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 №35

КЕМЕРОВО 2019

08 апреля 2019 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».

Тахирова Рохатой Норматовна- 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 Владимировнадоцент - 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»

Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтюк Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Афанасьева Галина Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Бесхмельницына Евгения Александровна - ассистент федры фармакологии и клинической фармакологии НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», врач акушер-гинеколог

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 08.04.2019 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

Оглавление

1. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....4
Стяжкина С.Н., Инамова Д.А., Харисова Н.Р.
2. ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА.....7
Иванова И.Л., Харисова Н.Р., Инамова Д.А.
3. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОМА ЧЕЛОВЕКА В КАЧЕСТВЕ МИШЕНИ ДЛЯ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ДРУГИХ ПАТОЛОГИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ... 10
Еременко И.И.
4. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН НА БАЗЕ ПЕРВОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ УДМУРСТКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2017-2018ГГ.....13
Харисова Н.Р., Инамова Д.А., Стяжкина С.Н.
5. ОЦЕНКА ВАКЦИНАЦИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ.....16
Галимова Р.М., Хазиева Р.Р., Толмачёв Д.А.

Стяжкина Светлана Николаевна
Д.м.н., профессор
Styazhkina Svetlana Nikolaevna
PhD in Medical sciences, professor

Инамова Диана Анваржановна
Харисова Назиля Рамилевна
Студенты. ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Inamova Diana Anvarzhanovna
Kharisova Nazilya Ramilevna
Students. FSBEIHE «Izhevsk state medical academy»

УДК 616.379

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

THE PREVALENCE OF DIABETIC FOOT DISEASE IN THE UDMURT REPUBLIC

Аннотация: В работе представлены результаты обследования 110 пациентов. На основании полученных результатов исследовали распространенность синдрома диабетической стопы в Удмуртской Республике. Получены новые данные о среднем возрасте пациентов, страдающих язвами конечностей. Изучена структура инвалидности среди данных пациентов.

The summary: The paper presents the results of a survey of 110 patients. Based on the results obtained, the prevalence of diabetic foot syndrome was investigated. New data were obtained on the average age of patients suffering from ulcers of the extremities. The structure of disability among these patients was studied.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая стопа.

Keywords: diabetes mellitus, diabetic foot.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, во всех странах мира насчитывается более 120 млн. больных сахарным диабетом (СД) (Международное соглашение по диабетической стопе, 2000). Синдром «диабетической стопы» является наиболее частым осложнением заболевания, с ним связано около трети всех госпитализаций больных сахарным диабетом.

Цель работы: Изучить и проанализировать уровень распространённости синдрома диабетической стопы у лиц страдающих диабетом в Удмуртской Республике.

Материалы и методы: Исследование распространенности синдрома диабетической стопы среди пациентов, страдающих сахарным диабетом типа 1 и 2, проведено на базе хирургического отделения БУЗ Первой Республиканской клинической больницы Удмуртской Республики. В исследование были включены 110 пациентов, находившиеся на плановом и экстренном лечениях в хирургическом отделении, были охвачены все группы пациентов с неосложненным и осложненным течением сахарного диабета.

Среди осмотренных пациентов было 40 мужчин (36,3%) и 70 женщин (63,7%). Соотношение мужчин и женщин, страдающих сахарным диабетом - 1: 2.

Диагноз синдрома диабетической стопы устанавливался на основании сбора жалоб (онемение, парестезии, дизестезии, судороги - характерные для диабетической полинейропатии) и анамнеза (наличия язв нижних конечностей и операций в прошлом).

Всем пациентам проведено исследование неврологического статуса с определением тактильной, температурной, болевой, вибрационной чувствительностей в соответствии с рекомендациями Международного соглашения по диабетической стопе (2000г.). Оценку состояния кровотока проводили с помощью аппарата ультразвуковой допплерографии.

На основании полученных данных устанавливали степень риска развития трофической язвы: нет признаков сенсорной полинейропатии - отсутствие риска; сенсорная нейропатия - низкий риск; сенсорная нейропатия и/или деформация стопы - умеренный риск; ампутации и язвы в анамнезе - высокий риск [2].

Диагноз недеструктивной формы диабетической стопы устанавливали при умеренном и

высоком рисках развития трофической язвы, деструктивной - при наличии язвы на момент осмотра.

Результаты и обсуждения.

Синдром диабетической стопы в деструктивной и недеструктивной формах был выявлен у 70 человек, что составило 63,6% от общего количества пациентов. С учетом того, что сюда были включены пациенты с тяжелой диабетической полинейропатией без наличия язвенного дефекта, эти данные в целом соответствуют цифрам, приводимым другими авторами, которые оценивают распространенность диабетической полинейропатии в популяции от 23 до 60% [3, 5, 6].

Все пациенты, которым был установлен диагноз синдрома диабетической стопы, были разделены на 2 группы: 1) с деструкцией - больные с наличием язвенного дефекта на момент осмотра и 2) недеструктивная форма - язва в анамнезе или непосредственный риск ее развития. Внутри групп больных разделили согласно общепринятой классификации на нейропатическую, ишемическую и смешанную формы. Число больных и их соотношение представлены в таблице 1.

Таблица 1

Формы	Количество больных	Средний возраст, лет	%
Недеструктивная нейропатическая	4 – м; 12 - ж	65,3 ±0,2; 71,3 ±4,2	22,8%
Недеструктивная смешанная	8 – м; 11- ж	66,4 ±4,1; 58,3 ±5,1	27,1%
Недеструктивная ишемическая	1 – м; 4 - ж	77,0 ±0,0; 64,3 ±1,3	7,2%
Деструктивная нейропатическая	4 – м; 5 - ж	63,5 ±3,5; 78,2 ±1,9	12,9%
Деструктивная смешанная	6- м; 8 - ж	57,3 ±3,6; 69,6 ±3,9	20%
Деструктивная ишемическая	2 – м; 5 - ж	66,5 ±1,3; 67,4 ±1,8	10%
Итого:	70		100%

При этом было выявлено, что деструктивной формой страдают 42,9% пациентов с синдромом диабетической стопы, а их доля в общей популяции пациентов, страдающих сахарным диабетом, равна 7,9%.

При изучении распространенности трех основных форм выяснилось, что нейропатическая форма встретилась у 25 пациентов (35,7%), нейроишемическая - у 33 (47,1%), ишемическая - у 12 пациентов (17,2%).

Во время статистической обработки массива пациентов была выявлена интересная закономерность (табл. 2). Средний возраст пациентов, страдающих осложненной деструктивной формой СДС, оказался практически на 8 лет меньше, чем у пациентов с аналогичной картиной диабетической полинейропатии и макроангиопатии без деструкции. Полученные данные представлены в таблице. Статистически значимых различий между мужчинами и женщинами выявлено не было.

Таблица 2.

Средний возраст больных

Формы СДС	Количество пациентов	Возраст, лет
Недеструктивная	40	67,1 ±2,5
Деструктивная	30	67,0 ±2,6

Все осмотренные пациенты состоят на диспансерном учете у врача-эндокринолога. Данные по инвалидности представлены в таблице 3.

Таблица 3

Число больных, состоящих на учете по инвалидности

Группы	Количество больных	%
1	9	12,8
2	25	35,7
3	13	18,6
Без инвалидности	23	32,9
Итого	70	100

Стоит отметить, что основной причиной инвалидности среди осмотренных пациентов стало не только поражение нижних конечностей при сахарном диабете, но и сочетанная патология сердечно-сосудистой системы (ИБС, ГБ, ОНМК) - 38 пациентов, а также поражение глаз - 17 пациентов.

Выводы.

1. 7,9% больных сахарным диабетом страдают язвенными дефектами нижних конечностей. У каждого третьего пациента отмечается высокий риск развития язвенного дефекта в будущем.

2. Диабетическая остеоартропатия выявлена у 5 пациентов, что составило примерно 4,5% случаев. Данные цифры не отличаются от данных других отечественных и зарубежных исследователей [1, 4]. В 3 случаях это была хроническая фаза со сформированной стопой Шарко, по одному случаю на острую и подострую фазы.

3. 67,1% больных с синдромом диабетической стопы находятся на инвалидности. 42,5% из них имеют инвалидность по сопутствующим заболеваниям, отягчающим течение сахарного диабета.

Список литературы.

1. Бреговский В.Б., Зайцев А.А. и др. Поражения нижних конечностей при сахарном диабете. - СПб. : Диля, 2004. -272 с.

2. Международная рабочая группа по диабетической стопе. Международное соглашение по диабетической стопе. - М. : Берег, 20о0. - 96 с.

3. Удовиченко О.В., Грекова Н.М. Диабетическая стопа. - М. : Практическая медицина, 2010. - 272 с.

4. Frykberg R., Mendeszoon E. Management of the diabetic charcot foot diabetes // Metabolism research and reviews. - 2000. -Vol. 16, Suppl. 1. - P. S59-S65.

5. Haupt E., Ledemann H., Kopcke W. Benfotiamine in the treatment of diabetic polyneuropathy - a three-week randomized controlled pilot study // Int. J. Clin. Pharmacol. Ther. - 2005. - Vol. 43, No. 2. - P. 71-77.

6. Young M.J., Boulton A.J., MacLeod A.F. et al. A multicentre study of prevalence of diabetic peripheral neuropathy in the United Kingdom hospital clinic population // Diabetologia. - 1993. -Vol. 36, No. 2. - P. 150-154.

Иванова Ирина Леонидовна
Ivanova Irina Leonidovna
Д.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Харисова Назиля Рамилевна
Kharisova Nazilya Ramilevna
Студентка 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
E-mail: nazilya.harisova@mail.ru

Инамова Диана Анваржановна
Inamova Diana Anvarzhanovna
Студентка 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

УДК 616.858-008.6

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

Аннотация: В статье рассмотрена выраженность уровня тревоги и депрессии с полом, возрастом, продолжительностью болезни и тяжести заболевания у лиц с болезнью Паркинсона, находящихся на учёте в Республиканском Центре Болезни Паркинсона и расстройств движения (РЦБПиРД) Удмуртской Республики.

Abstract: The article examines the severity of anxiety and depression with gender, age, duration of illness and the severity of the disease in individuals with Parkinson's disease who are registered with the Republican Parkinson Disease and Movement Disorders (RCBDS) of the Udmurt Republic.

Ключевые слова: Тревога и депрессия, болезнь Паркинсона.

Key words: Anxiety and depression, Parkinson's disease.

Актуальность. В настоящее время по данным литературы отмечается рост общей заболеваемости болезнью Паркинсона (БП). Паркинсонизм, считавшийся еще несколько десятилетий назад недугом пожилых людей, в последние годы стал неуклонно «молодеть» и стал встречаться даже чаще у лиц моложе 30 лет.

Клинически выделяют моторные и немоторные симптомы БП. К моторным симптомам относят гипокинезию, ригидность, тремор в покое и постуральную неустойчивость. Немоторные симптомы при болезни Паркинсона представлены вегетативными нарушениями, аффективными (тревога, депрессия) и психотическими расстройствами (ночные кошмары, галлюцинациями, иллюзия во сне), а также нарушениями сна.

Тревога (Т) и депрессия (Д) являются одними из типичных немоторных проявлений БП. Согласно доступным нам данным литературы депрессивные расстройства выявляются у 40-90% больных с БП, а тревога у 40-50% [2, 8, 9, 10, 11].

В настоящее время согласно DSM-IV (1994) приняты следующие критерии депрессии: подавленное настроение, снижение интересов и способности испытывать удовольствие, значительное снижение или повышение аппетита и массы тела, нарушение сна, психомоторное возбуждение или заторможенность, повышенная утомляемость, упадок сил, ощущение собственной бесполезности, снижение способности к концентрации внимания, повторяющиеся мысли о смерти, суицидальные попытки, в течении последних 6 месяцев.

Критериями тревоги являются беспокойство и три дополнительных симптома (усталость, быстрая утомляемость, повышенная раздражительность, мышечное напряжение, нарушение концентрации внимания, нарушение сна), отмечаемые в течении последних 6 месяцев.

Тревога и депрессивные расстройства ухудшают социально-бытовую адаптацию и качество жизни больных с БП.

Цель работы: Изучение Т и Д у больных с БП в зависимости от длительности течения и тяжести клинических проявлений БП.

Материалы и методы: Нами обследовано 30 пациентов с БП, находящихся на учете в Республиканском центре Болезни Паркинсона и расстройств движения (РЦБПиРД) Удмуртской Республики, из них 19 женщин и 11 мужчин в возрасте от 54 до 78 лет (средний возраст женщин 67±2,9 лет, мужчин 65±2,96**).** Для исследования уровня Т и Д использовалось Госпитальная Шкала Депрессии и Тревоги (HADS). Тяжесть заболевания оценивалось по шкале UPDRS.

Результаты и обсуждения.

Из всего числа исследуемых пенсионеры составили 21 (70%), работающих пенсионеров 5 (16,7%), работающих 4 (13,3%). Среди исследуемых инвалидность III группы имеют 9 (30%), II группы – 3 (10%).

Средний возраст начала заболевания составил у женщин 59, 6±6,9 лет, у мужчин 59,2±4,5 года. При анализе анамнеза больных нами установлено, что 15(50%) пациентов первые признаки БП появились в правых конечностях, у 14(46,7%) в левых конечностях.

У подавляющего большинства больных выявлена третья стадия по Хен-Яру - 18 (60%), у 9 (30%) - вторая стадия и у 3 (10%) - четвертая стадия заболевания по Хен-Яру. У 19 (63,3%) пациентов выявлена смешанная форма заболевания, у 6 (20%) дрожательная, у 5(16,7%) акинетико-ригидная.

Средний уровень депрессии по шкале у женщин составил 7,4± 4,6(1-17) баллов, мужчин 7, 2± 4,5(3-17) баллов. Достоверной разницы уровня Д у мужчин и женщин не установлено (p>0,5).

У 11 женщин и 5 мужчин Д выявлено не было, у 4 женщин и у 2 мужчин – определялись признаки субклинической Д, а клинически выраженная Д отмечено у 4 женщин и 4 мужчин, 8 (26,6%) от общего числа пациентов.

У 9 женщин и 7 мужчин Т выявлено не было, у 5 женщин и 2 мужчин наблюдались признаки субклинической Т, у 5 женщин и 1 мужчины отмечалось клинически выраженная Т - 6(20%) от общего числа пациентов.

Средний балл Д у больных со 2,0 стадией по Хен - Яру составил 6,75±4,7; у больных с 3,0 стадией - 8,1±5,3; а с 4,0 стадией по Хен-Яру 9,6±1,8. Средний балл Т у больных со 2,0 стадией по Хен-Яру составил 5,5±4,6; у больных с 3,0 стадией по Хен-Яру 8,4±6,7; с 4,0 по Хен-Яру 8,0±1,4. (Табл. 1)

Таблица 1

Стадия Х-Я	II	III	IV
Д	6,75±4,7	8,1±5,3	9,6±1,8
Т	5,5±4,6	8,4±6,7	8,0±1,4

Из представленной таблицы видно, что по мере нарастания тяжести заболевания проявление Д усиливаются и достигаются максимального значения при IV стадии. Та же тенденция нами выявлена и при анализе степени Т в зависимости от стадии заболевания. Однако, представляется интересным отметить, что Т у пациентов с IV стадией была несколько ниже, чем у больных с III стадией. По нашему мнению, снижение уровня тревоги может быть связано с истощением структур, регулирующих эмоциональное поведение больных с БП. С другой стороны, по-видимому, может иметь значение и преморбидность уровня интеллекта пациента.

Методом корреляционного анализа нам не удалось выявить достоверную связь между суммарным показателем Т и возрастом; длительностью и тяжестью заболевания БП. Достоверной разницы уровня Т у мужчин и женщин не установлено (p>0,5). Также не удалось выявить достоверной связи между показателем Д и возрастом; длительностью и тяжестью заболевания БП. Но стоит отметить, что положительная корреляция между уровнем Т и тяжестью заболевания отмечалась только у женщин (r=0,58). (Табл.2)

Таблица 2

	Т	Д	Стадия по Х-Я
Пол	r=0,225120	r= -0,217523	r=0,154672
Возраст	r=0,030332	r= -0,091823	r= -0,112900
Длительность заболевания	r=0,257419	r=0,123623	r= -0,174457
Стадия по Х-Я	r=0,164905	r=0,357636	p>0,5

Выводы: Таким образом, депрессия и тревога являются нарушениями, сопровождающими и утяжеляющими течение болезни Паркинсона.

Выраженность уровня тревоги не зависят от пола, возраста, степени тяжести заболевания, продолжительности болезни у больных. Что касается депрессии картина иная, схожесть в том, что выраженность уровня депрессии не зависят от пола, возраста, продолжительности болезни, но зависит от степени тяжести заболевания.

По нашему мнению, комплексное лечение БП должно включать методы психологической и социальной, зачастую и медикаментозной коррекции Т и Д.

Библиографический список:

1. В.Л..Голубев, Я.И.Левин, А.М.Вейн Болезнь Паркинсона и Синдром Паркинсонизма. М.: МЕДпресс-информ, 1999
2. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М.Депрессия в неврологической практике. М., 1998. С. 126
3. 3. Голубев В.Л.Депрессия и паркинсонизм. М., 2000. С. 1–3.
4. Нодель М. Р., Яхно Н. Н. Нервно-психические нарушения болезни Паркинсона // Болезнь Паркинсона и расстройства движений: рук-во для врачей по материалам II Национального конгресса, Москва, 22–23 сентября 2008 г. М., 2008. С. 92–94.
5. Левин О. С. Недвигательные (немоторные) проявления болезни Паркинсона: диагноз и лечение // Болезнь Паркинсона и расстройства движений: рук-во для врачей по материалам I Национального конгресса, Москва, 22–23 сентября 2008 г. М., 2008. С. 94–96.
6. Г.Н.Крыжановский, И.Н.Карабань, С.В.Магаева, В.Г.Кучеряну, Н.В.Карабань Болезнь Паркинсона. М., 2002. С. 336.
7. Руководство для врачей по материалам III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений (с международным участием) под редакцией профессора С.Н.Иллариошкина, профессора О.С.Левина, Москва, 21-24 сентября 2014г. М.,2014. С. 90-93
8. Cummings J.L. Depression in Parkinson's disease // Am J Psychiatry 1992; 149:443–454
9. Dooneief G., Mirabello E., Bell K., et al. An estimate of the incidence of depression in idiopathic Parkinson's disease // Arch Neurol 1992;49:305–307.
10. Schrag A. Depression in Parkinson's disease // Abstracts of the 4-th International Scientific Symposium. Italy 2005. P. 56–57.
11. Starkstein S.E., Preziosi T.J., Bolduc P.L. and Robinson R.G. Depression in Parkinson's disease // J Nerv Mental Dis., 1990.V.178. P. 27–31.

Еременко Иван Иванович
Eremenko Ivan Ivanovich
Студент 2-го курса ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), лечебный факультет

УДК 616-092

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОМА ЧЕЛОВЕКА В КАЧЕСТВЕ МИШЕНИ ДЛЯ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ДРУГИХ ПАТОЛОГИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

PERSPECTIVES OF INTESTINAL MICROBIOME AS A TARGET FOR THERAPY OF ATHEROSCLEROSIS AND OTHER CARDIOVASCULAR DISEASES

Аннотация: В последнее время появились исследования, говорящие о значимой роли микробиома кишечника в качестве одного из звеньев патогенеза атеросклероза и некоторых заболеваний сердечно-сосудистой системы. В данной статье представлены конкретные данные по проблеме влияния микрофлоры на сердечно-сосудистую систему, а также возможные механизмы этих влияний.

Abstract: Investigations about correlation between intestinal microbiome and its role in the pathogenesis of atherosclerosis and other cardiovasuclar diseases appeared in recent time. In this article the concrete information about the problem of microbiome's influence on cardiovascular system and it's probable mechanisms are demonstrated.

Ключевые слова: микробиом, сердечно-сосудистые заболевания, атеросклероз

Keywords: microbiome, cardiovascular diseases, atherosclerosis

Введение: Значимость функционирования микробиома в патогенезе таких заболеваний, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, ИБС (ишемическая болезнь сердца) подтверждается множеством исследований, в данном обзоре будут рассмотрены лишь некоторые из них. Одним из наиболее серьезных заболеваний сердца и сосудов является атеросклероз – заболевание, характеризующееся нарушением холестеринового и липидного обмена, отложением холестерина в стенках артерий, грозящее развитием жизнеопасных осложнений: тромбоза, инфарктов и инсультов.

Цель исследования – представить в качестве обзорной работы последние достижения медицинской науки в вопросах взаимосвязи кишечного микробиома и сердечно-сосудистой системы, изложить основные перспективы в исследовании этой проблемы.

Материалом для изучения послужили работы ученых, изучающих вышеуказанную взаимосвязь.

Последние исследования утверждают взаимосвязь метаболитов микрофлоры кишечника в развитии атеросклероза. В частности, исследование, говорящее о патологическом «гуморальном» влиянии микрофлоры, упоминает *триметиламиноксид (ТМАО)* как один из ключевых факторов нарушения холестеринового и липидного обмена, предлагается даже использовать факт присутствия данного вещества в крови как маркер развития атеросклероза[3]. Данное вещество имеет экзогенное происхождение, было выявлено, что *ТМАО* – продукт, образующийся в ходе катаболизма липидов некоторыми представителями микрофлоры кишечника. В данном случае важно отметить, что во многом появление этого вещества зависит от диеты и появляется только при избыточном употреблении жирной пищи, поэтому влияние микробиома в данном случае опосредует один из уже известных факторов риска развития атеросклероза: избыточное употребление холестерина и насыщенных жирных кислот. В данный момент идет активное изучение всевозможных функций данного вещества в организме человека: существует исследование, говорящее о воздействии *ТМАО* на эндотелиальные клетки и возможно опосредованным им усилении экспрессии на поверхности эндотелия тканевого фактора и соответствующем увеличении риска развития тромбоза[4]. Существует исследование, говорящее о значимости ТМАО как одного из стимуляторов окислительного стресса и одного из факторов, опосредующих повреждение эндотелия сосудов через окислительный стресс[5]. Безусловно, необходимо более детальное рассмотрение данного вещества в качестве одной из основных мишеней для терапии и профилактики атеросклероза.

В противоположность триметиламиноксиду, следует упомянуть исследование о позитивном влиянии микробиоты желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) на подавление развития атеросклероза. При исследовании фекалий пациентов с ИБС и у здоровых людей с отсутствтием этой патологии была обнаружена корреляция между пониженным содержанием бактерий рода *Bacteroides* и

повышенным риском данного заболевания[6]. Авторы пошли дальше и в эксперименте, проведенном in vivo на мышах, установили факт того, что мыши, чей ЖКТ был специально заселен живыми бактериями вышеуказанного рода *B. vulgatus* и *B. dorei*, имеют гораздо меньший риск развития атеросклероза и ИБС, при чем, что наиболее интересно, их влияние опосредовано антагонистическим действием по отношению к *липополисахариду* (токсину, также вырабатываемому микрофлорой кишечника), повышение содержания которого в плазме крови (состояние *эндотоксинемии*) повышает риск развития атеросклероза[7]. В результате можно сказать, что некоторые представители микрофлоры защищают организм хозяина от вредного воздействия других микроорганизмов: таким образом, выяснив, какие именно бактерии вырабатывают токсичные вещества (например, тот же самый *ТМАО* или *липополисахарид*), а какие, напротив, защищают макроорганизм, возможно избирательно воздействовать на микрофлору, добиваясь максимально выгодного для пациента взаимоотношения этих двух противоположных влияний. Такой принцип терапии сердечно-сосудистых заболеваний можно считать одним из самых перспективных в борьбе с ними.

Другой аспект взаимосвязи микробиома и сердечно-сосудистых заболеваний связан с другой патологией, а именно с кальцификацией клапанов сердца. Во многом патогенез данного заболевания перекрывается с патогенезом ИБС, однако, как выявили авторы данного исследования, у пациентов с двумя этими патологиями существует дисбиоз кишечника, но он принимает разные формы[8]. Так, у пациентов с кальцификацией клапанов сердца увеличено содержание бактерий *Veillonella dispar, Bacteroides plebeius* и *Fusobacterium* и уменьшено содержание *Collinsella aerofaciens, Megamonas, Enterococcus, Megasphaera, Dorea, Blautia*, а у пациентов с ИБС, как было сказано выше, снижено содержание бактерий рода Bacteroides. В дополнение авторы предлагают подробнее рассмотреть бактерии вида *Prevotella copri* как один из важных звеньев патогенеза заболеваний всей ССС, а также бактерии вида *Collinsella aerofaciens* в качестве аналогично важного участника патогенеза ИБС[8]. Механизмы, благодаря которым возможно такое воздействие бактерий на организм, пока неясны.

Важный аспект патогенеза атеросклероза связан снарушением холестеринового и липидного обменов, в том числе атеросклероз напрямую связан с гиперхолестеринемией и высоким отношением ЛПНП/ЛПВП (липопротеидов низкой и высокой плотности соответственно) в плазме крови. Исследования, проведенные на мышах, свидетельствуют о способности бактерий вида Enterococcus faecalis оказывать гипохолестеринемическое действие, возможно, синтезируя определенные метаболиты, способные изменять уровень экспрессии белков, контролирующих транспорт липидов и холестерина, в тонком кишечнике и печени, однакро до конца мехенизм этого влияния не объяснен[9]. Пероральное введение E. faecalis мышам с гиперхолестеринемией снижало уровень холестерина в плазме крови. Более того, бактерии этого вида способны модулировать состав микрофлоры кишечника, изменяя его в пользу лактобацилл и бифидобактерий, свойственных нормальной микрофлоре.

В пользу значимости роли микробиома кишченика в патогенезе атеросклероза говорит исследование, проведенное с целью оценить различия в микробиоме молодых и пожилых организмов[10]. Одним из основных факторов развития артериальной дисфункции, в том числе опосредованной атеросклерозом, является окислительный стресс. В данной работе авторы использовали две группы мышей – молодых и пожилых – и измерили уровень вышеописанного триметиламиноксида в плазме крови представителей двух групп, а затем, после подавления кишечной микрофлоры антибиотиками в двух группах, наблюдали уменьшение содержания вышеуказанного метаболита, а так же улучшение состояния артериального русла у пожилых мышей. Таким образом было выявлено наличие выраженной взаимосвязи между возрастными изменениями микробиома и повышенным риском развития сердечно-сосудистых патологий[10].

Заключение: Вышеуказанные факты свидетельствуют о наличии тесной взаимосвязи между микробиомом кишечника и патогенезом некоторых сердечно-сосудистых болезней, в том числе и такой грозной патологии, как атеросклероз. Механизмы, через которые микрофлора может потенцировать или, наоборот, предотвращать развитие данных заболеваний, также разнообразны (например, посредством таких метаболитов, как ТМАО), однако во многом неясны. Перспектива микробиома как мишени для терапии и профилактики заолеваний сердечно-сосудистой системы значительна, однако не изучена. Предстоит провести множество исследований, связанных с определением всех влияний и механизмов этих влияний микробиома на сердце и сосуды, а так же на холестериновый обмен. В случае и успеха, человечество в будущем может получить средство, влияющее на эти процессы, и облегчающее течение серьёзных патологий; но в любом случае необходимо продолжение исследований, так как независимо ни от чего они помогут глубже понять природу атеросклероза и других патологий.

Библиографический список:

1. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология: Учебник для студентов медициинских вузов / Под. ред. А.А. Воробьева. – 2-е изд., испр. И доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. – 704 с.: ил., табл. Стр. 88-93

2. Pronovost GN, Hsiao EY. Perinatal Interactions between the Microbiome, Immunity, and Neurodevelopment. //*Immunity*. (2019) 50(1):18-36.

3. Sheng Z, Tan Y, Liu C, Zhou P, Li J, Zhou J, Chen R, Chen Y, Song L, Zhao H, Yan H. Relation of Circulating Trimethylamine N-Oxide With Coronary Atherosclerotic Burden in Patients With ST-segment Elevation Myocardial Infarction. *Am J Cardiol.* (2019) 123(6):894-898

4. Cheng X, Qiu X, Liu Y, Yuan C, Yang X. Trimethylamine N-oxide promotes tissue factor expression and activity in vascular endothelial cells: A new link between trimethylamine N-oxide and atherosclerotic thrombosis. *Thromb Res*. (2019) 177:110-116

5. Ke Y, Li D, Zhao M, Liu C, Liu J, Zeng A, Shi X, Cheng S, Pan B, Zheng L, Hong H. Gut flora-dependent metabolite Trimethylamine-N-oxide accelerates endothelial cell senescence and vascular aging through oxidative stress. *Free Radic Biol Med*. (2018) Feb 20;116:88-100.

6. Yoshida N, Sasaki K, Sasaki D, Yamashita T, Fukuda H, Hayashi T, Tabata T, Osawa R, Hirata KI, Kondo A. Effect of Resistant Starch on the Gut Microbiota and Its Metabolites in Patients with Coronary Artery Disease. *J Atheroscler Thromb.* (2018) Dec 27. doi: 10.5551/jat.47415.

7. Yoshida N, Emoto T, Yamashita T, Watanabe H, Hayashi T, Tabata T, Hoshi N, Hatano N, Ozawa G, Sasaki N, Mizoguchi T, Amin HZ, Hirota Y, Ogawa W, Yamada T, Hirata KI. Bacteroides vulgatus and Bacteroides dorei Reduce Gut Microbial Lipopolysaccharide Production and Inhibit Atherosclerosis. *Circulation.* (2018) 138(22):2486-2498.

8. Liu Z, Li J, Liu H, Tang Y, Zhan Q, Lai W, Ao L, Meng X, Ren H, Xu D, Zeng Q. The intestinal microbiota associated with cardiac valve calcification differs from that of coronary artery disease. *Atherosclerosis.* (2018) Dec 4;284:121-128.

9. Zhu Y, Li T, Din AU, Hassan A, Wang Y, Wang G. Beneficial effects of Enterococcus faecalis in hypercholesterolemic mice on cholesterol transportation and gut microbiota. *Appl Microbiol Biotechnol.* (2019), pp 1-11, doi: 10.1007/s00253-019-09681-7

10. Brunt VE, Gioscia-Ryan RA, Richey JJ, Zigler MC, Cuevas LM, Gonzalez A, Vázquez-Baeza Y, Battson ML, Smithson AT, Gilley AD, Ackermann G, Neilson AP, Weir T, Davy KP, Knight R, Seals DR. Suppression of the gut microbiome ameliorates age-related arterial dysfunction and oxidative stress in mice. *J Physiol.* (2019) Feb 4 - doi: 10.1113/JP277336

Харисова Назиля Рамилевна
Kharisova Nazilya Ramilevna
Студентка 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ
E-mail: nazilya.harisova@mail.ru

Инамова Диана Анваржановна
Inamova Diana Anvarzhanovna
Студентка 4 курса лечебного факультета
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

Стяжкина Светлана Николаевна
Styazhkina Svetlana Nikolaevna
Научный руководитель: д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ

УДК 616-002.4

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СРЕДИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН НА БАЗЕ ПЕРВОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ УДМУРСТКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2017-2018ГГ.

FREQUENCY OF MEETINGS OF TROPHIC ULCERS OF THE LOWER EXTREMITIES AMONG MEN AND WOMEN BASED ON THE FIRST REPUBLIC HOSPITAL OF THE EMERGENCY REPUBLIC FOR 2017-2018.

Аннотация: В статье рассмотрены вопросы этиологии, патогенеза, частоты встречаемости трофических язв нижних конечностей. На материале хирургических отделений Республиканской клинической больницы №1 Удмуртской Республики.

Abstract: The article deals with the etiology, pathogenesis, frequency of occurrence of trophic ulcers of the lower extremities. On the material of the surgical departments of the Republican Clinical Hospital №1 of the Udmurt Republic.

Ключевые слова: трофические язвы нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность.

Key words: trophic ulcers of the lower extremities, chronic venous insufficiency.

Актуальность. Язва представляет собой дефект тканей с малой тенденцией к заживлению, возникший на фоне нарушенной реактивности тканей вследствие внешних или внутренних причин, которые по интенсивности выходят за пределы адаптационных возможностей организма [3]. Исходя из предложенного определения, становится ясным, что образование трофической язвы является следствием системных патологических изменений в самом организме и усугубляется воздействием внешних факторов. К этому могут приводить различные заболевания, сопровождающиеся локальным нарушением гемодинамики артериальной, венозной и лимфатической систем, в том числе и на микроциркуляторном уровне. Кроме того, играют роль травмы кожи, мягких тканей, периферических нервов.

Цель работы: Изучить и проанализировать уровень частоты встречаемости трофических язв нижних конечностей среди мужчин и женщин Удмуртской Республики за 2017-2018гг.

Материалы и методы: Проанализировано 30 историй болезни пациентов за 2017-2018гг. с диагнозом трофические язвы нижних конечностей, прошедших госпитализацию на базе бюджетного учреждения Здравоохранения Удмуртской Республики Первой Республиканской клинической больницы Министерства здравоохранения Удмуртской Республики (БУЗ УР РКБ №1 НЗ УР)

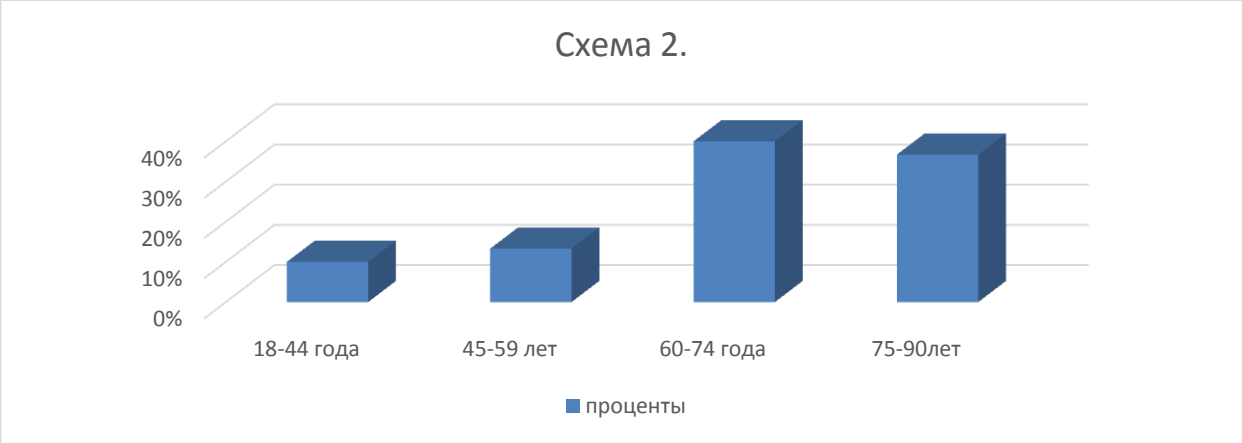
Результаты и обсуждения.

Трофические язвы - одно из самых распространенных осложнений болезней сосудов нижних конечностей. Трофические язвы нижних конечностей (ТЯНК) являются следствием разнообразных заболеваний, нарушающих локальную гемодинамику артериальной, венозной, лимфатической систем, включая микроциркуляторный уровень поражения. Кроме этих факторов, причиной появления трофических язв могут быть различные травмы кожи, мягких тканей и периферических

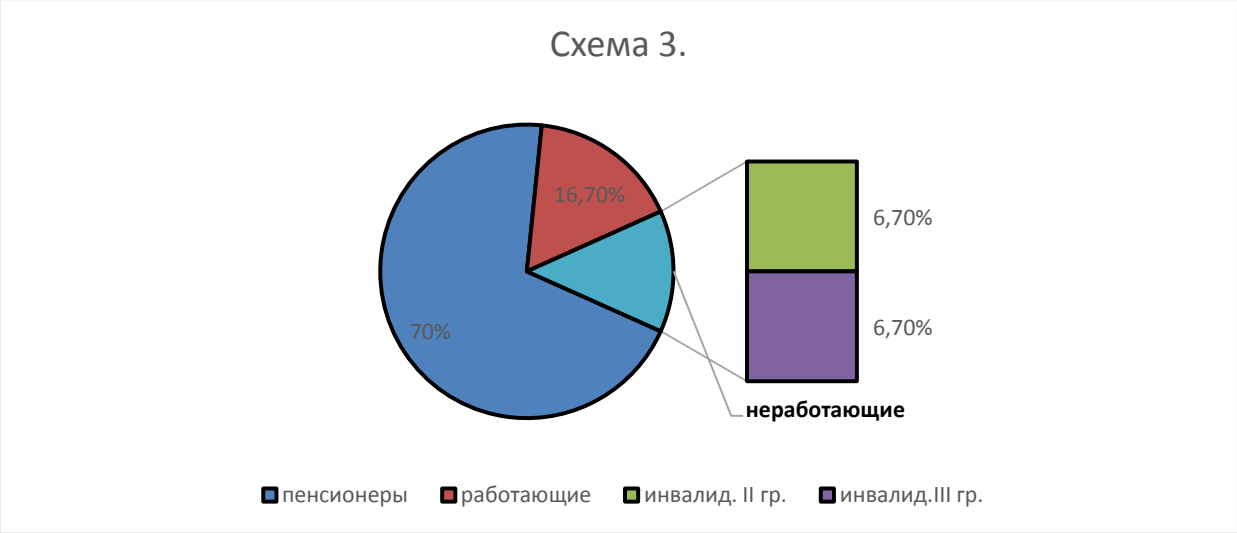
нервов[3]. Трофические язвы нижних конечностей широко распространены в старшей возрастной группе. По данным ряда авторов, ими страдают от 0,3% до 1,6% пожилых людей, и число подобных больных неуклонно возрастает.

Среди изученных нами 30 историй болезни пациентов мы выявили, что 13(43,3%) из них заведены мужчинам и 17(56,7%) женщинам в возрасте от 40 до 83 лет, что в соотношении составило 1:1,5 (Схема 1).

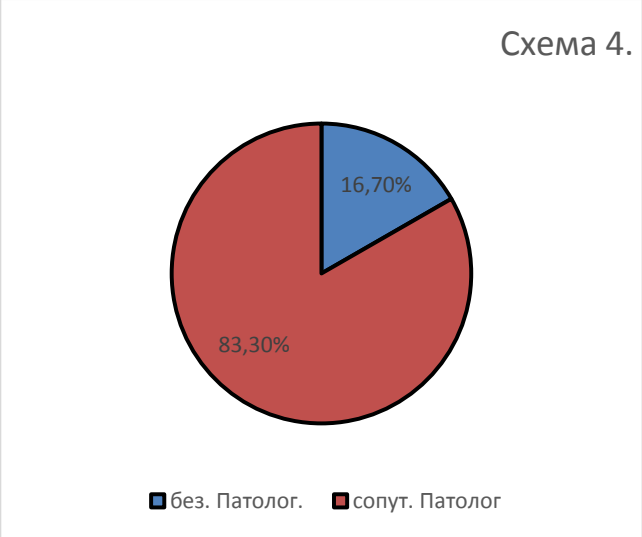
Средний возраст мужчин составил – 60,0±7,5, женщин – 68,6 ±5,6 лет. Больные молодого возраста (18-44 года) составили 3 человека (10%); среднего возраста (45-59 лет) - 4(13,3%) человек; пожилого возраста (60-74 года) – 12(40%) и старческого возраста (75-90 лет) - 11 (36,7%) (Схема 2).

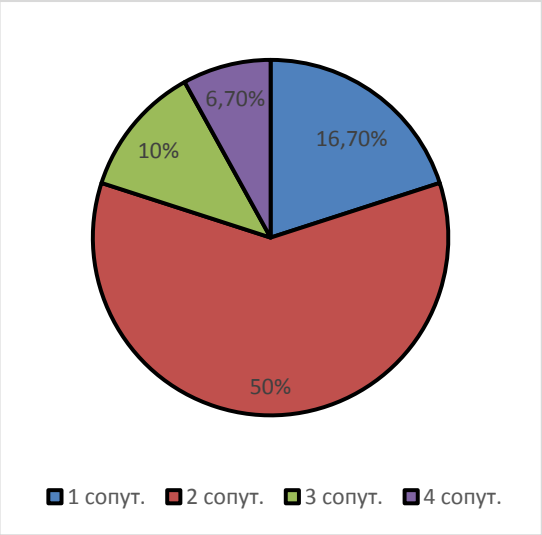


Из всего числа исследуемых пенсионеры составили 21(70%) человек, неработающих – 4 (13,3%), работающих – 5 (16,7%). Среди исследуемых инвалидность имели 4 (13,3%) человека (Схема 3).



У 25 (83,3%) пациентов имелась сопутствующая патология, при этом у 5 (16,7%) выявилось одно сопутствующее заболевание, у 15 (50%) - два сопутствующих заболевания, у 3 (10%) - три, у 2 (6,7%) - четыре сопутствующих патологии (Схема 4).





Признаки хронической венозной недостаточности имелись у 23 (76,7%) больных.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре у мужчин составила 9,8 дней, у женщин – 14,8 дней.

Выводы:

1. Средний возраст пациентов мужского пола 60,0±7,5 лет; женского 68,6±5,6 лет, при этом женщины болеют данной патологией в 1,5 раза чаще мужчин.

2. У 25 (83,3%) пациентов имелась сопутствующая патология, при этом у 5 (16,7%) выявилось одно сопутствующее заболевание, у 15 (50%) - два сопутствующих заболевания, у 3 (10%) - три, у 2 (6,7%) - четыре сопутствующих патологии.

3. Признаки хронической венозной недостаточности имелись у 23 (76,7%) больных.

4. Средняя продолжительность пребывания в стационаре у мужчин составила 9,8 дней, у женщин – 14,8 дней.

Библиографический список:

1. Оболенский В.Н., Родоман Г.В., Никитин В.Г., Карев М.А. Трофические язвы нижних конечностей - обзор проблемы. Русский медицинский журнал. 2009; 25: 1647 – 63 с.

2. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Венозные трофические язвы. Мифы и реальность. Флеболимфология. 2000; 11: 5 - 10с.

3. Толстых П.И., Тамразова О.Б., Павленко В.В., Кулешов И.Ю., Толстых М.П. Длительно не заживающие раны и язвы (патогенез, клиника, лечение). М.: Дипак; 2009.

4. Флебология: руководство для врачей / В.С. Савельев [идр.]; под ред. В. С. Савельева. - М.: Медицина, 2001. - 664 с.

Галимова Регина Маратовна
Galimova Regina Maratovna
Студент

Хазиева Регина Риналовна
Hazieva Regina Rinalovna
Студент

Толмачёв Денис Анатольевич
Tolmachev Denis Anatolevich
Доцент
Ижевская Государственная Медицинская Академия

УДК 615.37

ОЦЕНКА ВАКЦИНАЦИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

EVALUATION OF VACCINATION AMONG THE 4TH YEAR STUDENTS OF THE MEDICAL ACADEMY

Аннотация: Статья затрагивает вопрос отношения студентов медицинской академии к вакцинации на примере четвертого курса. В целях исследования было проведено анкетирование. Авторы попытались разобраться в показателях вакцинации и ревакцинации среди студентов, так как статистика показывает частый отказ студентов от данных видов профилактики, их недостаточную информированность в этом вопросе.

The summary: The article addresses the issue of the attitude of medical academy students to vaccination on the example of the 4th course. For the purpose of the study, a survey was conducted. The authors tried to understand the indicators of vaccination and revaccination among students, as the statistics show the frequent refusal of students from these types of prophylaxis, their lack of awareness in this matter.

Ключевые слова: студенты, вакцинация, ревакцинация.

Key words: students, vaccination, revaccination.

Введение.

Вакцинопрофилактика является наиболее доступным и эффективным способом борьбы с инфекционными заболеваниями во всех социальных группах населения. Еще начиная с 1840-1843 гг. была принята массовая вакцинация от натуральной оспы. В 1974 году Всемирная Организация Здравоохранения приняла концепцию о расширенной программе иммунизации, это позволило достичь снижения инфекционных заболеваний. В наши дни главной задачей иммунопрофилактики является поддержание и сохранение достигнутого эпидемического благополучия. Для реализации данного плана необходимо продолжать вакцинировать всех в обязательном порядке детей первых лет жизни, а также своевременно проводить ревакцинацию среди лиц старшего возраста.

Действующее положение о графике необходимых вакцинаций, принятых в Российской Федерации, представлено в “Национальном календаре профилактических прививок”, утвержденном приказом Минздрава РФ от 21.03.2014 №125н в редакции от 13.04.2017. [2].

Вакцинация является одним из главных методов профилактики, практикующейся во всех странах. Активная и пассивная иммунизация позволяют избежать опасных заболеваний и летального исхода, причиной которых те могут стать.

За последние несколько лет наблюдается тенденция к уменьшению количества людей, согласных на вакцинацию и ревакцинацию. Чаще всего это связано с боязнью возникновения побочных эффектов, сомнениями в эффективности подобного рода профилактики и дороговизны выполнения этой процедуры. Эти показатели могут варьироваться среди разных групп населения и требуют отдельного изучения в каждой из них. [1,2,5,6].

Основная часть.

Для оценки вакцинопрофилактики была отобрана выборка, состоящая из студентов 4 курса Ижевской государственной медицинской академии: лечебного и педиатрического факультетов.

Цель: провести оценку отношения студентов 4 курса Ижевской государственной медицинской

академии к вакцинопрофилактике и проанализировать знании о ревакцинации.

Материал и методы: проведение анонимного анкетирования исследуемой группы, анализ данных анкет.

В опросе приняло участие 100 человек (50 человек педиатрического и 50 человек лечебного факультета). Возраст студентов составил от 21 до 23 лет.

Таблица 1.

Возраст	Педиатрический факультет	Лечебный факультет
21 год	36 человек	34 человека
22 года	11 человек	9 человек
23 года	3 человека	7 человек

Результаты и их анализ:

На основании анкетирования и анализа полученных результатов выявлено отношение студентов медицинской академии к вакцинации в целом. Установлено, что большинство студентов активно выступают «за» вакцинацию: 100 % студентов педиатрического и 94 % студентов лечебного факультета. Лишь 6% (3 человека) против вакцинации (см. таблицу 2).

Таблица 2.

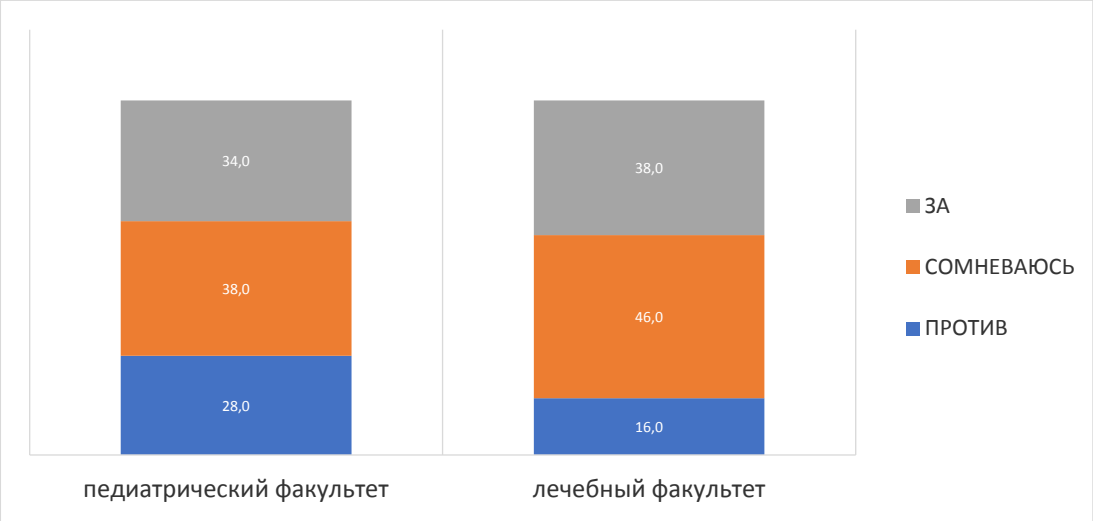
Отношение студентов к вакцинации.

	Педиатрический факультет	Лечебный факультет
«за»	100,0%	94,0%
«против»	-	6,0%

Далее было проанализировано отношение студентов отдельно к вакцинации против гриппа. Большинство студентов выступает «за» вакцинацию против гриппа – 36,0 % обследуемых (34,0 % педиатрического, 38,0 % лечебного факультета), сомневаются в необходимости 42 % (38,0% педиатрического, 46 % лечебного факультета), «против» вакцинации 22,0 % (28,0 % педиатрического, 16,0 % лечебного факультета) (табл. 3).

Таблица 3.

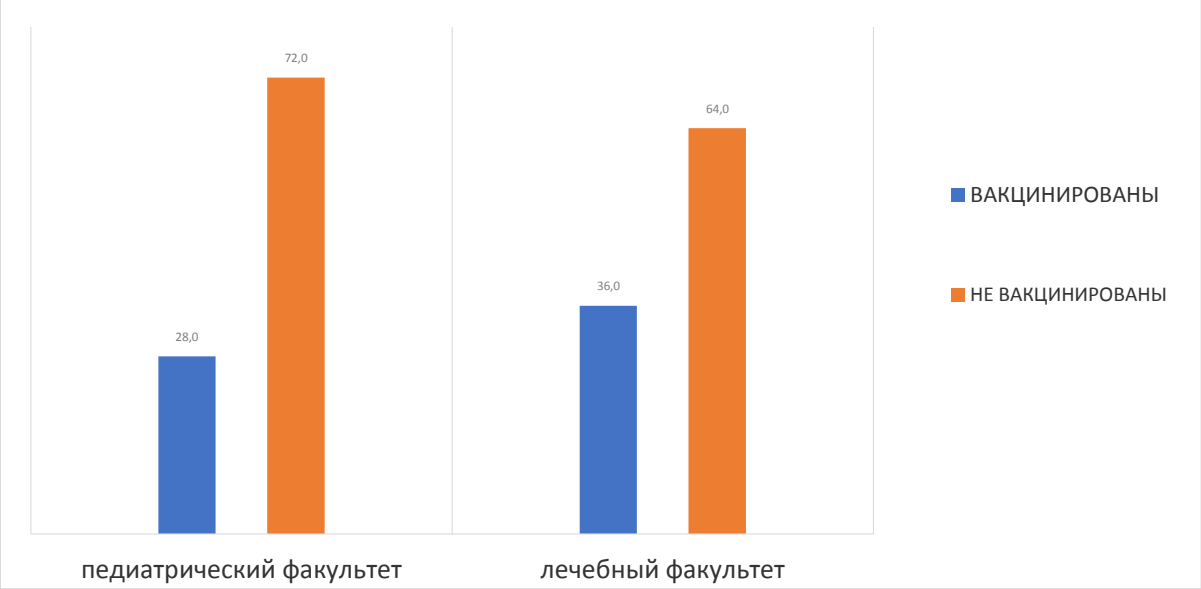
Отношение студентов педиатрического и лечебного факультетов к вакцинации против гриппа (%).



Далее был произведен анализ выполнения вакцинации против гриппа в этой группе исследуемых. Оказалось, что несмотря на преобладание числа согласных и сомневающихся насчет вакцинации, число добровольно вакцинированных студентов намного ниже отказавшихся от вакцинации (табл. 4).

Таблица 4.

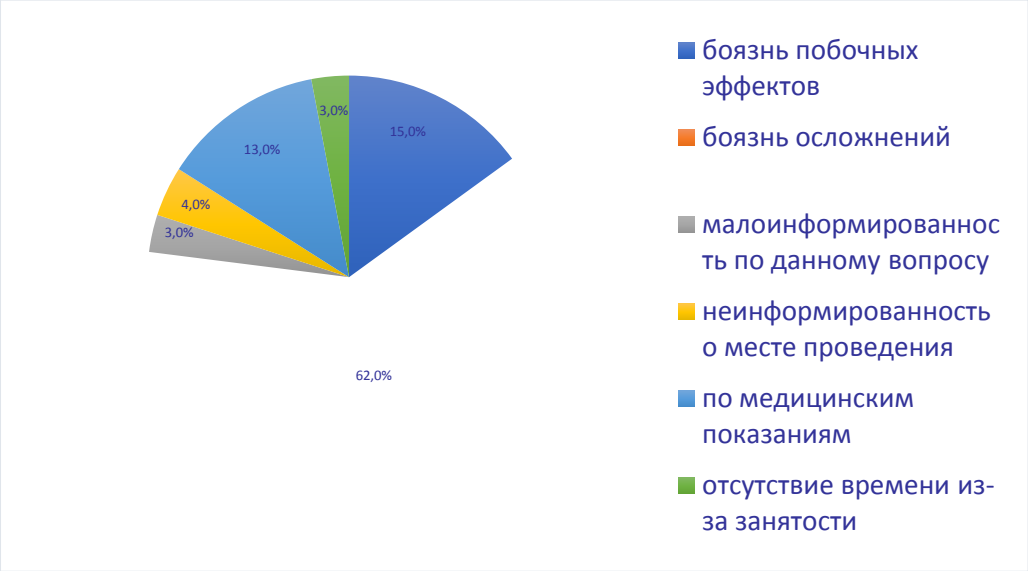
Процентное соотношение числа вакцинированных от гриппа и отказавшихся студентов.



Отказавшиеся от вакцинации студенты 68,0% студентов (72,0 % студентов педиатрического факультета, 64,0 % студентов лечебного факультета) выделили ряд причин, из-за которых они придерживаются своего мнения. Самой частой причиной оказалась возможность возникновения осложнений (59,0 %). Были озвучены такие осложнения, как «часто возникающее и тяжело протекающее заболевание ОРВИ сразу после вакцинации», «возникновение других заболеваний вследствие понижения иммунитета». Вторая по значимости причина – появление осложнений: слабости, быстрой утомляемости, головных болей, повышения температуры тела. Так же были озвучены следующие причины: отказ по медицинским показаниям – 13,0 % (к ним относятся студенты болеющие ОРВИ на момент плановой вакцинации), неинформированность о месте проведения - 4,0 %, малоинформированность в данном вопросе – 3,0 %, отсутствие времени из-за занятости – 3% (табл. 5).

Таблица 5

Причины сомнений и отказа студентов от вакцинации против гриппа.



О вопросах ревакцинации данная группа исследуемых была выбрана не случайно. Именно в данный промежуток времени возникает необходимость проводить ревакцинацию, особенно против столбняка и ревакцинацию против вируса краснухи у лиц женского пола.

Вирус краснухи - нетяжелое инфекционное заболевание. Опасности подвергаются лишь беременные женщины, у них этот вирус вызывает тяжелые фетопатии, итогом заболевания может стать выкидыш или порок развития. А как известно промежуток 21-24 года является наиболее

популярным для рождения детей. [4].

Столбняк – острое инфекционное заболевание, характеризующиеся поражением нервной системы и проявляющееся напряжением скелетной мускулатуры и судорогами. [1].

Как показывают данные исследования, большинство студентов не знают о сроках ревакцинации: среди студентов педиатрического факультета 58,0 %, среди студентов лечебного факультета 56,0 %. Ревакцинацию провели единицы: 6,0 % среди педиатрического факультета, 10,0 % среди лечебного факультета (табл. 6).

Таблица 6.

Ревакцинация среди студентов.

	Педиатрический факультет		Лечебный факультет	
	Да	Нет	Да	Нет
Получали ли уведомления о ревакцинации	5 человек (10,0 %)	45 человек (90,0 %)	4 человека (8,0 %)	46 человек (92,0 %)
Знаете ли вы о сроках ревакцинации	18 человек (36,0 %)	32 человека (54,0 %)	22 человек (44,0 %)	28 человека (56,0 %)
Проводилась ли ревакцинация	3 человека (6,0 %)	47 человек (94,0 %)	5 человека (10,0 %)	45 человек (90,0 %)

Среди опрошенных о сроках ревакцинации больше осведомлены 44,0 % и ревакцинированы 10,0 % студенты лечебного факультета. Студенты педиатрического факультета осведомлены 36,0 % и ревакцинированы 54,0 в меньшем количестве. Основными причинами стали: малая информативность и не заинтересованность.

Выводы.

Анализ опроса студентов установил, что большинство студентов выступает «за» вакцинацию, когда речь идет о выборе метода профилактики заболеваний. В отношении отдельно к вакцинации от гриппа выявлено снижение количества студентов, выступающих «за» вакцинацию. Хотя большинство все еще согласно или сомневается. Статистика вакцинированных от гриппа студентов показала результат, что вакцинирован лишь небольшой процент студентов. Самыми частыми причинами отказа от вакцинации являются: боязнь возможности возникновения осложнений, боязнь появления побочных эффектов, отказ по медицинским показаниям, неинформированность о месте проведения, малоинформированность в данном вопросе, отсутствие времени из-за занятости, а так же личный негативный опыт.

Исходя из данных анкетирования так же можно сделать вывод, что студенты недостаточно информированы о сроках ревакцинаций, и лишь небольшая часть из этих лиц вовремя их выполнили. Одной из главных причин этого является непонимание важности данного вида профилактики и откладывание на более поздний срок. Вышесказанное является большой проблемой и может привести к опасной эпидемиологической ситуации.

Важной задачей является повышение уровня осведомленности всех групп населения о вакцинации, сроках ревакцинации, а также информирование о их необходимости ради сохранения жизни и здоровья населения.

Библиографический список:

1. Смирнов, С. М. Профилактические прививки / С.М. Смирнов, А.А. Ясинский. - М.: Медицина, 2016. - 264 с.
2. Федорова, Е. А. Прививки. Календарь, реакции, рекомендации / Е.А. Федорова. - М.: АСТ, Астрель, 2015. - 128 с.
3. Грипп и другие ОРВИ. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 320 с.
4. Краснуха: эпидемиология, лабораторная диагно- стика и профилактика в условиях спорадической заболеваемости: Аналит. обзор. — СПб.: НИИЭМ им. Пастера, 2010.
5. Эпидемиология и профилактика социально обусловленных заболеваний. Попова Н.М., Савельев В.Н. Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. 2016.
6. Оценка здоровья студентов медицинского вуза. Наследскова М.А., Кашапова Н.И., Толмачев Д.А. Синергия Наук. 2018.

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X

Научный медицинский журнал «Авиценна»
Кемерово 2019