Шубин Л.Л.
6. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ПИЛИНГОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ КОЖИ.....20
Абрамова В.А., Тажимова Л.Я., Адилходжаева З.Х., Мадрахимов Б.С.
7. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АКНЕ И ПОСТАКНЕ.....22
Абрамова В.А., Тажимова Л.Я., Адилходжаева З.Х., Мадрахимов Б.С.
8. СИСТЕМА УЧЕТА НАРКОТИЧЕСКИХ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ.....28
Вострокнутова А.Ю., Горина Е.А.
9. УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ НА ТЕРРИТОРИЯХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ, РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН И КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2017 ГОД.....31
Попова Н.М., Инамова Д.А., Харисова Н.Р., Вострокнутов М.Е.

Адилов Уткир Халилович
Adilov Utkir Halilovich

доктор медицинских наук, старший научный сотрудник,
НИИ санитарии, гигиены и профзаболеваний Министерства здравоохранения Республики
Узбекистан
E-mail: polibiomed@mail.ru

УДК 616.3

ВЛИЯНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

INFLUENCE OF THE ORGANIZATION OF FOOD AND FOOD BEHAVIOR ON THE MORBIDITY OF EMPLOYEES OF THE COAL INDUSTRY

Аннотация. В работе приведены результаты изучения питания и пищевого поведения работников угольной промышленности (режима питания, особенности выбора продуктов, вкусовые предпочтения, возможности и кратности приема пищи на рабочем месте и информированности в вопросах питания). Проведен анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности с определением значимости алиментарного фактора на структуру и уровень заболеваемости работников.

Abstract. The paper presents the results of the study of nutrition and nutritional behavior of workers in the coal industry (diet, food choice, taste preferences, opportunities and multiplicity of eating at the workplace and awareness of nutrition). The analysis of morbidity with temporary loss of ability to work with the determination of the importance of the alimentary factor on the structure and incidence of workers was carried out.

Ключевые слова: питание шахтеров, пищевое поведение, заболеваемость, уголь, трудоспособность.

Keywords: nutrition of miners, food behavior, morbidity, coal, work capacity.

Введение. На сегодняшний день, в условиях развития промышленности в развивающихся и развитых странах, роста экспортного потенциала, повышения эффективности и конкурентоспособности предприятий на основе их модернизации, вопросы охраны и укрепления здоровья работающего населения являются одной из важнейших проблем практического здравоохранения. Определено, что число впервые установленных хронических профессиональных заболеваний в Узбекистане снизилась в 7 раз и значительно ниже, чем в других странах: в 188 раз ниже, по сравнению с США, в 50 раз – с Азербайджаном, в 34 раза – с Японией, в 14 раз – с Россией и в 3,5 раза ниже, чем в Беларуси [1,78]. Учитывая перспективы развития угольной промышленности, решение проблемы снижения уровня профессиональной и производственно-обусловленной заболеваемости работников является актуальной и приоритетной задачей. Гигиеническая оценка питания работников имеет важное значение для сохранения их здоровья. Гигиеническая оценка питания работников дана по результатам изучения режима питания, набора потребления пищевых продуктов, стереотипов пищевого поведения и вкусовых предпочтений.

В связи с этим, нами проведен опрос 300 работников, с помощью специально разработанной анкеты, на подземной угольной шахте №9 «Ангренская» и угольном разрезе «Ангренский». Выявлено, что на обоих объектах угледобычи организованное питание работников отсутствует [2,10].

Изучение типа питания и пищевого поведения работников предусматривало оценку режима питания и особенностей выбора продуктов, возможность и кратность приема пищи на рабочем месте и информированность в вопросах питания.

Оценка продуктового набора суточных рационов питания осуществлялась по основным показателям, регламентированным действующими СанПиН РУз №0105-01 «Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения Узбекистана» и СанПиН РУз №0347-17 «Физиологические нормы потребностей в пищевых веществах и энергии по половозрастным и профессиональным группа населения Республики Узбекистан для поддержания здорового питания», разработанные с учетом рекомендаций ВОЗ.

Изучение режима питания работников показало, что 16% респондентов принимали пищу 1-2 раза, 62% - 3 раза и 22% - 4 раза в день. Следовательно, недостаточная кратность приемов пищи

характерна для 48 человек из числа обследованных работников. Опрос показал, что в большинстве семей работников горячие блюда готовили 1 раз в день с использованием растительного масла.

Установление причин, определяющих недостаточную кратность приемов пищи на работе работников показало, что основными факторами являются отсутствие организованного питания и условий для приема пищи.

Изучив особенности потребления пищи во время работы было установлено, что более половины (52,1%) из обследованных работников питаются всухомятку (хлеб, чай, кипяченая или бутилированная вода, кефир, репчатый лук), тогда как 34% респондентов дополнительно употребляют блюда из макаронных изделий с добавлением картофеля, крупяные каши, в основном - из риса и перловой крупы). В результате опроса установлено, что более 84% работников приносят с собой на работу еду, приготовленную дома, из них 75% - каждую рабочую смену и 25% - периодически. Остальные респонденты отметили, что на работу они не берут еду и во время работы не регулярно принимают пищу.

При этом 60,2% работников считают, что их питание на рабочем месте «удовлетворительное», 33% - «неудовлетворительное». Остальные респонденты не желали или затруднились ответить на поставленный вопрос. В то же время ни один из опрошенных работников не указал на наличие у него полноценного и качественного питания.

При изучении суточного потребления продуктов питания методом 24-х часового суточного воспроизведения, было определено, что хлеб, хлебобулочные и макаронные изделия и сахар ежедневно потребляют 100% опрошенных респондентов. Овощи и зелень ежедневно употребляют 95% респондентов, в основном - картофель, морковь, репчатый и зеленый лук, укроп, выращенные на собственном участке. Молоко, молочные продукты и сливочное масло содержатся в ежедневном рационе 90%, а яйца – 22% работников, так как в домашнем подсобном хозяйстве у них содержатся корова(ы), коза(ы) и куры. В ежедневное меню 83% обследованных работников включено мясо, мясные субпродукты, птица или колбасные изделия. Незначительное количество работников потребляют свежие фрукты и сухофрукты - 15%, крупы - 24% (в основном – рис и бобовые). Из рыбы и рыбных продуктов в ежедневном рационе присутствуют только консервы, причем лишь у 0,3% работников.

Определяющими факторами выбора перечисленных групп продуктов респонденты назвали содержание скота и выращивание сельскохозяйственных продуктов в домашнем подсобном хозяйстве.

Выявлено, что большинство респондентов предпочитали в ежедневном рационе жареные, жирные вторые блюда с дополнительным внесением поваренной соли в готовую пищу и употребление соленых огурцов, помидоров или квашеной капусты.

Следующий вопросом анкеты был по информированности работников в вопросах питания. Анкета содержала вопросы о полезных и вредных для здоровья продуктах питания, кратности приема пищи, способах приготовления еды, значение горячего питания, значение разнообразной, сладкой, соленой и жирной пищи.

Результаты информированности работников в вопросах здорового питания представлены в таблице 1. Все обследованные шахтеры (n=300) были разделены на 3 возрастные группы: 1 группа – 23 человека в возрасте до 30 лет, 2 группа – 211 человек в возрасте от 30 до 49 лет и 3 группа включала 66 работников в возрасте от 50 лет и старше.

Таблица 1

Информированность работников по вопросам здорового питания в зависимости от возрастной группы, %

Критерии информированности	абс.	%	Группа								
			1		2		3		P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
			M	±m	M	±m	M	±m			
60% и более правильных ответов	60	20,0	4,3	2,50	10,9	2,15	54,5	6,18	*	***	***
До 60% правильных ответов	110	36,7	17,4	7,90	38,9	3,36	36,4	5,97	*	*	-
Не знает ответа	130	43,3	78,3	8,60	50,2	3,45	9,1	3,57	**	***	***

Примечание: P₁₋₂ – различие между 1 и 2 группами работников; P₁₋₃ - различие между 1 и 3 группами работников; P₂₋₃ - различие между 2 и 3 группами работников (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

Анализ табличного материала свидетельствует о достаточном уровне знаний работников в вопросах здорового питания, который зависел от возраста обследованных и был выше в возрастных группах 30-49 лет и от 50 лет и старше ($P < 0,05-0,001$). Следовательно, информированность в вопросах питания имеет связь с возрастом и, следовательно, со стажем работы.

Таким образом, тип питания и пищевое поведение подавляющего большинства работников связано с ограниченным ассортиментом ежедневно потребляемых пищевых продуктов, избыточным потреблением чая, сахара, хлеба и макаронных изделий, дополнительным внесением поваренной соли в готовую пищу и употреблением солений, недостаточной кратностью потребления рыбы, рыбных продуктов и фруктов, нерегулярными приемами пищи, низким уровнем информированности в вопросах здорового питания работников в возрасте до 30 лет.

Следующей задачей являлось определение значимости алиментарного фактора на структуру и уровень заболеваемости работников.

Анализ ЗВУТ опрошенных работников показал, что первые пять ранговых мест последовательно занимали XIII, XIX, X, XI и XII классы болезней, которые в общей структуре заболеваемости ВУТ составили 82,9%.

На первом месте – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (XIII класс), удельный вес которых в среднем составлял 25,5%. Отклонения от нормы со стороны костно-мышечной системы были представлены в виде остеохондроза (41,5%), артроза (37,4%), артрита (10,8%), ревматизма суставов (8,2%) и прочие.

На втором месте - травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (XIX класс), удельный вес которых 19,6% от общего уровня заболеваемости ВУТ и был представлен в основном, травмами различных частей тела, включая ушибы, переломы и вывихи (95,1%), полученные в большинстве случаев на производстве.

На третьем месте - болезни органов дыхания (X класс), удельный вес которых от общего уровня заболеваемости ВУТ - 17,6%. Во внутренней структуре болезней органов дыхания наибольший удельный вес занимали обострение хронического тонзиллита (42,6%), хронического бронхита (28,8%) и заболеваний дыхательных путей на фоне аллергизации – ринит и астма (27,4%).

На четвертом месте - болезни органов пищеварения (XI класс) с удельным весом – 14,3%. Структура заболеваний XI класс болезней, в основном, была сформирована за счет обострения хронического холецистита (47,6%) и хронического гастрита (26,5%). В значительно меньшей степени встречались такие заболевания как обострение язвы желудка, двенадцатиперстной кишки и хронического панкреатита.

На пятом месте зарегистрированы болезни кожи и подкожной клетчатки (XII класс) с удельным весом – 5,9%. Внутренняя структура XII класса болезней была сформирована, в основном, за счет гнойничковых заболеваний кожи и подкожной клетчатки (фурункулы, панариции, абсцессы). Основной причиной возникновения кожных заболеваний, по нашему мнению, является загрязнение открытых участков тела угольной пылью.

Для оценки распространенности нарушений пищевого поведения среди работников с различным уровнем состояния здоровья, все обследованные работники были разделены на 2 группы: 1 группа – практически здоровые лица (198 человек) и 2 группа – лица с заболеваниями ВУТ (102 человек) (табл. 2).

Таблица 2

Распространенность нарушений пищевого поведения среди работников с различным состоянием здоровья

Показатель	Группа				P ₁₋₂
	1		2		
Недостаточное потребление мяса и мясных продуктов	8,5	1,99	91,5	2,77	***
1-2-х кратный прием горячей пищи в день	35,8	3,42	64,2	4,77	***
Недостаточное потребление овощей, фруктов и зелени	36,0	3,42	64,0	4,78	***
Однообразное питание	41,5	3,51	58,5	4,90	**
Недостаточное потребление молочных продуктов	42,2	3,52	57,8	4,91	**
Избыточное потребление сахара и соли	43,1	3,53	56,9	4,93	*
Низкий уровень информированности в вопросах здорового питания	43,5	3,53	56,5	4,93	*
Потребление жирной и жареной пищи	43,9	3,54	56,1	4,94	*

Примечание: P₁₋₂ – различие между 1 и 2 группами работников (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

Результаты опроса среди работников показали, что тип питания и нарушения пищевого поведения оказывают влияние на распространенность заболеваний.

Для сравнительной оценки уровня заболеваемости среди работников с нарушениями пищевого поведения, лица с заболеваниями ВУТ были разделены на 2 группы: 1 группа (66 человек) – лица без нарушений пищевого поведения (правильное питание, соблюдение режима) и 2 группа (36 человек) – лица с нарушениями в пищевом поведении (не рациональное и не сбалансированное питание, нарушение режима, низкий уровень информированности в вопросах здорового питания).

Установлено, что удельный вес заболеваемости костно-мышечной системы и органов пищеварения достоверно выше у работников с ограниченным ассортиментом продуктов, кратностью питания, составляющей 1-2 раза в день и низким уровнем информированности в вопросах здорового питания (P<0,05) (табл. 3).

Таблица 3

Сравнительная оценка заболеваемости по данным ВУТ работников с различным пищевым поведением

Класс болезней			Группа				P ₁₋₂
№	наименование	%	1 (n=66)		2 (n=36)		
XIII	болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	25,5	17,9	4,6	40,0	8,9	*
XIX	травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	19,6	22,4	4,9	14,3	6,4	-
X	болезни органов дыхания	17,6	20,9	4,8	11,4	5,8	-
XI	болезни органов пищеварения	14,7	7,5	3,1	28,6	8,2	*
XII	болезни кожи и подкожной клетчатки	5,9	7,5	3,1	2,9	3,0	-
	Другие болезни	16,7	22,4	4,9	5,7	4,2	*

Примечание: P₁₋₂– различие между 1 и 2 группами работников (* - P<0,05)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушения в питании подавляющего большинства работников связаны с ограниченным ассортиментом ежедневно потребляемых пищевых продуктов, избыточным потреблением чая, сахара, хлеба и макаронных изделий, дополнительным внесением поваренной соли в готовую пищу и употреблением солений, недостаточной кратностью потребления рыбы, рыбных продуктов и фруктов, нерегулярными приемами пищи, низким уровнем информированности в вопросах здорового питания работников в возрасте до 30 лет.

Установление причин, определяющих недостаточную кратность приемов пищи на работе работников показало, что основными факторами являются отсутствие организованного питания и условий для приема пищи.

Удельный вес заболеваемости костно-мышечной системы и органов пищеварения достоверно выше у работников с ограниченным ассортиментом продуктов и кратностью горячего питания - 1-2 раза в день, предпочитающих выбор жирной, жареной, соленой и сладкой пищи, имеющих низкий уровень информированности в вопросах здорового питания (P<0,05).

Библиографический список.

1. Кундиев Ю.И., Нагорная А.М. Профессиональное здоровье в Украине. Эпидемиологический анализ. - Киев, 2007. - Раздел 3. - С. 77-106. [Электронный ресурс]: - Режим доступа: URL.- <http://opb.org.ua/2617/6>.

2. Адилев У.Х. Совершенствование методологического подхода управления профессиональным риском и научное обоснование комплекса профилактических мероприятий по охране здоровья работников угольной промышленности Узбекистана [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен. степ. докт. мед. наук (14.00.07)/ Адилев Уткир Халилович; Ташкентская медицинская академия.- Ташкент, 2018.-25 с.

Малкова Алла Аркадьевна

кандидат медицинских наук; кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики.

Полянских Юлия Валерьевна

студент

Вахрушева Александра Тихоновна

студент, лечебный факультет,

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Ижевская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской

Федерации,

г. Ижевск

E-mail: polyanskih.julya@yandex.ru

УДК 616

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ «ЦЕРАКСОН», «ЦИТОФЛАВИН», «ЦЕРЕБРОЛИЗИН» В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF DRUGS, "CERAXON", "CITOFLOAVIN", "CEREBROLYSIN" IN THE TREATMENT OF ACUTE ISCHEMIC STROKE

Аннотация: В данной статье представлено сравнение эффективности препаратов цераксон, цитофлавин и церебролизин в терапии острого периода ишемического инсульта.

Annotation: This article presents a comparison of the effects of the drug ceraxon, cytoflavin and Cerebrolysin in the treatment of acute ischemic stroke.

Ключевые слова: Инсульт ишемический, цитопротективная терапия, цитофлавин, церебролизин, цераксон.

Keyword: Ischemic stroke, cytoprotective therapy, cytoflavin, cerebrolysin, ceraxon.

Введение

Инсульт, инфаркт миокарда и онкологические заболевания можно назвать эпидемией 21 века. Статистика инсульта в России весьма серьезна: 550 тысяч новых случаев в год, 3360 событий на каждый миллион жителей, смертность достигает 1300 человек на миллион, инвалидами ежегодно становятся до 47 тысяч жителей страны. (Баграт Алесян – главный специалист Минздрава России по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению, 2017 г.)

Одним из приоритетных направлений терапии острого инсульта является цитопротективная терапия. Цитопротективная терапия, в том числе начатая уже на догоспитальном этапе, позволяет расширить границы терапевтического окна и продлить период жизнеспособности перифокальной мозговой ткани [5].

Одними из препаратов используемых в остром периоде ишемического инсульта являются: цераксон, цитофлавин, церебролизин.

Цель исследования: на основе шкалы NIHSS провести сравнительный анализ эффективности терапии цераксоном, цитофлавином, церебролизином у пациентов в остром периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы

Нами изучены истории болезни 800 человек, из которых в исследование было включено 70 пациентов (50 мужчин (71%) и 20 женщин (29%)), поступивших с диагнозом ОНМК по ишемическому типу.

Критериями включения пациентов в исследование служили:

Диагноз ОНМК по ишемическому типу (выставлен в соответствии с критериями клинических рекомендаций 2012г.)

Оценивалось состояния пациента по шкале NIHSS (при поступлении и при выписке)

Лечение одним из исследуемых препаратов цераксон, цитофлавин, церебролизин.

Всем пациентам было выполнено МРТ и/или СКТ (при поступлении и при выписке), эхокардиография, дуплексное сканирование БЦС, холтер.

В соответствии с получаемой терапией пациентов распределили на три группы: 1 группа получала цераксон (30 человек), 2 – цитофлавин (30 человек), 3 – церебролизин (10 человек).

Средний возраст 1 группы составил 55 лет, 2 группы – 59 лет, 3 группы – 56 лет.

Результаты и обсуждения

На основе проведенных исследований были выявлены следующие результаты:

Из 70 пациентов с диагнозом ОНМК по ишемическому типу у 54 (77%) была выявлена артериальная гипертензия III ст., у 50 (71,4%) - атеросклероз БЦС, у 13 (18,5%) – сахарный диабет II типа, у 9 (12,8%) – нарушение сердечного ритма, у 4 (5,7%) – артериальная гипертензия II ст., у 2 (2,8%) – врожденные пороки сердца. (табл. 1)

Таблица 1. Факторы риска развития ОНМК

Факторы риска	Количество пациентов	%
Артериальная гипертензия III ст.	54	77
Атеросклероз БЦС	50	71,4
Сахарный диабет II тип	13	18,5
Нарушение ритма	9	12,8
Артериальная гипертензия II ст.	4	5,7
Врожденные пороки сердца	2	2,8

Подтипы инсульта

Подтипы инсульта распределились следующим образом:

63% - недифференцированный

18% - атеротромботический

16% - кардиоэмболический

3% - лакунарный

Динамика пациентов при лечении цераксоном, среднее по NIHSS

Среднее значение NIHSS у 30 пациентов при поступлении и при выписке, состояние пациентов улучшилось на 30%. (рис. 1)

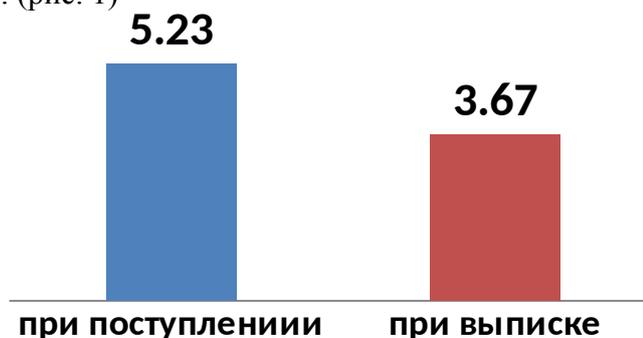


Рисунок 1. Динамика пациентов при лечении цераксоном, среднее по NIHSS

Динамика пациентов при лечении цитофлавином, среднее по NIHSS

Среднее значение NIHSS у 30 пациентов при поступлении и при выписке, состояние пациентов улучшилось на 35%. (рис. 2)

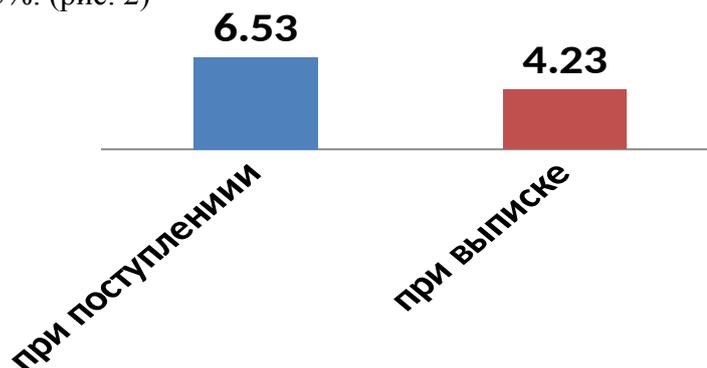


Рисунок 2. Динамика пациентов при лечении цитофлавином, среднее по NIHSS

Динамика пациентов при лечении церебролизином, среднее по NIHSS

Среднее значение NIHSS у 30 пациентов при поступлении и при выписке, состояние пациентов улучшилось на 32%. (рис. 3)

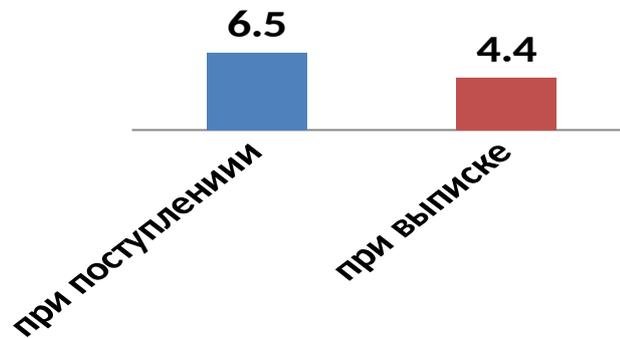


Рисунок 3. Динамика пациентов при лечении церебролизином, среднее по NIHSS
 Эффективность проведённой терапии
 Эффективность терапии цитофлавином выше, чем цераксоном и церебролизином (рис. 4)

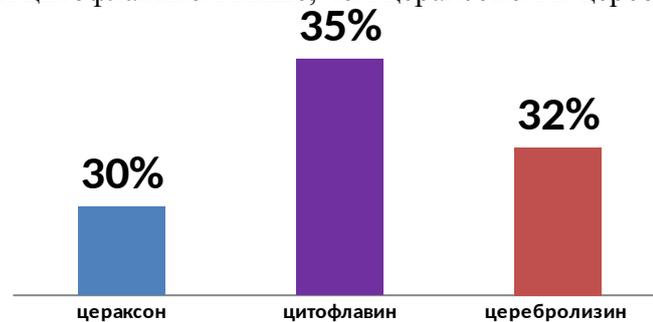


Рисунок 4. Эффективность проведённой терапии
 Динамика очага на фоне проведённой терапии (по данным МРТ)
 На фоне проведённой терапии отсутствия динамики наблюдалось у 46%, уменьшение очага у 27%, увеличение очага у 27%. (рис. 5)

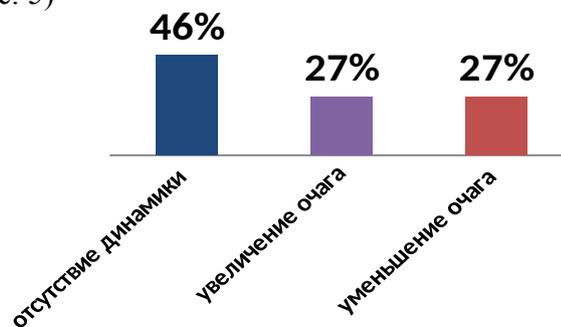


Рисунок 5. Динамика очага на фоне проведённой терапии (по данным МРТ)

Выводы

На основе шкалы NIHSS у пациентов в остром периоде ишемического инсульта эффективность терапии цитофлавином выше, в сравнении с церебролизином и цераксоном.

На момент нахождения пациентов в стационаре в 46% случаев динамика очага отсутствовала (по данным МРТ)

Ведущими факторами риска ОНМК среди исследуемых пациентов стали: артериальная гипертензия III ст., атеросклероз БЦС, сахарный диабет II типа.

Библиографический список:

1. Инсульт: Руководство для врачей / Под ред. Л.В. Стаховской, С.В. Котова. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2013. — 400 с.: ил
2. Клинические рекомендации. Диагностика и тактика при инсульте в условиях общей врачебной практики, включая первичную и вторичную профилактику.
3. Колесникова Екатерина Александровна Цитопротективная терапия при ишемическом геморрагическом инсульте. 14.01.11 — автореферат.
 Диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва 2013.
4. Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В Б79 2-хт. — Т. 1/Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. 2 - изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2001. — с. 744.
5. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Коваленко А.В., Соколов М.А. Механизмы повреждения ткани мозга на фоне острой фокальной церебральной ишемии. Журнал неврология и психиатрия 1999;99(2):65–70.

Вагапова Динара Маратовна
Vagarova Dinara Maratovna

врач – невролог консультативно – поликлинического отделения ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека», г. Уфа, Россия. E-mail: dinarav77@mail.ru

Чурмантаева Светлана Хамитовна
Churmantayeva Svetlana Khamitovna

кандидат медицинских наук, врач - профпатолог консультативно – поликлинического отделения ФБУН «Уфимский НИИ медицины труда и экологии человека», г. Уфа, Россия.

УДК 616.711:636.13

ЗАБОЛЕВАНИЯ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ У КОНЕВОДОВ

DESEASES OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM OF THE HORSEMEN

Аннотация. В статье рассмотрены заболевания костно-мышечной системы у работников ипподрома «Акбузат». В структуре неврологической заболеваемости у наездников и коневодов преобладают вертеброгенные люмбалгии и люмбоишиалгии, как результат статодинамической нагрузки на пояснично-крестцовый отдел позвоночника.

Abstract. The article deals with the diseases of the musculo-skeletal system in the hippodrome «Akбуzат». The structure of neurological morbidity in riders and horse breeders is dominated by vertebrodenic lumbalgia and lumbo-ischialgia, as a result of the static-dynamic load on the lumbosacral spine.

Ключевые слова: вертеброгенные дорсалгии, коневоды

Key words: vertebrogenic dorsalgia, horse – breeders, riders

Примерно шесть тысяч лет тому назад люди приручили лошадей. Первыми целенаправленно разведением и созданием новых пород занялись жители Древнего Востока. Ведь, в зависимости от способа использования лошадей, и требования к четвероногим помощникам предъявлялись разные. Для хозяйственных работ больше подходят спокойные, сильные породы, а в военных походах незаменимы особи, обладающие выносливостью на длинных дистанциях, способностью переносить голод, жажду, жару. Появилась необходимость в проведении испытаний. Именно тогда и придумывают древние греки ипподромы — особые места для конских соревнований.

Еще до нашей эры конные соревнования были включены в программу Олимпийских игр в Греции. И сегодня конный спорт популярен во многих странах мира. Высшая школа верховой езды - этот исключительно красивый вид спорта - широко используется в цирковом искусстве. У народов нашей страны насчитывается более сорока видов конно-спортивных игр. Особенно широко они распространены в сельских местностях, где хозяйства разводят лошадей и молодежь занимается конным спортом.

В современных условиях коневодство - одна из отраслей животноводства – широко распространено в Республике Башкортостан. Коневодство развивается в четырех направлениях. Лошадей выращивают: для использования на различных работах в сельском хозяйстве, на специфических промышленных предприятиях и т.д. - так называемое рабоче-пользовательное коневодство; для производства конского мяса, кумыса, а также для нужд биологической промышленности - продуктивное коневодство; для конного спорта и туризма; для совершенствования существующих и выведения новых пород с определенными целями - конезаводство.

В соответствии с этими направлениями различают и профессии (специальности) коневодов: это - конюхи, табунщики, наездники, тренеры и жокеи. Ведущая роль принадлежит рабоче-пользовательному коневодству, поэтому наиболее распространена профессия конюха.

Коневоды занимаются разведением лошадей и их кормлением, ухаживают за ними, обеспечивают их нагул для производства конского мяса и молока, а также сырья для кожевенного и войлочного производства. Специально подготовленные коневоды-тренеры тренируют отборных коней, готовят их к спортивным соревнованиям и играм, воспитывают из молодежи наездников.

Ипподром создан для того, чтобы сделать племенную оценку лошади. Ведь только тогда она будет представлять племенной интерес. Ценность лошади складывается из двух факторов:

наследственности, которую передают родители, и личных результатов забегов. Только на испытаниях можно выявить потенциал, заложенный в коне: его силу, выносливость, состояние здоровья.

Основная задача ипподрома (от греческого *hippos* — лошадь, *dromos* — бег) — помощь конезаводчикам. На ипподромах проводятся конные соревнования — бега, скачки, и, как апофеоз — борьба за главный приз года. Цель состязаний в выявлении присущих каждой лошади качеств: резвости, выносливости, стремления опередить соперников. Результаты испытаний учитываются при разведении лошадей: потомство победителя имеет все шансы стать фаворитом гонок и принести хозяину немалый доход. Цена лошади, выигравшей забег, сразу же повышается в десять раз. Правда, чтобы вырастить такого рысака, необходимо потратить время и деньги. Уровень развития коневодства в стране отражается даже на ее статусе. Неслучайно признанные лидеры в этой области — Франция, Англия, Германия — страны с высоким жизненным уровнем и культурными традициями [1].

За последние годы в спортивной медицине накоплены убедительные данные о большом значении физической активности для укрепления здоровья человека, предупреждения сердечно-сосудистых заболеваний, повышения неспецифической устойчивости организма к самым различным неблагоприятным факторам, замедления процессов старения. Действительно, если сравнить заболеваемость у спортсменов и у не спортсменов в одних и тех же возрастных и профессиональных группах, то видно, что спортсмены болеют реже и в более легкой форме. По данным Н. Д. Граевской, у 1000 студентов — активных спортсменов было выявлено 137 хронических заболеваний, у 1000 студентов, не занимающихся спортом (того же возраста, с одинаковыми условиями жизни, обследованных по той же программе), — 193.

Анализ заболеваемости у спортсменов свидетельствует о том, что спортсмен, как и всякий человек, может заболеть почти любым заболеванием, но болеют спортсмены значительно реже, чем не занимающиеся спортом. Это связано не только с тем, что физическая тренировка повышает устойчивость организма к различным неблагоприятным факторам, но и с тщательным медицинским отбором. Под влиянием систематической тренировки компенсаторные возможности организма спортсменов становятся столь широкими, что многие заболевания у них протекают иначе, чем у не занимающихся спортом: заболевания часто начинаются очень незаметно для самого человека, окружающих и врача; иногда при заболевании у спортсмена не только не ухудшается самочувствие, но он даже показывает высокие спортивные результаты; очень часто клиническая картина заболевания неясна, наблюдаются стертые и abortивные формы болезни [2,3].

Цель работы: Нами изучено состояние костно-мышечной системы у работников уфимского ипподрома «Акбузат».

Материал и методы: Было обследовано 70 человек (100%). Для изучения структуры заболеваний костно – мышечной системы обследованные разделены на две группы. Первую группу составили наездники и коневоды, участвующие в соревнованиях и имеющие контакт с лошадьми – 36 человек (51,4%), вторую группу – работники инженерно-технической службы в количестве 34 человек (48,6%). Проведены общепринятые клинические и лабораторные методы обследования: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови (холестерин, глюкоза), электрокардиография, по показаниям - электронейромиография рук и ног, а также рентгенография шейного и поясничного - крестцового отделов позвоночника. Пациенты осмотрены врачами терапевтом, неврологом, окулистом, ЛОР - врачом.

Основной контингент работающих составили мужчины в возрасте от 20 до 45 лет; средний возраст $31,7 \pm 3,2$. Стаж работы от 10 до 20 лет, средний стаж работы $9 \pm 2,1$.

Результаты и обсуждение. По результатам медицинского осмотра практически здоровыми признаны 27,1% обследованных. Годными в своей профессии признаны 97,2% обследованных. Численность работников, нуждающихся в дополнительном клиническом обследовании, составила 2,8%.

Жалобы обследованных можно разделить на три большие группы.

1-я группа - боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, боли в поясничном отделе с иррадиацией с нижние конечности, судороги нижних конечностей (больше встречались у наездников и коневодов).

2-я группа - боли в шейном отделе позвоночника, боли в шее с иррадиацией в плечо, руку, онемение пальцев рук (больше наблюдались у работников инженерно – технической группы).

3-ю группу составили жалобы на боли в суставах.

Среди обследованных вертеброгенные цервикалгии (цервикобрахиалгии, цервикокраниалгии) в первой группе выявлены в 2,8% случаев, во второй группе в 14,3 % случаев. Вертеброгенные люмбалгии встречались в 14,3% в первой группе, и в 17,1% во второй. У наездников и коневодов преобладали вертеброгенные люмбалгии, люмбоишиалгии, что связано с динамической и статической нагрузкой на пояснично-крестцовый отдел позвоночника. У работников инженерно-технической службы встречались как цервикалгии, так и люмбалгии, что связано с преимущественной рабочей позой сидя, зрительным напряжением и недостаточной физической активностью. В целом, частота дорсалгий у наездников и коневодов составила 17,1%, что в 2 раза меньше, чем у представителей ИТР (31,4%), что свидетельствует о пользе регулярных физических нагрузок на организм. Расстройство вегетативной регуляции в виде сосудистой дисфункции (акроцианоз, акрогипергидроз, мраморность, красный стойкий дермографизм) выявлены в 12,8% случаев у работников 1 группы и в 8,6% случаев во 2 группе. Это подчеркивает напряженность вегетативных реакций у наездников в ответ на эмоциональный стресс перед соревнованиями. Первичные остеоартрозы выявлены у 11,4% лиц среди наездников и коневодов, что сравнимо с 14,3% у работников инженерно-технической службы. Здоровые лица составили 15,7% в первой группе и 11,4% во второй. Полученные данные отражены в таблице.

Таблица 1.

Заболевания костно – мышечной системы (в %) у работников ипподрома «Акбузат»

	Вертеброгенные цервикалгии	Вертеброгенные люмбалгии	Расстройство вегетативной регуляции	Остеоартрозы	Здоровые
Наездники, коневоды	2,8%	14,3%	12,8%	11,4%	15,7%
ИТР	14,3%	17,1%	8,6%	14,3%	11,4%

Выводы. Полученные данные медицинского осмотра работников ипподрома «Акбузат» выявили, что люмбалгии в группе наездников и коневодов встречаются чаще цервикалгий, что связано с динамической и статической нагрузкой на пояснично-крестцовый отдел позвоночника у обследованных. В целом, частота встречаемости дорсалгий в первой группе ниже, чем в группе сравнения, что свидетельствует о пользе регулярных физических нагрузок. Напряженность вегетативных реакций выше у представителей основной группы, как защитная реакция на стресс перед соревнованиями.

Для уменьшения риска развития заболеваний у обследованных рекомендовано разработать комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

Библиографический список:

1. Коневодство/ Колосов Ю.А., Яковлев А.И., Лиховидов А.И., Семенченко С.В.: учебник/ пос. Порсиановский, 2010. – с.136.
2. Сафонова О.А. Реабилитационные возможности организма при заболеваниях ОДА с применением конного спорта/О.А. Сафонова, Р.Р. Букиров, Ю.В. Александрова// Символ науки. – 2017. - № 6. С. 175.
3. Спиров С.А. Проблемы продолжительности жизни и пути сохранения здоровья на долгие годы/ С.А. Спиров// Проблемы науки. – 2017. - №11(24). – С.98-99.

Дробязко Петр Александрович

врач акушер-гинеколог

ГКБ им. С.И. Спасокукоцкого Департамент Здравоохранения г. Москвы
город Москва , Российская Федерацияdrobyazko.peter@gmail.com**Drobyazko Peter Aleksandrovich**

obstetrician-gynecologist

City hospital named after S. I. Spasokukotskiy the Department of health of Moscow
Moscow , Russian Federationdrobyazko.peter@gmail.com

УДК 618.15

ХРОНИЧЕСКИЙ ВАГИНИТ У ЖЕНЩИН С НЕРЕАЛИЗОВАННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ**CHRONIC VAGINITIS IN WOMEN WITH UNFULFILLED REPRODUCTIVE FUNCTION**

Аннотация: Клиническое исследование пациенток с хроническим воспалительным процессом в нижних отделах половых путей в сочетании с нереализованной репродуктивной функцией , прогнозы и рекомендации относительно диагностики данного заболевания , на базе медицинского учреждения амбулаторного звена Департамента здравоохранения города Москвы

Abstract: Clinical study of patients with chronic inflammatory process in the lower reproductive tracts in combination with unfulfilled reproductive function , predictions and recommendations regarding the diagnosis of this disease , on the basis of medical institutions of outpatient segment of healthcare Department of Moscow

Ключевые слова: вагинит , хронический вагинит , репродуктивная функция , диагностика вагинита

Key words: vaginitis , chronic vaginitis , reproductive function , diagnosis of vaginitis

Введение

На данном этапе развития медицины воспалительные заболевания репродуктивной системы женщины представляют актуальную , значимую проблему , являясь одной из частых причин бесплодия. В настоящее время в ряде отечественных и зарубежных изданий большое внимание уделяется воспалительным процессам в нижних отделах половых путей. Хронический вагинит является первым этапом в восходящем звене воспалительного поражения органов репродуктивного тракта , по данным исследователей Рахматулина М.Р. , Шаталова А.Ю. , Brocklthurst P. , Sweet R.J. Воспалительные заболевания женских половых органов в 60-65% являются следствием восходящей инфекции. [5; 6, с. 43, 8; 9; 10, с. 271] По данным Меньшиковой Н.С. с соавторами на территории Российской Федерации за амбулаторной медицинской помощью в 2005 году обратилось 10 млн. женщин с неспецифическим вульвовагинитом , что является показателем значительного распространения данного заболевания. [4 , с. 125] По мнению Анкирской А.С. хроническим неспецифическим вагинитом страдают 20% женщин и на протяжении последних лет общая картина распространения этого заболевания не имеет положительной динамики. [1, с. 15] Эта проблема не решена и в других странах , как экономически развитых так и развивающихся. К примеру на основании исследования Дель-Кура Гонсалес в ряде европейских стран вагинит является наиболее частой причиной первичной гинекологической консультации. [3] Существует предположение , что 75% женщин испытывали по крайней мере один эпизод проявления воспалительного процесса нижних репродуктивных путей и 50% женщин из этого числа имели минимум один рецидив. По данным исследователей из Нидерландов Anita WM Suijkerbuijk и других заболеваемость только хламидийно-ассоциированным вагинитом колеблется от 103,2 до 590,2 на 100 000 женского населения. [7]

Учитывая вышеизложенные данные , можно полагать что общая заболеваемость вагинитом как специфическим , так и неспецифическим немного более 20% от общего числа женского населения. Так , например , исследования Бутовой В.Г. и Рамазановой С.С. показали , что хронический вагинит занимает большой процент среди обращений женщин за амбулаторной гинекологической помощью и

составляет 69,14%. [2, с. 908] Авторы полагают, что общепринятый бактериологический и бактериоскопический метод исследования отделяемого из половых путей не всегда определяет этиологическую причину вагинита. Для решения этой проблемы в современном медицинском сообществе все чаще используют такие методы как полимеразно-цепная реакция, с целью выделения инфекционного агента или исследования микробиоценоза влагалища. В результате данных нововведений улучшилась диагностика этой патологии, статистические показатели относительно частоты заболеваемости специфическим вагинитом выросли с 4,4% до 13,3% с 2010 по 2012 год.

Необходимо отметить, что по мнению ряда исследователей, Tomas J. O. и другие, рак шейки матки чаще встречается у женщин-носителей вируса папилломы человека у которых в прошлом имело место наличие хронического, рецидивирующего вагинита. [11, с. 5]

Таким образом воспалительный процесс в нижних отделах репродуктивной системы – вагинит, встречается часто, может протекать длительно с частыми обострениями, не всегда четко и своевременно диагностируется с определением возбудителей, что важно для эффективной терапии. Так как вагинит начальный этап восходящей инфекции, которая может являться причиной бесплодия у большинства женщин, поэтому особую актуальность имеет вопрос всестороннего изучения данной патологии у молодых женщин, которые не реализовали свою репродуктивную функцию.

Основной раздел

Целью настоящего исследования являлось выделить и изучить группу женщин с хроническим вагинитом, которые не реализовали свою детородную функцию, определить пути своевременной диагностики, целенаправленного эффективного лечения и профилактики этой патологии, которая является причиной восходящей инфекции, причиной хронических воспалительных заболеваний репродуктивных органов, что часто приводит к бесплодию.

Под наблюдением находилось 128 больных с бессимптомным хроническим вагинитом. Из них 43 женщины не реализовали свою репродуктивную функцию, что составило 33,6% от общего числа наблюдаемых. В основном это были женщины в возрасте от 26 до 45 лет, каждая из них неоднократно проконсультирована гинекологом и хотя бы раз в жизни получала местную противовоспалительную терапию. Известно, что вагинит нередко протекает бессимптомно или с малыми симптомами, потому сама женщина не может определить эффективность лечения, определить факт полного излечения. Диагноз хронический вагинит определен на основании тщательно собранного анамнеза, данных бактериоскопического и бактериологического исследования отделяемого из половых путей, а так же в большинстве случаев определением наличия инфекции по средствам полимеразно-цепной реакции.

Проводилась прицельная, этиотропная антибиотикотерапия, иммуностимулирующая терапия, местной противовоспалительное лечение. Для определения эффективности проведенного лечения женщины наблюдались в течении 3-6-х месяцев, неоднократное бактериологическое и бактериоскопическое исследование мазков являлось критерием излеченности, особое внимание уделялось молодым пациенткам в возрасте 20-35 лет, данной категории женщин разъяснили особую значимость ликвидации хронического вагинита, что является залогом сохранения нормальной репродуктивной деятельности, и возможности реализовать свою репродуктивную функцию.

Заключение

Исходя из вышесказанного можно сделать следующие выводы:

1. хронический вагинит нередко встречается у молодых женщин, которые еще не реализовали свою репродуктивную задачу, поэтому изучение данной проблемы имеет значительную актуальность

2. особое внимание следует уделять ранней диагностики этой патологии, применять современные методы диагностики

3. необходимо проводить целенаправленную, прицельную антибиотикотерапию и противовоспалительную терапию, на основании данных бактериологического и ПЦР исследования отделяемого из влагалища

4. молодых пациенток с хроническим вагинитом следует определять в группу риска по бесплодию, вести скрининговое наблюдение не менее 6-ти месяцев, а в некоторых случаях и до года после завершения основного этапа лечения

Необходимо подчеркнуть немаловажный экономический аспект, лечения данного заболевания на ранних стадиях, что требует меньших финансовых затрат. Лечение запущенного, то есть хронического воспалительного процесса и тем более последствий его требует порой

дорогостоящего и длительного этапа диагностики и терапии бесплодия , когда часто необходимы и оперативные методы лечения.

Библиографический список:

1. Анкирская А.С. Неспецифический вагинит // Гинекология. – 2005. – № 4. – С. 15–18.
2. Бутова В.Г. Рамазанова С.С. Анализ амбулаторной акушерско-гинекологической помощи: динамика структуры обращений в связи с воспалительными заболеваниями женских половых органов Medical Sciences Fundamental Research №1 2015 год , стр. 908-910
3. Дель-Кура Гонсалес и др; лицензиат BMC Public Health 2011 11 : 63 DOI: 10,1186 / 1471-2458-11-63 © , Испания BioMed Central Ltd. 2011
4. Меньшикова Н.С., Петрова М.С., Петров И.А. , Аверин А.С., Тихонова Н.В. ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск , Сибирский медицинский журнал, 2010, Том 25, № 4, Выпуск 2 стр. 125-127
5. Рахматулина М.Р. Шаталова А.Ю. Совреенные представления о микроценозе вагинального биотопа и его нарушениях у женщин репродуктивного возраста , Вестик дерматологии и венерологии 2009 год №3 стр 38-42
6. Шаталова А.Ю. Рахматулина М.Р. Плахова К.И. Анализ факторов риска и клинико-лабораторных особенностей воспалительных заболеваний мочеполового тракта у женщин репродуктивного возраста , Вестник дерматологии и венерологии , 2012 год , №1 стр. 43-48
7. Anita WM Suijkerbuijk и др; лицензиат , BMC Family Practice 2011 12 : 72 DOI: 10,1186 / 1471-2296-12-72 © Нидерланды , BioMed Central Ltd. 2011
8. Brocklthurst P. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy , Cochrane Database Syst Rev. 2005 , №2 – CD000262
9. Rabiun N и др; лицензиат , Здоровье BMC женщин 2010 10 : 8 DOI: 10,1186 / 1472-6874-10-8 © BioMed Central Ltd. 2010
10. Sweet R.I. Role of bacterial vaginosis in pelvic inflammatory disease , Clin. Infect. Dis. 2005 , №20 page 271-275
11. Tomas J.O. , Регистрация рака и диагностика в Ибадане , архивы ибаданской медицины , 2000 год 1(2) page 5-6

Плеханова Елизавета Петровна
Plekhanova Elizaveta Petrovna

Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, лечебный факультет, E-mail: miss.plehanova2009@yandex.ru

Жернакова Наталья Владимировна
Zhernakova Natalya Vladimirovna

Студентка ФГБОУ ВО «ИГМА» 4 курс, лечебный факультет, E-mail: natalyafox07@gmail.com

Шубин Лев Леонидович
Shubin Lev Leonidovich

Научный руководитель : к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения
УДК 616-082

МЕДОБСЛУЖИВАНИЕ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В 1940 И В 1942 ГГ

MEDICAL SERVICE OF THE CIVILIAN POPULATION IN 1940 AND IN 1942

Аннотация : Данная статья посвящена актуальной на время Великой Отечественной Войны проблеме медобслуживания гражданского населения в различных районах Удмуртской Автономной Советской Социалистической Республики

Медицинское обслуживание – это организационно-медицинская работа, обеспечивающая проведение медицинских осмотров, профилактических и оздоровительных мероприятий, санитарно-просветительную работу, оказание медицинской помощи и внедрение эффективных форм профилактики и оздоровления населения.

Abstract: This article is devoted to the problem of medical services for the civilian population in various regions of the Udmurt Autonomous Soviet Socialist Republic, which is relevant for the time of the Great Patriotic War.

Medical care is organizational and medical work that provides medical examinations, preventive and curative measures, sanitary and educational work, the provision of medical care and the introduction of effective forms of prevention and rehabilitation of the population.

Ключевые слова: Медицинское обслуживание, медицинская помощь, Великая Отечественная Война, гражданское население.

Keywords: Medical service, health care, Great Patriotic War, civilian population

Коренным образом изменившиеся с началом Великой Отечественной войны условия жизни и труда городского населения выдвинули перед органами здравоохранения новые, очень сложные задачи, а именно всестороннее медицинское обеспечение, так как возможность оказания квалифицированной медицинской помощи населению значительно уменьшилась. Это объяснялось большим отвлечением сил и средств в военные медицинские учреждения и на противоэпидемическую работу. Основная часть оставшихся резервов была направлена на оборонные предприятия.

Нехватка кадров высшего и среднего медперсонала, слабость материальной базы здравоохранения в первую очередь отразились на самом массовом виде медицинской помощи населению — амбулаторно-поликлинической сети. Центральные органы здравоохранения неоднократно в своих документах отмечали недостаточность лечебной помощи, оказываемой населению через поликлиники и амбулатории, её неудовлетворительное качество. [1]

Медицинское обслуживание – это организационно-медицинская работа, обеспечивающая проведение медицинских осмотров, профилактических и оздоровительных мероприятий, санитарно-просветительную работу, оказание медицинской помощи и внедрение эффективных форм профилактики и оздоровления населения.

Целью нашего исследования было определить качество медицинского обслуживания в Удмуртской Автономной Советской Социалистической Республике в 1940 и в 1942 годах, а также сравнить кадровый состав в различных городах республики.

Задачи :

- Изучить архивные материалы на базе ГКУ «ЦГА УР – Архивная служба Удмуртии»
- На основании полученных данных методом статистического анализа определить качество медицинского обслуживания в Удмуртской Автономной Советской Социалистической республике в 1940 и в 1942 годах

- Сделать выводы из полученных данных

Материалы и методы : нами были проанализированы архивные данные на базе ГКУ «ЦГА УР – Архивная служба Удмуртии»

Полученные результаты :

**Обеспеченность населения внебольничной помощью по городу Сарапулу.
Мобилизационный период.**

Наименование амбулатории	В мирное время		В период мобилизации	
	По какой специальности ведётся приём	Количество врачебных приёмов в день по каждой специальности	По какой специальности ведётся приём	Количество врачебных приёмов в день по каждой специальности
Амбулатория 1	Терапевт	3 на 105чел	Терапевт	4 на 140чел
	Хирург	2 на 100чел	Хирург	1 на 50чел
	Гинеколог	2 на 70чел	Гинеколог	2 на 70чел
	Невропатолог	1 на 50чел	Невропатолог	1 на 50чел
	Глазной	2 на 80чел	Глазной	1 на 40чел
	Ухо-Горло	1 на 40чел	Ухо-Горло	1 на 40чел
	Зубной	3 на 48чел	Зубной	2 на 48чел
Всего:	14 на 493		12 на 422	
Амбулатория 2	Скорая помощь	1	Скорая помощь	1
	Помощь на дому	1	Помощь на дому	-
	Терапевт	1 на 35чел	Терапевт	-
	Хирург	1 на 50чел	Хирург	1 на 50чел
	Гинеколог	1 на 35чел	Гинеколог	1 на 35чел
Всего:	4 на 136		2 на 85	
Поликлиника	Терапевт	1 на 35чел	Терапевт	1 на 35чел
	Зубной	2,5 на 40чел	Зубной	2 на 3 чел
	Зубопротезник	2 на 20чел	Зубопротезник	-
	Физиотерапевт	1 на 35чел	Физиотерапевт	1 на 35чел
	Всего:	6,5 на 130		4 на 102
Диспансер	Дермо-венеролог	2 на 80	Дермо-венеролог	-
Лечеб.	Физиотерапевт	1	Физиотерапевт	1
Баклаб.	Анализы	2 на 50	Баклаб.	1 на 25
Малярная станция		1 на 56	Малярная станция	-
Здравпункты		2	Здравпункты	2
Детлечпрофамбул.	Терапевт	1,5 на 52чел	Терапевт	0,5 на 17чел
	Глазной	1 на 16чел	Глазной	-
	Ухо-горло	0,5 на 20чел	Ухо-горло	-
	Зубной	1,5 на 24чел	Зубной	-
	Помощь на дому	1	Помощь на дому	-
	Микро-педиатр	1 на 30чел	Микро-педиатр	1 на 30чел
Всего	6 на 142		1,5 на 47	
Школьные врачи		4,5		4,5
Дет-жен. консулт	Детское	2 на 60чел	Детское	2 на 60чел
	Женское	1 на 25чел	Женское	1 на 25чел
Всего:	3 на 85		3 на 85	
Туб.диспасер	Детский	1 на 30чел	Детский	1 на 30чел
	Взрослый	2 на 50чел	Взрослый	2 на 50чел
Всего:	3 на 80		3 на 80	
Туб.санаторий	Легочное	1 на 25чел	Легочное	1 на 25чел
	Костное	1 на 25чел	Костное	1 на 25чел
	Рентген	1 на 34чел	Рентген	-
Всего:	3 на 84		2 на 50	

**ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО МЕДСАНЧАСТИ ПО МОБИЛИЗАЦИОННОМУ ПЛАНУ
ЗАВОДА НОМЕР 71(ИЖЕВСК) НКВ-СССР**

Наименование показателей	1938 год		1939 год		Заявка на 1940 г	
	отчетн.	план	По отчёту за 6 месяцев	Ожидаемое исполнени е	По заводу 71	Всего
Число врачебных здравпунктов	1	1	1	1	1	1
Число цеховых филиалов	13	16	8	8	9	9
Из них врачебных	3	-	-	3	4	4
Число врачебных единиц всего	13	21	14	20	21	21
В том числе центральных пунктов	10	15	14	17	17	17
В цеховых филиалах	3	6	-	3	4	4
Число среднего медперсонала всего	39	59,5	58	65	59	59
Число пунктов первой помощи	14	17	19	17	10	10
В них среднего медперсонала	39	59,5	58	65	59	59
Число амбулаторных учреждений	1					
В них врачебных единиц	16	17	16	17		17
Из них зубных	6	6	5	6		6
Среднего медперсонала	34	45,5	45	45		45,5
Врачебных посещений	309325	118300		120000		46544 4
	465444					
Посещения у среднего медперсонала	272088			73868	75000	
Стационарных учреждений					1	1
В них коек					40	40
Дневной диспансер					1	1
В них врачебных единиц					20	20
Из них зубных					2	2
Среднего медперсонала					13	13
Врачебных посещений						121625
Посещений у среднего медперсонала						136500
Вечерний диспансер	1			1	1	1
В нём врачебных единиц				29	25	25
Из них зубных				2	2	2
Среднего медперсонала				12	16	16
Врачебных посещений					112440	116940

Вывод: По результатам проведенной нами исследовательской работы можно сделать вывод, что

в период мобилизации кадрового состава врачей не хватало. В амбулатории номер 1 по городу Сарапул в мирное время было 14 врачей, в период войны – 12 врачей. В амбулатории номер 2 по городу Сарапул в мирное время было 4 врача, а в военное 2 врача.

В 1940 году по городу Ижевску уменьшилось число цеховых филиалов, уменьшилось число пунктов первой помощи.

При планировании на военное время изменяли состав сельский медицинской помощи. В связи с уходом врачей, заменяли их опытными фельдшерами из числа невоеннообязанных.

В плане работы в военное время здравпунктов на предприятиях, переводили врачебные здравпункты на фельдшерское обслуживание. Также пытались совместить многие узкие специальности, например терапевт-инфекционист.

Библиографический список :

1. Давыдова Ю.А. Медицинское обслуживание населения сибирских городов в годы Великой Отечественной войны // Актуальные проблемы социально-политической истории Сибири

(XVII-XX вв.): Бахрушинские чтения 1998 г.; Межвуз. сб. науч. тр. / Под ред. В. И. Шишкина; Новосиб. гос. ун-т. Новосибирск, 2001 С. 159-170.

Абрамова В.А.
Тажимова Л.Я.
Адилходжаева З.Х.
Мадрахимов Б.С.

Ташкентская Медицинская Академия

УДК 616.53-002.25

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ПИЛИНГОВ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ КОЖИ

EFFICIENCY OF THE APPLICATION OF CHEMICAL PEELINGS IN PATIENTS WITH THE EFFECTS OF HEATING DISEASES OF THE SKIN

Аннотация. Приведены результаты изучения влияния акне на психоэмоциональный статус и качество жизни пациентов разных возрастных групп. Проведена открытая многоцентровая проспективная наблюдательная программа по оценке клинической эффективности и влияния на качество жизни применения химических пилингов у подростков при лечении акне легкой и средней степени тяжести в рутинной клинической практике.

Abstract. The results of studying the influence of acne on the psychoemotional status and quality of life of patients of different age groups are presented. An open multicenter prospective observational program was conducted to assess the clinical efficacy and effect on the quality of life of chemical peelings in adolescents in the treatment of mild to moderate acne in routine clinical practice.

Ключевые слова: акне, постакне, угревой сып, визитная карточка, химические пилинги.

Key words: acne, post acne, acne, business card, chemical peelings.

Постакне – обобщающее понятие, охватывающее комплекс стойких изменений кожи, которые являются следствием длительно существующей угревой сыпи и себореи, а также манипуляций, проводимых для лечения этих заболеваний [1].

Симптомокомплекс постакне начинает развиваться, как правило, на фоне эволюции первичных папулезных и пустулезных элементов уже на ранних стадиях заболевания и требует отдельной терапевтической стратегии. Чем дольше срок существования постакне, тем сложнее терапевтические мероприятия, направленные на их коррекцию [2].

Угревую болезнь (акне) можно рассматривать как часто встречающееся хроническое заболевание кожи. Несомненно, что 85% пациентов с акне – это молодые лица в возрасте от 12 до 25 лет, но, к сожалению, из них у 12% женщин и 3% мужчин заболевание принимает персистирующий торпидный к проводимой терапии характер. В связи со сложностью патогенетических механизмов возникновения заболевания и возникающими осложнениями, терапия акне не всегда является эффективным [3].

Актуальность лечения последствий угревой болезни кожи обусловлена основной локализацией поражения – это лицо, так называемая «визитная карточка» человека. Развитие постакне влияет на социальную адаптацию пациентов, может приводить к выраженному ухудшению качества жизни пациента вплоть до депрессий и суицидальных попыток [4].

В настоящее время с целью косметологической коррекции инволюционных изменений кожи, а также при лечении постакне большое распространение получил химический пилинг (эксфолиация) [5]. Предполагается, что все пилинги должны вызывать три стадии замены ткани, а именно: разрушение, устранение и регенерацию, которые сопровождаются контролируемой воспалительной реакцией. Основные требования, предъявляемые к химическим пилингам – безопасность, нетоксичность, контролируемость, короткий период реабилитации [6].

Целью работы явилось изучение эффективности и безопасности применения поверхностного и срединного химических пилингов у пациентов с последствиями угревой болезни кожи.

Материалы и методы. В исследование были включены 20 пациентов с постакне, в возрасте от 18 до 30 лет с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет. У 12 (60%) пациентов постакне

локализовались только на лице, у 8 (40%) пациентов – на лице и спине.

Пациенты предъявляли жалобы на расширение пор, рубцы, поствоспалительную гипер- и гипопигментацию, неравномерную текстуру и сосудистые изменения кожи (стойкая эритема, телеангиэктазии, застойные пятна).

При этом у 10 пациентов проявления постакне были менее выраженными, и им применялся поверхностный 70% гликолевый пилинг местно, 1 раз в неделю, курсом 3-6 процедур.

Вторую группу составили также 10 пациентов с более выраженными проявлениями постакне, им проводилась процедура срединного пилинга 1 раз в 7-14 дней, курсом 2-3 процедуры на проблемные участки кожи.

При поверхностном применении кожа подвергалась более щадящему воздействию кислот на липиды рогового слоя кожи и целенаправленному воздействию на корнеодесмосомы (белковые «перемычки»), в результате чего достигалась ровная десквамация по всей поверхности нанесения.

При срединном пилинге 15-35% трихлоруксусной кислотой (ТСА пилинг) затрагивались более глубокие слои.

Постпилинговый уход включал использование увлажняющих и фотозащитных косметических средств.

Результаты. После срединного пилинга развивался отек и покраснение кожи. Отек проходил в течение 3-х дней, а покраснение - в течение недели. Заживление кожи наступало в срок от 5 дней до 10 дней в зависимости от силы воздействия. При поверхностном пилинге отсутствовали гиперемия и шелушение, ощущение дискомфорта, что позволяло пациентам сохранять социальную активность. Положительный эффект отмечался в обеих группах после первых процедур. Однако для достижения хорошего косметического эффекта проводилось несколько процедур (от 2 до 6).

При поверхностном пилинге наблюдалось восстановление цвета, повышение акустической плотности и эластичности, выравнивание рельефа при неглубоких атрофических рубцах различной этиологии, устранение дисхромии (поверхностной пигментации и поствоспалительных пятен). Заживление кожи после срединного пилинга способствовало образованию большего количества коллагена, что приводило к уменьшению глубины рубцов, и они становились менее заметными. Цвет кожи на месте постакне становился ближе к естественному за счет осветления участков пигментации и рассасывания вторичных пятен.

Всем пациентам была рекомендована поддерживающая терапия 2 раза в год проводить курсом данные процедуры совместно с другим лечением.

Таким образом, проведенное нами исследование подтвердило высокую эффективность и безопасность применения химических пилингов в коррекции и лечении постакне, обеспечивающих патогенетический подход к терапии заболевания и хорошую переносимость лечения.

Библиографический список:

1. Ахтямов С.Н. Практическая дерматокосметология. Акне, рубцы постакне и акнеиформные дерматозы.- М.- 2010.- с. 280.
2. Забненкова О.В. Коррекция поствоспалительных изменений кожи у больных акне // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология.- 2009.-№ 6.- С.21-28.
3. Кузьмина Т.С. Химические пилинги в эстетической дерматологии// Экспериментальная и клиническая Вестник АГИУВ №2 2013г. 12 дерматокосметология.-2008.-№ 5.-С.24-28.
4. Кунгуров Н.В., Толстая А.И., Зильберберг Н.В., Голиков М.Ю. Современные методы коррекции рубцов постакне. Обзор литературы // Уральский медицинский журнал.- 2011.- № 8.- С. 97-104.
5. Рудых Н.М. Изучение качества жизни у пациентов с угревой болезнью// Тезисы докладов 4 НПК «Санкт- Петербургские дерматологические чтения».- СПб.- 2010.- С 145-147.
6. Ширшакова М.А. Использование косметологических методов в комплексной терапии угревой болезни // Пластическая хирургия и косметология.- 2010.- № 2.- С. 267-277.

**Абрамова В.А.
Тажимова Л.Я.
Адилходжаева З.Х.
Мадрахимов Б.С.**

Ташкентская Медицинская Академия

УДК 616.53-002.25

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АКНЕ И ПОСТАКНЕ

MODERN APPROACHES TO ACNE TREATMENT AND DELIVERY

Аннотация. Описаны основные методы современной косметологии для лечения акне и постакне, такие как химические пилинги, мезотерапия, введение обогащенной тромбоцитами плазмы, биоревитализация. Рассмотрены показания для их применения и воздействие на различные звенья патогенеза акне.

Abstract. The article represents state-of art methods of acne and post acne treatment, such as peelings, mesotherapy, using of platelet-rich plasma, biorevitalization; indications and influence in pathogenesis of acne.

Ключевые слова: акне, постакне, химические пилинги, мезотерапия, биоревитализация, богатая тромбоцитами плазма.

Keywords: acne, post acne, chemical peelings, mesotherapy, biorevitalization, platelet-rich plasma.

Угревая болезнь (акне, вульгарные угри) – это хроническое рецидивирующее мультифакториальное заболевание сально-волосяных фолликулов [1]. Акне страдают в среднем от 60 до 80% людей в возрасте 12–24 лет. При благоприятном течении процесс завершается к 18–22 годам. Но в 20% случаев регресс идет медленно, и акне сохраняются и в возрасте 25–34 лет (8% случаев) и в возрасте 35–44 лет (3%). У некоторых пациентов (чаще у женщин) заболевание продолжается на протяжении всей жизни. Примерно у 2% развиваются тяжелые узловатые и флегмонозные формы угревой болезни с формированием атрофических и гипертрофических рубцов, очагов гиперпигментации и застойных пятен, телеангиоэктазий. В настоящее время сформировался термин «постакне», который включает в себя симптомокомплекс вторичных высыпаний, развившихся в результате эволюции различных форм воспалительных акне. Наиболее часто встречаются следующие проявления постакне: гиперпигментация, патологические рубцы, а также формирование атером и милиумов. Клинические проявления акне и постакне оказывают неблагоприятное влияние на пациентов, способствуя возникновению психосоциальной дезадаптации. Пациенты с акне часто дистанцируются от общества даже при нетяжелых формах дерматоза, среди них высок процент безработных и одиноких людей [3, 12]. В связи с этим врачу дерматокосметологу важно назначить эффективную и безопасную терапию акне, а также провести коррекцию косметических дефектов при постакне.

Патогенез. Важное звено патогенеза – наследственно обусловленная гиперандрогения. Она может выражаться в виде увеличения количества гормонов (абсолютная гиперандрогения) или в виде повышения чувствительности рецепторов к нормальному количеству андрогенов (относительная гиперандрогения). На фоне нарушений в гормональной сфере происходит гипертрофия сальных желёз и усиленная секреция себума, а также фолликулярный гиперкератоз в протоке сально-волосяного фолликула и бактериальная гиперколонизация *P.acnes*. При этом происходит гидролиз кожного сала бактериальными липазами до свободных жирных кислот, что способствует воспалению [13].

Лечение и реабилитация пациентов с акне требует комплексного подхода. Пациентам с тяжелыми формами акне целесообразно назначать системную терапию изотретиноином. Для лечения акне средней и легкой степени, а также для коррекции постакне специалисты располагают многообразием наружных лекарственных средств и методик терапевтической косметологии. Косметологические методы лечения традиционно используются в качестве вспомогательных в процессе фармакотерапии и как основные после ее завершения.

Арсенал современной косметологии включает фототерапию, УЗ- воздействие, мезотерапию, химические пилинги – словом, комплекс методов, позволяющих оказывать прицельное локальное воздействие.

Цель. Косметологической терапии акне – в первую очередь санация кожи, восстановление ее барьерных свойств и системы антибактериальной защиты, а также эксфолиация утолщенного рогового слоя с последующей нормализацией кератинизации и эвакуации кожного сала.

Кроме того, важно предотвратить формирование рубцов и пигментных пятен при заживлении акне элементов. Результатом комплексного косметологического воздействия должно стать устранение гиперколонизации микроорганизмами, гиперкератоза, восстановление физиологической кератинизации, разрешение акне-элементов без патологического рубцевания и поствоспалительной пигментации [11].

В период обострения угревой болезни возможно проведение санации очагов воспаления методами фототерапии (ФДТ, лазеротерапия). Ультразвуковая терапия и фонофорез с противовоспалительными препаратами применяются при инфильтративных и узловато-кистозных формах акне.

Криотерапия назначается при папуло-пустулезных высыпаниях [2]. Курс состоит из 10–15 процедур, выполняется 2–3 раза в неделю. Криотерапия оказывает противовоспалительное и подсушивающее действие, снижает салоотделение и способствует рассасыванию инфильтратов. Кроме того, воздействие холодом вызывает сужение кровеносных сосудов и уменьшает покраснение кожи. Возможны аппликации хладагентов локально, непосредственно на воспалительные элементы.

Показания для проведения **химических пилингов**: комедональная и папуло-пустулезная формы акне, а также атрофические рубцы и поствоспалительная гиперпигментация (рис. 1, 2) [10]. С помощью химических пилингов можно воздействовать на одно из звеньев патогенеза акне – патологический фолликулярный гиперкератоз. Альфа-гидроксикислоты, по данным многочисленных исследований, способствуют устранению фолликулярного гиперкератоза, ускоряя процесс эксфолиации [6, 9]. Они также оказывают комедонолитическое действие, способствуют уменьшению перифолликулярного воспаления и развития интерстициального фиброза, уменьшают размер пор и предотвращают формирование новых воспалительных акне-элементов.

Таблица 1. Химические пилинги при акне [10]

Достоинства	Недостатки
Быстрое устранение гиперкератоза. Облегчение удаления комедонов. Санация кожи. Осветление поствоспалительных пигментных пятен. Сглаживание рубцов. Сокращение пор. У пациентов старшего возраста одновременная коррекция инволюционных изменений кожи.	Без поддерживающей терапии гиперкератоз быстро восстанавливается. Риск обострения высыпаний. Недостаточная эффективность эксфолиантов при воспалительных формах акне.

Клинические наблюдения подтверждаются данными гистологических исследований [2]. После проведения пилинга снижается рН на поверхности кожи, улучшается отток содержимого фолликула, устраняются анаэробные условия, необходимые для размножения *P.acnes* и уменьшается степень микробной колонизации кожи *P.acnes* с $2,0 \times 10^6$ до $2,1 \times 10^4$ КОЕ/мл, то есть практически в 100 раз [2, 4].

Выполнение поверхностных химических пилингов с альфа-гидроксикислотами позволяет достичь регресса дисхромий в 92,2% случаев и псевдоатрофий в 54,4% случаев, но практически не влияет на количество рубцовых деформаций [4].

Большинство химических пилингов содержат гликолевую кислоту. Установлено, что гликолевая кислота индуцирует высвобождение кератиноцитами цитокинов, которые влияют на обновление матрикса и синтез нового коллагена фибробластами дермы [8]. Этот эффект клинически приводит к устранению застойных пятен, выравниванию и сглаживанию рельефа кожи. Под действием гликолевой кислоты увеличивается толщина эпидермиса за счет живых клеток, повышается уровень гиалуроновой кислоты в эпидермисе и дерме [7, 8]. Показания для гликолевого пилинга: комедональная форма акне с преобладанием открытых комедонов, а также выраженный гиперкератоз [4, 5]. В протоколах лечения акне пилинги с высокой концентрацией гликолевой

кислоты (50–70%) и низким значением pH (менее 2). При папуло-пустулезной форме акне в среднем требуется 6–10 процедур, при комедональной форме эффект достигается быстрее [2].

Молочная кислота входит в состав комплекса натурального увлажняющего фактора рогового слоя кожи. При акне происходит дезорганизация липидного барьера из-за изменения биохимического состава себума, это способствует повышению чувствительности кожи и хронизации воспалительного процесса. В ряде научных работ показано, что молочная кислота обеспечивает нормализацию качественного и количественного состава липидов поверхности кожи при акне, что приводит к укреплению барьерных свойств кожи [2, 6, 11].

У миндальной кислоты терапевтический эффект слабее по сравнению с гликолевой, но и раздражающее действие менее выражено. Кроме того, ее бактерицидное действие делает целесообразным применение миндальной кислоты в составе комбинированных пилингов для лечения акне [11].

Таблица 2. Обоснование выбора методов косметологического лечения акне

Характеристика метода	Химический пилинг	Терапия БотП	Биоревитализация	Мезотерапия
Цель применения	Санация кожи. Устранение гиперколонизации P.acnes. Стимуляция процессов регенерации.	Санация очагов, восстановление собственной антибактериальной защиты. Восстановление механизмов иммунной защиты.	Оптимизация свойств внеклеточного матрикса дермы. Стимуляция процессов ранозаживления.	Стимуляция механизмов иммунной защиты. Стимуляция регенерации. Нормализация кератинизации.
Механизм действия	Эксфолиация. Снижение уровня pH на поверхности кожи. Комедонолитическое действие	Противовоспалительное действие. Восполнение дефицита факторов роста, стимулирующих процесс заживления.	Противовоспалительное действие. Себостатическое действие. Антиоксидантное действие.	Себорегулирующее действие. Депигментирующее действие Антиоксидантная активность. Кератолитическое действие
Предполагаемый результат	Устранение гиперкератоза. Уменьшение размера пор. Выравнивание рельефа кожи. Уменьшение количества новых акне-элементов. Уменьшение дисхромий.	Регресс угревых высыпаний. Активизация регенераторных процессов. Выравнивание рельефа кожи. Нормализация себопродукции.	Нормализация себопродукции Уменьшение количества воспалительных элементов. Восстановление процессов регенерации. Увлажнение кожи.	Нормализация себопродукции. Восстановление регенерации. Уменьшение Поствоспалительной гиперпигментации.

Салициловая кислота оказывает антибактериальное, противовоспалительное и комедонолитическое характеристика метода Химический пилинг Терапия БотП Биоревитализация Мезотерапия Цель применения Санация кожи. Устранение гиперколонизации P.acnes. Стимуляция

процессов регенерации. Санация очагов, восстановление собственной антибактериальной защиты. Восстановление механизмов иммунной защиты. Оптимизация свойств внеклеточного матрикса дермы. Стимуляция процессов ранозаживления, стимуляция механизмов иммунной защиты, стимуляция регенерации, нормализация кератинизации, механизм действия эксфолиация. Снижение уровня рН на поверхности кожи. Комедонолитическое действие противовоспалительное действие. Восполнение дефицита факторов роста, стимулирующих процесс заживления, противовоспалительное действие, себостатическое действие, антиоксидантное действие, себорегулирующее действие. Также выявлено ее фотопротекторное действие при местном применении [3, 9]. По результатам двойного слепого рандомизированного контролируемого исследования, сравнительная эффективность пилингов на основе 30% гликолевой кислоты и 30% салициловой кислоты при лечении пациентов с акне сопоставима [5]. Но спустя 2 месяца после завершения курса лечения результаты использования салицилового пилинга были более убедительными. Сравнительное исследование эффективности лечения акне с помощью 30% салицилового пилинга и раствора Джесснера показало примерно одинаковую эффективность в отношении воспалительных элементов [12].

В клинической практике чаще применяются комбинированные составы для пилингов. Использование соединений с липофильными и гидрофильными свойствами позволяет расширить возможности пилингов. При таком подходе удается достигнуть наибольшей выраженности противовоспалительного, комедонолитического, себостатического, увлажняющего эффектов, а также нормализации репаративных процессов. Несомненное преимущество применения пилингов при акне у взрослых женщин – одновременная профилактика и коррекция инволюционных изменений кожи. Тем не менее при проведении химических пилингов необходимо учитывать и минусы этого метода (табл. 1) [10].

Мезотерапия – еще один эффективный метод дерматокосметологии. Сеансы мезотерапии будут эффективны при наличии комедонов, воспалительных элементов без гнойного содержимого, атрофических рубцов постакне, застойных пятен, вторичной поствоспалительной гиперпигментации. Наличие элементов с гнойным содержимым является противопоказанием для проведения мезотерапии [7].

По действию все препараты для мезотерапии можно условно разделить на несколько групп:

- препараты для устранения гиперкератоза (мезопилинг гидроксикислотами);
- препараты для иммунокоррекции и профилактики появления воспалительных элементов;
- препараты с себостатическим действием;
- препараты, способствующие созданию оптимальной среды для функционирования клеток кожи;
- препараты для устранения постакне (атрофические рубцы, застойные пятна, гиперпигментация и т. д.).

В качестве препаратов для сеанса мезотерапии могут использоваться микроэлементы (сера, цинк, германий и др.), витамины (рибофлавин, фолиевая кислота, аскорбиновая кислота), аминокислоты (лизин). При сочетанном применении они способствуют улучшению иммунитета, обмена веществ, регенерации кожи, обладают себорегулирующим, кератолитическим, депигментирующим и противовоспалительным действием. Могут использоваться две схемы: пошаговая и комплексная. При применении пошаговой схемы введение коктейлей осуществляется следующим образом: на начальном этапе действие направлено на устранение гиперкератоза и достижение противовоспалительного эффекта во время первых 3–5 сеансов курса; затем на нормализацию себопродукции и увлажнение кожи во время следующих сеансов (7–10 сеансов). При применении комплексной схемы во всех процедурах курса для инъекций используются комплексные коктейли, действие которых направлено сразу на все основные составляющие патогенеза акне (гиперкератоз, гиперпродукцию кожного сала, воспаление сальной железы).

В составе комплексных препаратов могут использоваться витамин А, который ускоряет регенерацию эпидермиса и дермы, способствует восстановлению липидного барьера, снижает уровень медиаторов воспаления, активизирует фагоцитоз; витамины группы В, С, Е, обладающие противовоспалительным, антигипоксическим, антиоксидантным эффектами. Защищая мембраны иммунокомпетентных клеток от повреждения, они оказывают положительное действие на иммунный статус кожи. Это действие распространяется как на неспецифические, так и на специфические (гуморальный и клеточный) звенья иммунитета. Отбеливающий эффект витамина С позволяет

существенно снизить проявления пост-воспалительной гиперпигментации при постакне.

Для себорегулирующего действия могут использоваться препараты, в состав которых входят цинк и сера. Цинк опосредованно ингибирует действие фермента 5-альфа-редуктазы, это ведет к снижению чувствительности андрогензависимых рецепторов, а также играет важную роль в регенерации кожи. Сера обладает кератопластическими и противомикробными свойствами, она входит в состав аминокислот, которые участвуют в синтезе антиоксиданта глутатиона. Селен (Se) входит в состав глутатион-пероксидазы, защищающей биологические мембраны от повреждающего действия свободных радикалов. Медь участвует в синтезе супероксиддисмутазы – одного из внутриклеточных противовоспалительных ферментов. Комплексные соединения меди оказывают антибактериальное действие. При патологических процессах происходит выработка специфических белков – иммуноглобулинов, в синтезе которых принимает участие медь. Органический кремний (Si) потенцирует действие других микроэлементов в препарате. Для улучшения микроциркуляции, обмена веществ, укрепления стенок капилляров используются экстракт гинго-билоба, витамин С. Рутин и экстракт мелилота обеспечивают дренажное действие, предотвращают появление очагов гиперпигментации и застойных пятен.

Техники введения: классическая, поверхностный и срединный наппаж. Мезотерапевтический курс обычно состоит из 10–12 процедур, которые проводятся один раз в 7 дней. Для каждого пациента курс лечения подбирается индивидуально.

Биоревитализация (инъекции препаратов нестабилизированной гиалуроновой кислоты). Наиболее часто препараты гиалуроновой кислоты используются для коррекции атрофических рубцов после акне [12]. Однако препараты на основе высокомолекулярной гиалуроновой кислоты, используемые для биоревитализации, обладают еще и выраженным противовоспалительным действием, в отличие от препаратов на основе низкомолекулярной гиалуроновой кислоты, которые обладают провоспалительным потенциалом. Высокомолекулярная гиалуроновая кислота участвует в обеспечении защиты клеток и внеклеточных структур от окислительной дегградации, то есть поддерживают структурную целостность тканей, что важно для оптимизации процесса ранозаживления и формирования исхода заболевания [9]. Эфиры высокомолекулярной гиалуроновой кислоты оказывают выраженное себорегулирующее действие.

Для лечения угревой болезни и постакне ряд авторов в своих работах в последнее время обосновывают целесообразность применения **богатой тромбоцитами плазмы (БотП)**.

В богатой тромбоцитами плазме активированные тромбоциты секретируют комплекс факторов роста, таких как тромбоцитарный фактор роста, фактор роста фибробластов, эпителиальный фактор роста, фактор роста эндотелия сосудов, трансформирующий фактор роста. Тромбоцитарный фактор роста стимулирует клеточную пролиферацию, ангиогенез, синтез коллагена. Фактор роста фибробластов способствует стимуляции синтеза коллагена и гиалуроновой кислоты, репарации тканей. Трансформирующий фактор роста и эпителиальный фактор роста стимулируют пролиферацию эпителиоцитов, ангиогенез и репарацию тканей. Фактор роста эндотелия сосудов стимулирует ангиогенез. Помимо факторов роста богатая тромбоцитами плазма содержит интерлейкины 1, 1 α , 8; матриксные протеиназы ММП 1 и 2, тканевые ингибиторы матриксных протеиназ ТИМП 1, 2, 4; фактор стволовых клеток; адгезивные белки, факторы свертывания крови, антимикробные пептиды, высвобождающиеся при дегрануляции клеток. Комплекс факторов роста стимулирует пролиферацию и дифференциацию клеток, ангиогенез, синтез компонентов внеклеточного матрикса, оказывает антимикробное действие [11].

При интрадермальном введении БотП нормализуются процессы кератинизации, отмечается повышение уровня RANTES (антимикробного пептида, регулятора Т-клеточной экспрессии и секреции) и липоксина А4 (метаболит арахидоновой кислоты, ингибитор ряда эффектов лейкотриена). За счет содержания комплекса факторов роста происходит оптимизация регенерации. Что позволяет обеспечить профилактику постэруптивных изменений. Кроме того, в составе БотП обнаружен антимикробный пептид дефензин-3 в бактериостатической концентрации [11].

БотП вводится путем интрадермальных инъекций в зонах локализации акне-элементов. Объем препарата за один сеанс может составлять от 4 до 8 мл. Курс состоит из нескольких процедур, которые проводятся с интервалом не менее 3 недель. В некоторых случаях эффект может наступить уже после первой процедуры. В результате терапии БотП происходит регресс угревых высыпаний, нормализуется себопродукция и выравнивается рельеф кожи [5].

В табл. 2 представлена сводная краткая характеристика методов косметологического лечения

акне.

Правильно назначенная комбинированная терапия, которая включает методы с разным механизмом действия, не только уменьшает проявления акне, но и оказывает ревитализирующий эффект на кожу. Результат от такого лечения наступает быстро и сохраняется продолжительное время. Важно информировать пациентов о необходимости поддерживающей и противорецидивной терапии и тщательного регулярного ухода за кожей.

Библиографический список:

1. Акне и розацеа / под ред. Н.Н.Потекаева. – М.: Бином, 2017. – 216 с.
2. Альбанова В.И., Забненкова О.В. Угри. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. Практическая дерматокосметология / учеб. пособие. – М.: Медицина, 2013. – С.270–277.
4. Забненкова О.В. Комплексное лечение acne vulgaris и коррекция поствоспалительных изменений кожи с использованием альфа-гидроксильных кислот: автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2014.
5. Кардашева Д.З. // Эстетическая медицина. – 2011. – №10. – С.3–8.
6. Марголина А., Эрнандес Е. Новая косметология. Том 1. – М.: Косметика и медицина, 2015.
7. Парфенова И.А., Юдина Д.Н. // «Вестник дерматология» Мезотерапия. – 2011. – №3. – С.50–57.
8. Парфенова И.А. // Мезотерапия. – 2011. – №4. – С.38–46.
9. Петрович А. // Инъекционные методы в косметологии. – 2009. – №1. – С.42–47.
10. Полонская Н. Пилинги. Ключ к пониманию. – М.: Academia, 2008.
11. Русова М.В. // Инъекционные методы в косметологии. – 2013. – №3. – С.106–115.
12. Чайковская Е.А., Парсагашвили Е.Г. // «Практическая дерматовенерология» Инъекционные методы в косметологии. - 2014– №4. – С.20–29.
13. Марголина А., Эрнандес Е. Новая косметология. Том 1, 2, 3. – М.: Косметика и медицина, 2015.

Вострокнутова Анастасия Юрьевна
Vostroknutova Anastasiya Yurevna
ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, город Оренбург

Горина Елена Александровна
Gorina Elena Alexandrovna
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, город Санкт-Петербург

УДК 615.015

СИСТЕМА УЧЕТА НАРКОТИЧЕСКИХ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

SYSTEM OF ACCOUNTING OF NARCOTIC AND PSYCHOTROPIC DRUGS IN THE HOSPITAL

Аннотация: В статье указаны основные организационные и правовые аспекты учета наркотических и психотропных веществ в лечебно-профилактических учреждениях

Abstract: The article identifies the main organizational and legal aspects of the registration of narcotic and psychotropic substances in the hospital

Ключевые слова: наркотические вещества, психотропные препараты, учет, журналы, списание

Keywords: drugs, psychotropic drugs, accounting, journals, write-off

Введение. В Российской Федерации наркотические и психотропные вещества подвергаются определенной процедуре списания, которая регулируется Приказом Минздрава РФ от 28 марта 2003 г. № 127 "Об утверждении Инструкции по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ, входящих в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным"

При этом медицинские работники заполняют большое количество журналов и учетных форм, что под влиянием человеческого фактора неизбежно приводит к ошибкам, влекущим за собой административную и уголовную ответственность. Кроме того, рост наркомании в Российской Федерации вынуждает проводить строгий контроль за применением наркотических и психотропных веществ. [1]

Цель: изучение особенностей списания ампул наркотических и психотропных веществ

Материалы и методы: анализ правовой литературы по изучаемой проблеме

Наркотические и психотропные вещества - особый вид лекарственных средств, применяющихся при лечении определенных заболеваний. Их назначение и выписка больным, находящимся в стационаре и на амбулаторном лечении, имеет свои особенности. Согласно п. 2.1.1, 2.1.2 Порядка назначения и выписывания лекарственных средств их назначение должно быть согласовано с лечащим врачом, с заведующим отделением, а в экстренных случаях - с ответственным дежурным врачом или другим лицом, уполномоченным приказом главного врача лечебно-профилактического учреждения, а также с клиническим фармакологом.[2] Когда больной находится на амбулаторном лечении, то назначение ему данных препаратов осуществляется лечащим врачом по решению врачебной комиссии (п. 3.7.1 Порядка назначения и выписывания лекарственных средств). Поскольку такие средства при необоснованном применении могут нанести огромный вред здоровью человека, имеется обширная нормативная база, регулирующая вопросы не только их назначения, но и поступления в учреждение здравоохранения, отпуска физическим лицам, уничтожения, хранения и учета. [2]

Правовые аспекты государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности регулируются Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах" (далее - Закон о наркотических средствах). [6] В нем определен перечень списков наркотических средств (список I, список II), психотропных веществ (список III) и их прекурсоров (список IV), подлежащих контролю в

Российской Федерации, рассмотрены особенности деятельности, связанной с оборотом данных веществ, а также использования их в медицинских целях и т.д. Упомянутые списки, в свою очередь, утверждены Постановлением N 681 [5].

В соответствии со ст. 31 Закона о наркотических средствах в лечебных целях могут использоваться наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в списки II и III. Однако стоит учесть, что лечение от наркомании больных наркотическими средствами и психотропными веществами, внесенными в список II, в Российской Федерации запрещено. Деятельность лечебно-профилактического учреждения, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, включает в себя их изготовление, хранение, перевозку, отпуск, реализацию, приобретение и использование. Поскольку для оказания определенных медицинских услуг учреждения здравоохранения приобретают, хранят и используют данные вещества, то их деятельность связана с оборотом названных выше средств и веществ.

Согласно п. 2 ст. 8 Закона о наркотических средствах деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, подлежит лицензированию и осуществляется в соответствии с международными договорами РФ и законодательством РФ. Порядок лицензирования данной деятельности определяется Постановлением N 648. В нем предусмотрено, что лицензия на осуществление деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ, предоставляется на 5 лет. Срок ее действия может быть продлен в порядке, предусмотренном для переоформления лицензии. Поскольку для осуществления медицинской деятельности учреждения здравоохранения приобретают, хранят и используют данные вещества, то они обязаны иметь лицензию.

При этом согласно ст. 39 Закона о наркотических средствах, если учреждение осуществляет деятельность, связанную с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, оно должно вести журнал регистрации операций, связанных с оборотом этих средств и веществ, и журнал регистрации операций, связанных с оборотом прекурсоров этих средств и веществ. Формы этих журналов утверждены Постановлением Правительства РФ от 04.11.2006 N 644 "О порядке представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрацией операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров"

Данным постановлением установлены правила ведения и хранения специальных журналов регистрации, в соответствии с которыми запись операций, связанных с оборотом указанных средств, ведется по каждому наименованию средств на отдельном развернутом листе журнала или в отдельном журнале регистрации. Любые операции, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, должны заноситься в журналрегистрации.

Журналы регистрации должны быть сброшюрованы, пронумерованы и скреплены подписью руководителя учреждения здравоохранения и печатью юридического лица. Руководитель учреждения назначает лиц, ответственных за ведение и хранение журналов регистрации, в том числе в подразделениях. Записи в журналах регистрации производятся в хронологическом порядке непосредственно после каждой операции по каждому наименованию наркотического средства, психотропного вещества или их прекурсоров на основании документов, подтверждающих совершение этой операции. Каждая запись проведенной операции, а также исправления заверяются подписью лица, ответственного за ведение и хранение журнала. [3]

Учреждения ежемесячно проводят в установленном порядке инвентаризацию наркотических средств и психотропных веществ, а также сверку прекурсоров путем сопоставления их фактического наличия с данными учета (книжными остатками), с последующим отражением результатов проведенной инвентаризации.

На основании записей в соответствующем журнале регистрации юридические лица представляют в установленном порядке отчеты о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Журналы регистрации сдаются в архив учреждения, где хранятся в течение 10 лет после внесения в них последней записи. По истечении указанного срока журналы регистрации подлежат уничтожению по акту, утверждаемому руководителем. В случае реорганизации или ликвидации юридического лица журналы регистрации и документы, подтверждающие осуществление операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, сдаются на

хранение.

Для обеспечения лечебно-диагностического процесса лечебно-профилактические учреждения получают лекарственные средства из аптечного учреждения (организации) по требованиям-накладным в установленном порядке. Требование-накладная на получение из аптечных учреждений (организаций) лекарственных средств должно иметь штамп, круглую печать лечебно-профилактического учреждения, подпись его руководителя или его заместителя по лечебной части (п. 3.1 Порядка назначения и выписывания лекарственных средств). В ней указываются номер, дата составления документа, отправитель и получатель лекарственного средства, наименование лекарственного средства (с указанием дозировки, формы выпуска (таблетки, ампулы, мази, суппозитории и т.п.), вид упаковки (коробки, флаконы, тубы и т.п.), способ применения (для инъекций, для наружного применения, приема внутрь, глазные капли и т.п.), количество затребованных лекарственных средств, количество и стоимость отпущенных лекарственных средств. Наименования лекарственных средств пишутся на латинском языке. [4]

Заключение

Таким образом, наркотические и психотропные вещества требуют тщательного контроля со стороны лечебно-профилактического учреждения, а также соблюдения всех правил и нормативов, связанных с оборотом данных препаратов.

Библиографический список:

- 1) Постановление Правительства РФ от 04.11.2006 N 644 (ред. от 26.06.2018) "О порядке представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ"
- 2) Приказ Минздрава РФ от 28 марта 2003 г. N 127 "Об утверждении Инструкции по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ, входящих в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным"
- 3) Правила ведения и хранения специальных журналов регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ (Утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 ноября 2006 г. N 644)
- 4) Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.02.2007 N 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания»
- 5) Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 N 681 «Об утверждении Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации»
- 6) Федеральный закон от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах"

Попова Наталья Митрофановна
Popova Natalya Mitrofanovna

Д.м.н., профессор, заведующая кафедрой «Общего здоровья и здравоохранения»
d.m.s. professor, head of the department of «Public Health and the Department of Health»

Инамова Диана Анваржановна
Inamova Diana Anvarzhanovna

Харисова Назиля Рамилевна
Harisova Nazilya Ramilevna

Студенты
Students

Вострокнутов Михаил Евгеньевич
Mikhail Evstyevich Vostroknutov

Аспирант
Graduate student

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
FGBOY VO «Izhevsk state medical academy»

УДК 616.9

УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ НА ТЕРРИТОРИЯХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ, РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН И КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2017 ГОД

THE LEVEL OF HIV INFECTION IN THE RUSSIAN FEDERATION, THE UDMURT REPUBLIC, THE REPUBLIC OF TATARSTAN AND THE KIROV REGION IN 2017

Аннотация: в данной статье представлены сведения об уровне заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации, Удмуртской республике, Кировской области и республике Татарстан за 2017 год.

Abstract: This article presents information about the level of HIV infection in the Russian Federation, the Udmurt Republic, the Kirov region and the Republic of Tatarstan for 2017.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, Российская Федерация, Удмуртская республика, Кировская область, республика Татарстан, ВИЧ, заболеваемость.

Keywords: HIV infection, Russian Federation, Udmurt Republic, Kirov region, Republic of Tatarstan, HIV, incidence.

Актуальность: Состояние заболеваемости по ВИЧ-инфекции как социально обусловленной патологии актуально в силу ее широкого распространения.

Первые случаи СПИДа были зафиксированы в Африке, США и на Гаити в середине 70-х годов, но есть более ранние подтверждения выявления вируса. С 1977 года СПИД начал уносить человеческие жизни в Европе, первой жертвой стал норвежский моряк Арвид Ной. В 1983 году была установлена связь СПИДа с переливаниями крови, внутривенным введением наркотиков и врожденными инфекциями, и что СПИД, возможно, результат вирусной инфекции, передающейся при сексуальных контактах. Первый случай ВИЧ-инфекции в СССР был зарегистрирован в 1987 году. Это был переводчик, который долгое время работал в Африке. До этого на территории Советского Союза случаи СПИДа были выявлены у некоторых студентов-африканцев. В 1988 году был зафиксирован первый смертельный случай от ВИЧ-инфекции – скончалась 29-летняя жительница Ленинграда. В 1989 году в России была создана Служба профилактики ВИЧ-инфекции. В 1998 году количество ВИЧ-инфицированных выросло в 4 раза по сравнению с 1996 годом. Более 70 % больных заразились через иглу. Было официально объявлено о том, что распространение вируса приобрело характер эпидемии [9]. В Удмуртии первый ВИЧ-инфицированный был зарегистрирован в 1997 году.

Цель работы: Изучить уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации, Удмуртской республике, Кировской области, республике Татарстан за 2017 год.

Материалы и методы: Данные из государственных докладов «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Удмуртской республике за 2017 год», «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Кировской области за 2017 год», «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в республике Татарстан за 2017 год», «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации за 2017 год».

Результаты и обсуждение. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации продолжает оставаться напряженной. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией регистрируется во всех субъектах Российской Федерации. По состоянию на 31 декабря 2017 года кумулятивное количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации составило 1 220 659 человек. В конце 2017 года в стране проживало 943 999 россиян с диагнозом ВИЧ-инфекция, исключая 276 660 умерших больных. А по расчетам международной организации ЮНЕЙДС (UNAIDS) в России проживает более 1 500 700 ВИЧ-инфицированных, более того, согласно расчетам американских и швейцарских ученых в России сейчас проживает более 2 миллионов больных ВИЧ-инфекцией (опубликовано в журнале PLOS Medicine). Из них умерло по разным причинам (не только от СПИДа, а от всех причин) 243 863 ВИЧ-инфицированных. По состоянию на 2017 год уже более трети территорий Российской Федерации являются субъектами с высокой поражённостью ВИЧ-инфекцией (более 0,5 % населения), где проживает почти половина всего населения страны – 49,5 % в 2017 году. Показатель поражённости населения РФ ВИЧ-инфекцией в 2017 году составил 795,3 зараженных ВИЧ на 100 тысяч населения (табл. 1). Количество новых случаев ВИЧ-инфекции продолжает расти, но темпы прироста заболеваемости снижаются: в 2011–2015 годах ежегодный прирост количества новых выявленных случаев инфицирования ВИЧ составлял в среднем 10 %, а в 2016 году – 4,1 % и в 2017 году – 2,2 %. За последние 10 лет было выявлено 63,8 % (около 780 тыс.) всех случаев ВИЧ-инфекции среди россиян.

Таблица 1. Субъекты Российской Федерации с наиболее высокой заболеваемостью и поражённостью ВИЧ-инфекцией.

№ п/п	Субъекты Российской Федерации	Заболеваемость ВИЧ-инфекцией на 100 тыс. населения	Рост/снижение за 2012-2017гг.	Поражённость ВИЧ-инфекцией на 100 тыс. населения
	Российская Федерация	71,16	в 1,7 раза	643,0
1	Кемеровская обл.	189,11	21,39%	1700,5
2	Иркутская обл.	153,68	23,05%	1729,6
3	Новосибирская обл.	144,75	27%	1118,8
4	Пермский край	141,42	в 1,5 раза	1043,3
5	Тюменская обл.	132,17	39,9%	1161,2
6	Курганская обл.	116,67	47,1%	851,6
7	Красноярский край	115,54	в 1,7 раза	914,8
8	Оренбургская обл.	114,40	в 2,1 раза	1289,5
9	Челябинская обл.	107,64	в 2,4 раза	1174,4
10	Томская обл.	106,33	в 4,1 раза	825,7
11	Омская обл.	104,53	в 2,5 раза	715,0
12	Самарская обл.	102,25	30,96%	1466,8
13	Свердловская обл.	95,94	23,51%	1741,4
14	ХМАО	89,83	-11,86%	1244,0
15	Ульяновская обл.	78,23	-4,52%	986,7
16	Алтайский край	72,20	39%	934,4
17	Ивановская обл.	65,85	6,76%	777,6
18	Ленинградская обл.	63,01	-3,48%	1190,0
19	г. Санкт-Петербург	58,68	-1,68%	981,9
20	Московская обл.	59,98	36,9%	678,2
21	Республика Крым	54,46	-*	949,2
22	Мурманская обл.	49,22	20,55%	685,0
23	Тверская обл.	41,67	-3,3%	782,6

* Сбор данных по заболеваемости в Республике Крым был начат в 2014 году.

Наиболее высокий уровень поражённости ВИЧ-инфекцией населения наблюдается в группе 30-39 лет, 2,8% российских мужчин в возрасте 35-39 лет жили с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции. Женщины инфицируются ВИЧ в более молодом возрасте, уже в возрастной группе 25-29 лет около 1% были заражены ВИЧ, еще выше доля инфицированных женщин в возрастной группе 30-34 года – 1,6%. На долю подростков и молодежи в возрасте 15-20 лет в 2000 г. приходилось 24,7% вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции (рисунок 1). В 2017 году новые случаи заболевания чаще выявляются в более старших возрастных группах, ВИЧ-инфекция преимущественно выявлялась у россиян в возрасте 30–40 лет (46,4 %) и 40–50 лет (22,6 %), доля молодёжи в возрасте 20–30 лет сократилась до 20 %.

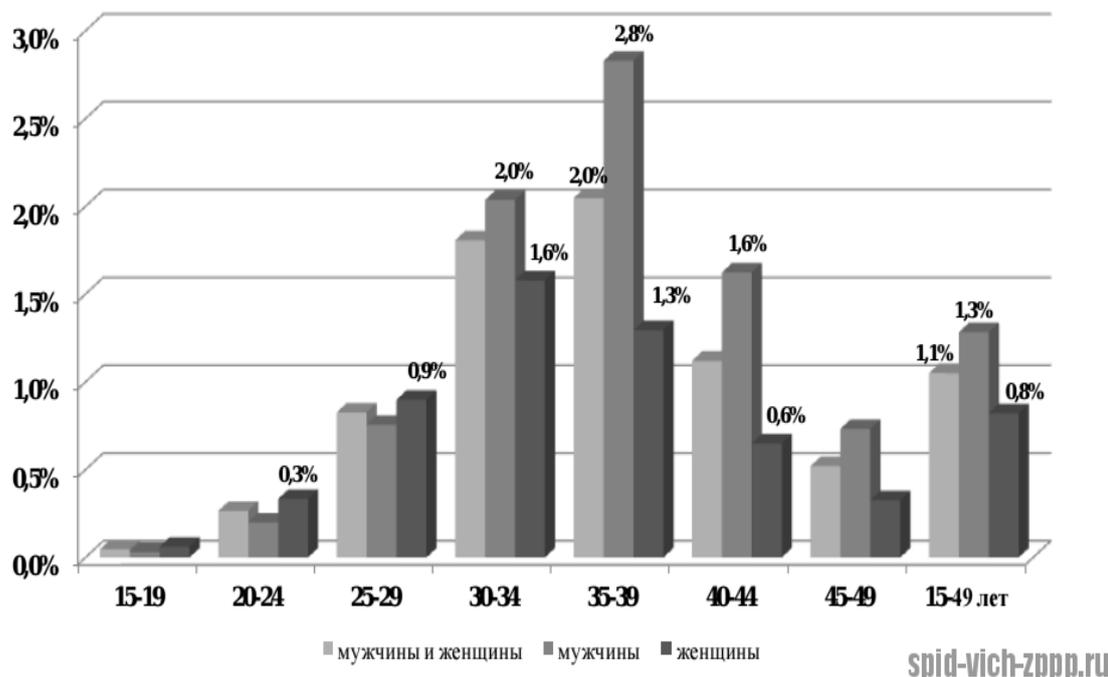


Рисунок 1. Поражённость ВИЧ-инфекцией населения России по возрастным группам.

Заражение гетеросексуальным путём к 2017 году составляет уже более половины случаев (53,5 %), передача ВИЧ-инфекции происходит вне пределов уязвимых групп населения и активно распространяется в общей популяции, при этом доля инфицированных ВИЧ при употреблении наркотиков снизилась до 43,6 %. В последние годы наблюдается отчётливая тенденция к росту количества заражённых при гомосексуальных контактах [4].

За 12 месяцев 2017 года на территории Кировской области зарегистрировано 274 ВИЧ-положительных с впервые установленным диагнозом (рисунок 2), показатель заболеваемости – 21,12 на 100 тыс. населения, по сравнению с прошлым годом рост на 24,1% (в 2016 году зарегистрировано 222 случая при показателе 17,02 на 100 тысяч населения). Заболевания регистрировались на 28 административных территориях (70,0%), в том числе в г. Кирове - 150 случаев (54,7%), показатель 16,57 на 100 тыс. населения.

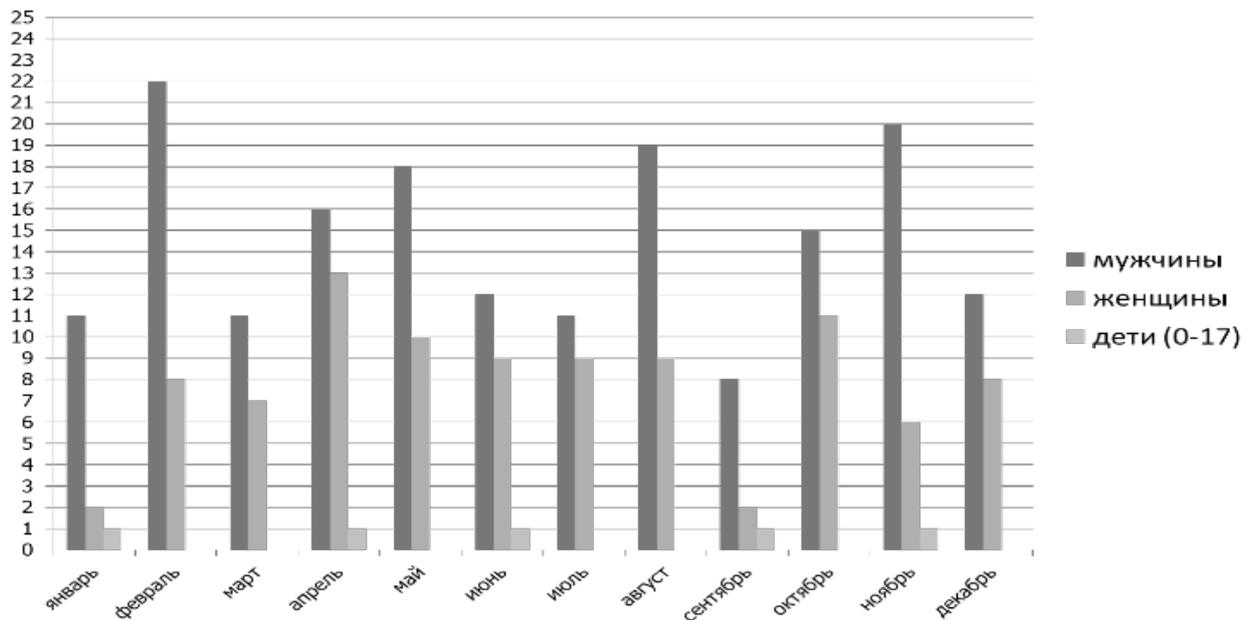


Рисунок 2. Число выявленных ВИЧ-инфицированных на территории Кировской области за 2017 год (абсолютные цифры).

В 11 районах области уровень заболеваемости выше, чем в целом по области (Фаленский - 63,08, Малмыжский - 37,69, Санчурский - 34,88, Советский - 31,41, Кирово-Чепецкий - 29,08, г. Киров - 28,67, Мурашинский - 26,21, Оричевский - 26,83, Орловский - 24,08, Уржумский - 24,6, Афанасьевский - 23,64 на 100 тыс. населения). Заболело 2 детей в возрасте до 1 года в Орловском и Слободском районах (путь заражения – вертикальный) и 3 подростков в г. Кирове (путь заражения - внутривенное употребление наркотиков). Зарегистрировано 18 случаев смерти от ВИЧ/СПИД (смертность 1,38 на 100 тыс. населения). Уровень распространения ВИЧ-инфекции среди городского населения выше в 1,9 раза, чем сельского населения, в 1,8 раза чаще инфицировались мужчины, чем женщины. Заражение ВИЧ-инфекцией происходило в основном двумя путями: половым путем при гетеросексуальном контакте (46,7%, или 128 человек) и при внутривенном введении наркотиков (50,0%, или 137 человек). В 2017 году возросла доля лиц, заразившихся при внутривенном введении наркотиков (до 50,0% против 31,1% в 2016 году). Среди внутривенных наркоманов 34 женщины (24,8%). Треть лиц с ВИЧ-инфекцией выявлена при обследовании по клиническим показаниям (29,9%). Группа риска – лица в трудоспособном возрасте – 30-39 лет (46,7%) и 20-29 лет (21,2%), однако, доля лиц в возрасте 40-60 лет и старше осталась высокой (28,1% по суммарному числу). Число лиц с ВИЧ-инфекцией среди работающего населения выше на 59,7%, чем среди безработных (без УФСИН), соответственно, 123 и 77 человек. Совокупность признаков эпидемического процесса свидетельствует об активизации эпидемического процесса среди населения. За анализируемый период болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, выявлена у 5 иностранных граждан (у 3 жителей Украины, Таджикистана и Узбекистана). У матерей с ВИЧ-инфекцией родился 31 ребенок, из них: 2 в 2-х районах области, 29 детей в г. Кирове [2,6].

В Удмуртской Республике за весь период регистрации заболевания по состоянию на 31.12.2017г. выявлено 10864 ВИЧ-инфицированных, показатель пораженности на 100 тыс. населения составил 487,8 (в 2014г.-347,1и 2015г.- 402,1, 2016г - 439,0). В 2017 году зарегистрировано 1293 случаев, показатель заболеваемости составил 84,74 на 100 тыс. населения (в 2015г.- 66,31, 2016г. – 72,7) (табл.2). Показатель пораженности по совокупному населению в Удмуртской Республике на 29.12.2017г. составил 0,5% (в 2015г.- 0,4%, 2016г.-0,4%).

Таблица 2. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Удмуртской Республике в 2013-2017 гг. (на 100 тыс. населения).

Годы	2013	2014	2015	2016	2017	2017РФ
Количество заболевших	518	762	1019	1103	1293	88615
Показатель на 100 тыс. населения	33,73	50,25	66,31	72,7	84,74	60,53

Заболеваемость выросла на всех административных территориях, кроме Алнашского,

Граховского, Красногорского, Сюмсинского, Якшур-Бодьинского районов. Высокие показатели заболеваемости регистрировались в Базезинском (128,7 на 100 тыс. населения), Камбарском (111,8), Глазовском (83,47), Малопургинском (84,53), Киясовском (83,43), Якшур-Бодьинском (80,20), Ярском (72,76), Воткинском (133,2), Дебесском (88,79), Завьяловском (87,49), Игринском (91,73), Камбарском (197,2), Киясовском (125,4), М.Пургинском (90,95), Сарапульском (106,8), Ярском (96,42) районах, городах Сарапуле (91,56), Воткинске (114,3). Среди всех лиц, зарегистрированных с диагнозом «ВИЧ-инфекция» на территории Удмуртской Республики за весь период регистрации, доля ВИЧ-инфицированных мужчин составила 62,8%, женщин – 37,2%. Среди вновь выявленных случаев в 2017 году количество ВИЧ-инфицированных мужчин составило 62,25% (в 2014г - 58% и 2015г - 59,2%, 2016г - 62,1%), женщин – 37,74% (в 2015г. - 40,8%, 2016г – 37,2%). За весь период регистрации ВИЧ-инфекции гетеросексуальный путь передачи составил – 42,31%, наркотический путь передачи - 51,48%. С 2015 года отмечена тенденция смены путей заражения, из которых на первое место вышел гетеросексуальный путь заражения. В 2017 году основными путями заражения ВИЧ-инфекцией являлись гетеросексуальный - 51,12% (в 2015г. - 45%, 2016г - 52,1%), наркотический – 30,47% (в 2015г. - 43%, 2016г - 37,3%). При грудном вскармливании путь передачи ВИЧ-инфекции составил 0,0% (в 2015г.г.- 0,1%, 2016г - 0,4%). Отмечено смещение заражения ВИЧ-инфекцией в более старшие возрастные группы. Доля ВИЧ-инфицированных в 2017 году составила: в возрастной группе 31-40 лет – 45,40%, среди лиц 25-30 лет – 23,2%, 18-24 лет – 6,5 %, 51-60 лет- 5,8%, среди детей в возрасте от 0 до 14 лет – 0,54%. За весь период регистрации ВИЧ-инфекции от ВИЧ-инфицированных матерей родились 1715 живых детей, из них в 2017 году – 176. Подтверждена ВИЧ-инфекция у 58 детей, в 2017 году у 4 детей [1,7]

В республике Татарстан в 2017 году вновь выявлено 1 193 ВИЧ-инфицированных, показатель составил 31,01 на 100 тыс. населения (2016 г. – 1 278 чел. или 33,17 на 100 тыс. населения, 2015 г. – 1 352 чел. или 35,5 на 100 тыс. населения; 2014 г. – 1 268 чел. или 32,5 на 100 тыс. населения) (рис. 3). Темп снижения в 2017 году по сравнению с 2016 годом составил 6,51%, по сравнению с 2015 годом - 11,76%.

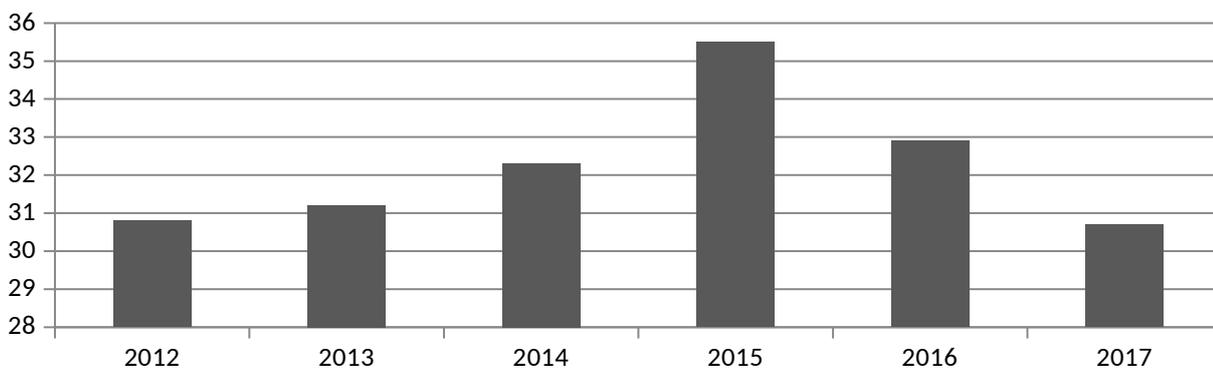


Рис. 3.

Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Республике Татарстан в 2012-2017 годах.

В 2017 году выявлены новые случаи ВИЧ-инфекции во всех районах республики, кроме Балтасинского. Наиболее высокие показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией, превышающие среднереспубликанские, в Бугульминском (72,48 на 100 тыс. населения), Агрызском (57,83 на 100 тыс. населения), Лениногорском (56,87 на 100 тыс. населения), Новошешминском (52,65 на 100 тыс. населения), Зеленодольском (47,94 на 100 тыс. населения), Елабужском (43,55 на 100 тыс. населения) районах, в городе Набережные Челны (36,67 на 100 тыс. населения). В Республике Татарстан пораженность ВИЧ-инфекцией составляет 0,3% среди всего населения, что в 2 раза ниже среднероссийского показателя (РФ – 0,6%), распространенность ВИЧ-инфекции по республике неравномерна. Из 45 муниципальных образований в 17 зарегистрировано менее 0,1% ВИЧ-инфицированных среди всего населения. В трех районах республики пораженность населения превышает среднереспубликанский показатель: Бугульминский район - 840,1 на 100 тыс. населения, Альметьевский - 564,2 на 100 тыс. населения, Лениногорский - 502,9 на 100 тыс. населения. Также превышает среднереспубликанский показатель пораженность ВИЧ-инфекцией в г. Казани (396,2 на 100 тыс. населения) и в г. Набережные Челны (364,2 на 100 тыс. населения). В 2017 году на 38,72% снизилась заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди детей до 14 лет – с 8 случаев (1,19 на 100 тыс. детского населения) в 2016 году до 5 случаев (0,73 на 100 тыс. детского населения) в 2017 году. В период с 2012 по 2017 годы отмечается снижение уровня перинатальной передачи инфекции от ВИЧ-

инфицированных матерей ребенку - с 2,58% до 0,85% (рис. 4). [3,8].

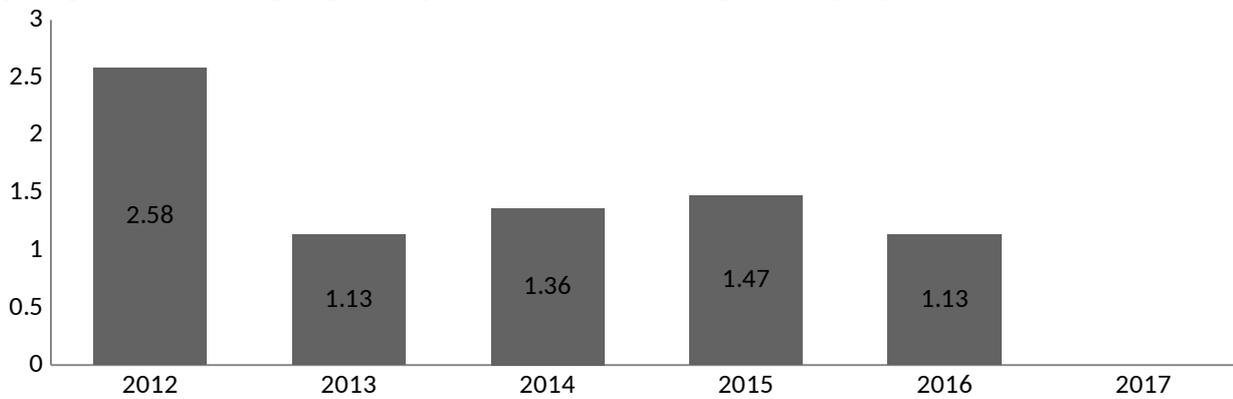


Рис. 4.

Уровень перинатальной передачи ВИЧ в 2012-2017 годы

Вывод: Заболеваемость населения ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации, Удмуртской республике, Кировской области и республике Татарстан растет. Так же увеличивается общее число носителей ВИЧ и число смертей ВИЧ-инфицированных, активизировался выход эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию. Поэтому требуются меры по прекращению трафика, распространения наркотиков и, самое трудное, изменения сексуального поведения жителей. Помимо этого необходима своевременная диагностика и предупреждение распространения ВИЧ-инфекции, а так же адекватное лечение инфицированных.

Библиографический список:

1. Данные из государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Удмуртской республике за 2017 год» - Ижевск 2018- 180с.
2. Данные из государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Кировской области за 2017 год» -Киров 2018-204с.
3. Данные из государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в республике Татарстан за 2017 год»- Казань 2018-292 с.
4. Данные из государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации за 2017 год» 2018-268с.
5. Попова Н.М., Егорова С.С., Юнусова Д.Ф., Вострокнутов М.Е.«Характеристика заболеваемости и смертности от ВИЧ-инфекции за 2007-2016г. в Удмуртской республике»
6. Интернет – источник <http://www.aids43.ru> Режим доступа: 15.10.2018
7. Интернет – источник <http://spid18.ru> Режим доступа: 15.10.2018
8. Интернет – источник <http://www.infospid.ru> Режим доступа: 15.10.2018
9. Интернет – источник <http://спидцентр.рф/index.php/2014-09-22-19-10-04/istoriya-virusa> Режим доступа: 15.10.2018

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна»
Кемерово 2018