

СЕВЕРНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СЗО РАМН
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

БЮЛЛЕТЕНЬ
СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Выпуск XXXXVII

№ 1

Архангельск
2022

УДК 61(98)
ББК 5(001)
Б 98

Главный редактор: доктор медицинских наук, проректор по научно-инновационной работе СГМУ *Т.Н. Унгуряну*

Зам. главного редактора: кандидат медицинских наук, доцент *А.В. Лебедев*; младший научный сотрудник ЦНИЛ СГМУ *А.А. Парамонов*

Редакционная группа: *А.О. Завьялов*

Бюллетень Северного государственного медицинского университета. – Ар-
Б 98 хангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2022.
– № 1 (Вып. XXXXVII). – 127 с.

В бюллетене представлены работы молодых ученых (ординаторов, аспирантов) и студентов СГМУ и других вузов. Статьи отражают основные направления научной работы и развития медицины: новые методы лечебно-диагностической помощи, здоровье матери и ребёнка, медико-экологические аспекты здоровья населения, проблемы охраны психического здоровья, организация медико-социальной помощи населению, совершенствование системы медицинского образования.

УДК 61(98)
ББК 5(001)

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА КОНСТИТУЦИЮ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА

Абдулова А.Р.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра гигиены и медицинской экологии. Студентка 6 курса факультета медико-профилактического дела и медицинской биохимии. E-mail: nstsbdlv@gmail.com

Научный руководитель: доц. Мироновская А.В.

Аннотация: В данном литературном обзоре рассматриваются вопросы влияния употребления алкоголя на конституцию тела человека.

Ключевые слова: алкоголь, суточная калорийность питания, ожирение, индекс массы тела.

Алкоголь является психоактивным веществом, вызывающим зависимость, которое широко используется во многих культурах на протяжении столетий. В современном обществе регулярное употребление алкоголя считается социально приемлемым. Последствия, связанные с употреблением алкоголя, становятся серьезной проблемой всего населения в мире.

Целью данной работы является анализ литературы по вопросу влияния алкоголя на конституцию тела человека.

Понятие «конституция тела человека» включает в себя тип строения тела. Для ее оценки используются следующие показатели: длина тела, масса тела, процентное содержание жира, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ) и окружность грудной клетки (ОГК), индекс массы тела (ИМТ).

На 2018 год лидирующее место в продажах алкогольной продукции в Российской Федерации занимает пиво – 78,0%, затем виноградные и плодовые вина – 10,2%, водка и ликеро-водочные изделия – 8,9%, шампанские и игристые вина – 1,8%, коньяки – 1,2 %. Средний объем продаж пива в России в 2018 г. составил 50 литров на душу населения в год, виноградных и плодовых вин – 6,5 литров на душу населения в год, водки и ликероводочных изделий – 5,6 литров на душу населения в год, шампанских и игристых вин – 1,2 литра на душу населения в год, коньяков – 0,8 литров на душу населения в год. [1]

Воздействие алкоголя на антропометрические показатели человека в значительной мере определяется двумя взаимосвязанными параметрами: общий объем употребляемого алкоголя и модель употребления алкоголя [10]. Из доклада ВОЗ об алкоголизации и состоянии здоровья в мире «Global status report on alcohol and health 2018» следует, что для уровней и моделей употребления алкоголя характерны гендерные различия [11].

Исследования Breslow, Tolstrup, French et al. у взрослого населения показали, что количество и интенсивность употребления алкоголя (среднее количество напитков за эпизод) положительно коррелирует с ИМТ ($\geq 30 \text{ кг/м}^2$) и ОТ ($\geq 102 \text{ см}$), в то время как частота употребления алкоголя (количество дней употребления алкоголя) – коррелирует отрицательно [2,4,7]. В исследованиях Rohde, Jeanett F et al также установлено, что частота употребления алкоголя имела обратную связь с ИМТ и ОТ. Это связано с клиническими данными о более низком ИМТ и жировой массе у пациентов, страдающих тяжелым алкоголизмом. Эксперименты in vitro и in vivo определили, что воздействие этанола увеличивает липолиз и снижает массу белой жировой ткани. Общее употребление алкоголя было связано с увеличением ИМТ, но только у женщин. Данный результат согласуется с выводами, полученными в ходе исследований Нее-Юу et al., показывающими, что употребление алкоголя было связано с увеличением ИМТ, массы тела и жировых отложений среди корейских женщин. Эти результаты были отмечены как с поправкой на суточную калорийность питания, так и без нее, что свидетельствует об отсутствии влияния суточной калорийности питания на взаимосвязь между потреблением алкоголя и увеличением массы тела [6].

По результатам исследований, проведенных среди взрослых в Китае (Xu X. et al.), доля ожирения была ниже у непьющих, по сравнению с пьющими. ИМТ и ОТ были выше у тех, кто употреблял алкоголь как минимум 3-5 дней в неделю. И чем раньше началось употребление алкоголя, тем выше был риск ожирения. Это подтверждает высокий риск (в 1,2 раза выше) центрального ожирения у мужчин, которые начали пить каждую неделю до 20 лет, в сравнении с людьми, что стали употреблять алкогольные напитки в более старшем возрасте [4,9].

Данная аналогия отмечается в исследованиях Shelton, Nicola Jane, and Craig S Knott, где оценивалось влияние запоя на изменение массы тела. Риск ожирения был на 70% выше в группе наиболее пьющих людей по сравнению с группой с легким употреблением алкоголя. Wannamethee, Shaper и Whincup обнаружили, что чрезмерное потребление алкоголя связано с общим и, в большей степени, с центральным ожирением, независимо от типа алкоголя и от того, употреблялся ли алкоголь во время еды или нет. При этом наибольший эффект наблюдался при употреблении пива [8]. Точно так же Coulson et al. обнаружили более высокий ИМТ, процентное содержание жира в организме и ОТ у людей, употребляющих 5 и более напитков в день, по сравнению с непьющими [3]. В исследованиях Lukasiewicz Esther et al. была обнаружена положительная связь между общим потреблением алкоголя и ИМТ только у мужчин [5].

Заключение

Противоречивые результаты потенциально могут быть связаны с различными типами алкогольных напитков, а также с общим количеством потребляемого алкоголя в максимальном объеме его потребления. При этом пиво и пивные напитки оказывают более пагубное воздействие на конституцию тела человека, в отличие от виноградных и плодовых вин.

На сегодняшний день не было проведено исследований влияния употребления алкоголя на конституцию тела человека на территории РФ. При этом тенденция регулярного употребления алкоголя гражданами РФ сохраняется.

Литература:

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году: Государственный доклад.— М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2020.— 299 с.
2. Breslow R. A., Smothers B. A. Drinking patterns and body mass index in never smokers: National Health Interview Survey, 1997–2001. American journal of epidemiology. 2005 – 161(4), 368–376.
3. Coulson C. E. et al. Alcohol consumption and body composition in a population-based sample of elderly Australian men. Aging clinical and experimental research, 2013 – 25(2), 183–192.
4. French M. T., Norton E. C., Fang H., Maclean J. C. Alcohol consumption and body weight. Health economics. 2010 – 19(7):814–832.
5. Lukasiewicz E. et al. Alcohol intake in relation to body mass index and waist-to-hip ratio: the importance of type of alcoholic beverage. Public health nutrition. 2005 – 8(3), 315–320.
6. Rohde J. F. et al. Alcohol consumption and its interaction with adiposity-associated genetic variants in relation to subsequent changes in waist circumference and body weight. Nutrition journal. 2017 – 16(1), 51.
7. Tolstrup J. S., Heitmann B. L., Tjønneland A. M., Overvad O. K., Sørensen T. I., Grønbaek M. N. The relation between drinking pattern and body mass index and waist and hip circumference. International journal of obesity. 2005 – 29(5), 490–497.
8. Wannamethee S. G., Shaper A. G., Whincup P. H. Alcohol and adiposity: effects of quantity and type of drink and time relation with meals. International journal of obesity. 2005 – 29(12), 1436–1444.
9. Xu X. et al. Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi. 2019 – 40(7), 759–764.
10. ВОЗ. Алкоголь – 2018. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
11. WHO. Global status report on alcohol and health – 2018. Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 5 ЛЕТ

Абрамова П.А., Киселева А.Д.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра гигиены и медицинской экологии. Студенты 6 курса факультета медико-профилактического дела и медицинской биохимии. E-mail: an.kiseleowa2017@yandex.ru

Научный руководитель: д.м.н., проф., Засл. работник высшей школы РФ Гудков А.Б.

Аннотация: представлен анализ материалов, посвященных профессиональной заболеваемости в Архангельской области за пятилетний период. Установлено, что профессиональная заболеваемость постепенно снижается, что связано с усовершенствованием технологического процесса и модернизацией производства.

Ключевые слова: профессиональные болезни, Архангельская область

Введение. Профессиональные заболевания являются важной медико-социальной проблемой [1–3]. Профессиональная патология у рабочих приносит значительные трудовые потери и существенный общий ущерб, вызванный производственным травматизмом, профессиональными и профессионально обусловленными заболеваниями, огромный экономический ущерб, так как поражает лиц трудоспособного возраста и рабочих высокой квалификации.

Целью исследования является анализ профессиональной заболеваемости у рабочих Архангельской области по статистическим данным за последние 5 лет.

Задачами данной работы является изучение структуры профессиональной заболеваемости, определение динамики изменений характера ведущей патологии, а так же выявление основных направлений профилактики.

Материалы и методы. Для ретроспективного анализа и изучения структуры профессиональной патологии были использованы Государственные доклады “О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области” [4-8] и Государственные доклады “О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации” [9-13] в период с 2016 по 2020 гг.

Результаты и обсуждение. После проведенного анализа данных Государственных докладов можно сделать вывод, что показатель профессиональной заболеваемости в Архангельской области в целом ниже уровня профессиональной заболеваемости по России, за исключением 2017 года (показатель по России – 1,31, по Архангельской области – 1,7) (Рис.1).

Профессиональные заболевания в Архангельской области являются частыми причинами утраты трудоспособности и инвалидизации. Динамика утраты трудоспособности рабочими представлена на рисунке 2.

Что касается медицинских осмотров, то они являются обязательными для работников всех отраслей. Они направлены на выявление профессиональной патологии на ранней стадии и представлены рисунке 3.

Наиболее высокий уровень заболеваемости профессиональной патологией отмечается в городе Архангельске и Приморском районе. Это связано с тем, что основная масса предприятий сосредоточена именно здесь.

Превалирующими профессиональными патологиями у работников предприятий Архангельской области являются заболевания, связанные с воздействием производственных физических факторов, а также заболевания, связанные с физическими перегрузками и функциональным перенапряжением отдельных органов и систем.

Заключение. Ситуация с профессиональной заболеваемостью в Архангельской области последние пять лет остается удовлетворительной и не превышает показателей по России.

Уровень профессиональной заболеваемости по области в целом снижается. Можно предположить, что это связано с постепенным усовершенствованием технологического процесса, а так же контролем соблюдения условий труда работодателем и надзорными органами.

Отрицательным моментом является то, что большинство случаев профессиональных заболеваний выявляются уже при активном обращении работников. Это может указывать на некачественное проведение периодических медицинских осмотров и нежелание работника сообщать врачу о имеющихся у него симптомах заболевания.

Чтобы снизить показатели профессиональной заболеваемости необходимо обязательно внедрять следующие группы профилактических мероприятий: 1) санитарно-технологические мероприятия; 2) санитарно-технические мероприятия; 3) медико-профилактические мероприятия.

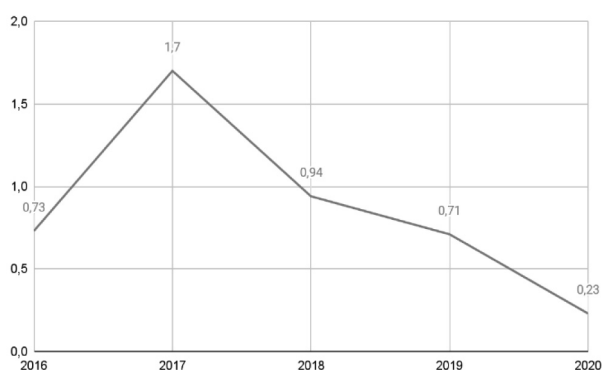


Рис. 1. Динамика показателя заболеваемости на 10 тыс. рабочих в период с 2016 по 2020 год в Архангельской области



Рис. 2. Динамика утраты трудоспособности рабочими в период с 2016 по 2020 год в Архангельской области

Литература:

1. Бузинов Р.В., Зайцева Т.Н., Лазарева Н.К., Рудков А.Б. Социально-гигиенический мониторинг в Архангельской области: достижения и перспективы: Монография // Под общ. ред. А.Б. Гудкова. – Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2005. 260 с.
2. Терентьева Е.С., Галашева В.А. Влияние вынужденного положения тела (стоячее) на сосудистую систему ног // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2020. №2 (45). С. 126-127.
3. Чашин В.П., Ковшов А.А., Гудков А.Б., Моргунов Б.А. Социально-экономические и поведенческие факторы риска нарушений здоровья среди коренного населения крайнего севера // Экология человека. 2016. №6. С. 3-8.
4. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в

2016 году: Государственный доклад / под ред. Р.В. Бузинова – Архангельск, 2017. – 150 с.

5. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2017 году: Государственный доклад / под ред. Р.В. Бузинова – Архангельск, 2018. – 149 с.

6. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2018 году: Государственный доклад / под ред. Р.В. Бузинова – Архангельск, 2019. – 146 с.

7. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2019 году: Государственный доклад / под ред. Р.В. Бузинова – Архангельск, 2020. – 148 с.

8. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2020 году: Государственный доклад / под ред. Р.В. Бузинова – Архангельск, 2021. – 144 с.

9. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году: Государственный доклад.– М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2017.–220 с.

10. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2017 году: Государственный доклад.–М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2018.–268 с.

11. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году: Государственный доклад.–М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2019.–254 с.

12. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году: Государственный доклад.– М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2020.– 299 с.

13. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021. 256 с.

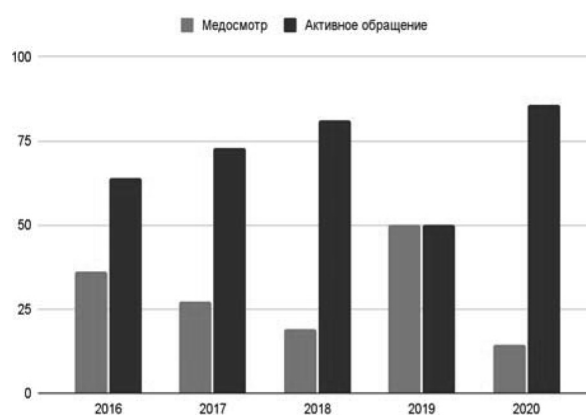


Рис. 3. Выявление профессиональной патологии у рабочих в период с 2016 по 2020 год в Архангельской области

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. ГРЫЖА АМИАНДА

Андреева Е.А., Кувакин Д.Г.

ГБУЗ АО «Коряжемская городская больница». Хирургическое отделение.

E-mail: andrushech1987@mail.ru

Аннотация: В статье приводится случай из практики острого аппендицита в ущемленной паховой грыже.

Ключевые слова: грыжа Амианда, острый аппендицит.

Введение. Острый аппендицит занимает лидирующее положение среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, который требует неотложного хирургического вмешательства. Ущемление червеобразного отростка наблюдается крайне редко, несмотря на то, что отросток в грыже встречается в 0,2-2,0% случаях.[1,3]

6 декабря 1735 года впервые была проведена документально подтвержденная аппендэктомия. Выполнил ее академик, глава британского общества хирургов Клодиус Амианд. Операция была выполнена 11-летнему мальчику Хенвилу Андерсену, который был госпитализирован в клинику с правосторонней пахово-мошоночной грыжей, осложненной каловым свищом. Как только был вскрыт грыжевой мешок,

оттуда пулей вылетела стальная булавка, фонтаном забили каловые массы. Амиандом был обнаружен гангренозный аппендицит, окутанный салынником. Так была выполнена впервые в истории аппендэктомия-червеобразный отросток у его основания был перетянут лигатурой и пересечен. Всю операцию пациента поили обезболивающим маковым сиропом. Испытанные муки ребенка были на грани человеческих возможностей. И все же мальчик поправился. С тех пор паховая грыжа, в которой происходит острое воспаление аппендикса, называется грыжей Амианда.[4,6]

В 1955 г. Н. И. Краковский выделил 3 варианта расположения отростка в грыжевом мешке: 1) весь червеобразный отросток лежит в грыжевом мешке; 2) слепой конец отростка расположен в грыжевом мешке, а остальная часть – в брюшной полости; 3) слепой конец – в брюшной полости, а основание – в грыжевом мешке с характерными особенностями клинической картины и хирургической тактики.[2,5]

Случай из собственной практики интересен тем, что острый аппендицит в ущемленной паховой грыже встречается крайне редко, а дифференцировать это состояние до операции практически невозможно.

Материалы, методы и результаты исследования.

Пациент Ф., 56 лет, поступил в хирургическое отделение Коряжемской городской больницы 08.10.2021г. по направлению фельдшера участковой больницы Ленского района через 2 суток после начала заболевания.

Анамнез заболевания: со слов пациента, грыженосительство в течение 10 лет, в течение последних 2-х лет, грыжа стала спускаться в мошонку, самостоятельно вправлялась в положении лежа. В течение двух суток грыжа перестала вправляться, появились сильные боли в правой половине мошонки. Пациент обратился за медицинской помощью по месту жительства, был направлен к нам в больницу сан. транспортом.

При поступлении: жалобы на боли в области правой половины мошонки. Состояние больного средней степени тяжести. Кожа бледно-розовая, сухая. Температура тела 37,4С. Дыхание везикулярное. ЧДД 22 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. ЧСС 98 в мин. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области. В правой паховой области определяется опухолевидное образование, спускающееся в мошонку. Мошонка резко увеличена в размерах, пальпируется плотное, резко болезненное грыжевое выпячивание до 15см в диаметре. Пациент был в экстренном порядке подготовлен к операции, проведена предоперационная антибиотикопрофилактика.

Дата операции: 08.10.2021. Начало: 15:40. Конец: 17:05. Длительность 01.25.

Название операции: Аппендэктомия. Грыжесечение с пластикой по Лихтенштейну.

Ход операции: Под спинальной анестезией произведен разрез параллельно и выше на 2 см паховой складки. Гемостаз. Вскрыт паховый канал. Выделен грыжевой мешок, вскрыт, получено большое количество светлой грыжевой воды. Содержимое грыжевого мешка- слепая кишка с аппендиксом, последний напряжен, отечен, на верхушке покрыт налетом фибрина. Выполнена аппендэктомия, с погружением культи отростка в кисетный и Z-образные швы. Слепая кишка погружена в брюшную полость. Грыжевые ворота около 7см в диаметре. Выделен грыжевой мешок, последний 20х15см, прошит у основания и отсечен. Выполнена пластика задней стенки пахового канала сетчатым трансплантатом по Лихтенштейну. Послойно швы на рану. Повязка. Послеоперационный диагноз: Ущемленная правосторонняя пахово-мошоночная грыжа. Острый флегмонозный аппендицит.

Гистологический ответ №3302-3: грыжевой мешок при ущемленной грыже. Острый флегмонозный аппендицит.

В послеоперационный период больному была назначена антибактериальная, инфузионная терапия, обезболивание, перевязки. Послеоперационное течение гладкое. Пациент был выписан на амбулаторное лечение на 7-е сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Таким образом, острый аппендицит в ущемленной паховой грыже является редким состоянием и дифференцировать его до операции невозможно. Объем хирургического вмешательства зависит от распространенности воспалительного процесса, характера осложнений. В нашем случае, выполнение пластики задней стенки пахового канала с помощью сетчатого трансплантата при наличии острого воспаления червеобразного отростка не выявило послеоперационных осложнений.

Литература

1. Абушайбех Л.Г., Францев Ю.В., Добровольский С.Р. Деструктивный аппендицит в ущемленной паховой грыже/ хирургия. Журнал им.Н.И.Пирогова 2003;11-27.
2. Егоров Ю.В. Атипичное расположение червеобразного отростка в элементах семенного канатика. Вестник РУДН, сер.Медицина 2001; 1:136
3. Кукуджанов Н. И. Паховые грыжи. М.: Медицина, 1969. С. 362–365
4. Майстренко Н. А., П. Н. Ромащенко, Ягин М. В., Лысанюк М. В. , Бессонов Д. Е. Редкие случаи деструктивного аппендицита в паховой грыже/ вестник хирургии. 2016.97-100.
5. Пронин В.О., Бойко В.В. Патология червеобразного отростка и аппендэктомия. Харьков: СИМ;2007;271
6. Седов В. М. Аппендицит. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. 232 с.

ЧАСТОТА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРЕПАРАТОМ ПРЕВЕНАР-13

Белькова О.А., Булыгина Н.Ю., Карнавина Е.В., Коробейников О.В., Муравьева Я.Г.,
Сокольников А.В.

ГБУЗ АО «Архангельская городская детская клиническая поликлиника»

E-mail: ollllooooo@rambler.ru

Аннотация: Болезни органов дыхания относятся к лидирующим в структуре общей заболеваемости населения. Важным вкладом в безопасность вакцинации и повышение приверженности населения и родителей вакцинации является оценка нежелательных явлений и реакций, связанных с введением вакцин.

Ключевые слова: дети, пневмококковая инфекция, вакцинация препаратом «Превенар-13»

Пневмококковая инфекция – группа повсеместно распространенных антропонозных болезней, обусловленных наличием передаваемых воздушно-капельным путем бактерий *S. pneumoniae*, способных проникать в обычно стерильные среды организма человека, вызывая серьезную патологию с высокой летальностью[5].

Пневмококковая инфекция является ведущей причиной развития тяжелых пневмоний у детей в возрасте до двух лет и самой частой причиной бактериальных пневмоний в целом[6]. По данным ВОЗ, пневмококковая инфекция признается самой опасной из всех предупреждаемых вакцинопрофилактикой болезней и до внедрения универсальной вакцинации ежегодно приводила к смерти 1,6 млн. человек, из которых от 0,7 до 1 млн. – дети, что составляет 40% смертности детей первых 5 лет жизни[4].

По данным зарубежных авторов, этот возбудитель ответственен за 25-35% всех внебольничных и 3-5% госпитальных пневмоний. В России из 500 тыс. случаев пневмоний в год пневмококковую этиологию имеют 76% – у взрослых и до 90% – у детей в возрасте до 5 лет. Частота пневмококковых пневмоний среди детей до 15 лет составляет 490 случаев на 100 тыс., в возрасте до 4 лет – 1060 случаев на 100 тыс.[2.7].

Основную роль в патогенезе пневмококковой инфекции занимает носительство, которое в большинстве случаев протекает бессимптомно, однако у детей первых лет жизни может сопровождаться насморком. Наращение уровня носительства пневмококка происходит до 3 лет жизни, постепенно снижаясь с возрастом[6].

Наиболее эффективным методом предупреждения пневмококковой инфекции признана вакцинация. Согласно позиции ВОЗ, вакцинация – единственный способ существенно повлиять на заболеваемость и смертность от пневмококковой инфекции; снижение уровня антибиотикорезистентности. Имея подтверждение безопасности и эффективности пневмококковых конъюгированных вакцин, ВОЗ и ЮНИСЕФ считают необходимым включить эти вакцины для детей во все национальные программы иммунизации. При этом, следует обратить внимание, что максимальный защитный эффект достигается при рутинной вакцинации всех детей до 2-х лет, а не только пациентов групп риска[3].

Наиболее распространенной вакциной, используемой в РФ является «Превенар-13». По результатам исследований совпадение спектров выделяемых. В соответствии с инструкцией к препарату «Превенар-13» наиболее часто (более чем в 20% случаев) в поствакцинальном периоде могут возникать следующие реакции: лихорадка, редко превышающая 39°C, возбудимость, снижение аппетита и расстройство сна, а также местные реакции в виде отека, гиперемии, болезненности, уплотнения в месте введения вакцин[8].

Значительная доля этих реакций развивается в первые 48 часов после вакцинации и купируются самостоятельно или при использовании жаропонижающих и антигистаминных препаратов. У детей старшего возраста при первичной вакцинации препаратом «Превенар-13» наблюдается более высокая частота местных реакций, чем у детей первого года жизни[8].

Цель исследования- изучение частоты общих и местных реакций в поствакцинальном периоде у детей в возрасте до 2 лет в ГБУЗ АО «АГДКП».

Материалы и методы исследования: в рамках исследования проанализированы 221 амбулаторная карта (ф112/у) детей в возрасте до 2 лет. В зависимости от проведенной вакцинации пациенты были разделены на 3 группы: дети, которым была проведена вакцинация только против пневмококковой инфекции (64 амбулаторных карты), дети, которым была проведена вакцинация против пневмококковой и любой другой инфекции (61 амбулаторная карта) и дети, которым была проведена вакцинация против пневмококковой инфекции в сочетании с вакцинацией против коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита (иммунобиологическим препаратом «Пентаксим») (96 амбулаторных карт).

Критерием исследования явилось зарегистрированное в амбулаторной карте наличие или отсутствие местной и общей реакции на проведенную вакцинацию.

Результаты: общая частота реакций на вакцинацию составляет 40,7 на 1000 человек (9 зарегистрированных случаев реакций в 221 амбулаторных карт), частота местных реакций составила 4,5 на 1000 человек (1 зарегистрированный случай местных реакций в 221 амбулаторной карте).

В группе детей, которым была проведена вакцинация только против пневмококковой инфекции, частота общих реакций составила 46,9 на 1000 человек (3 зарегистрированных случая общих реакций в 64 амбулаторных картах), местных реакций не зарегистрировано. Также замечено, что в этой группе все общие реакции были на вторую вакцинацию препаратом «Превенар 13».

В группе детей, которым была проведена вакцинация против пневмококковой и любой другой инфекции, частота общих реакций составила 16,4 на 1000 человек (1 зарегистрированный случай общих реакций в 61 амбулаторной карте), местных реакций не зарегистрировано.

В группе детей, которым была проведена вакцинация против пневмококковой инфекции в сочетании с препаратом «Пентаксим», частота общих реакций составила 41,7 на 1000 человек (4 зарегистрированных случаев общих реакций в 96 амбулаторных картах), частота местных реакций составила 10,4 на 1000 человек (1 зарегистрированный случай местных реакций в 96 амбулаторных картах).

Вывод: не отмечается значительного изменения частоты общих и местных реакций при проведении вакцинации только препаратом «Превенар» или в сочетании с другими иммунобиологическими препаратами.

Литература:

1. Чучалин А.Г., Биличенко Т.И., Осипова Г.Л. и др. Вакцинопрофилактика болезней органов дыхания в рамках первичной медико-санитарной помощи населению: клинические рекомендации //Пульмонология. Приложение.-2015.-Т.25-С.1-19.[Chuchalin AG, Bilichenko TI, Osipova GL, et al. Vaksinoprofilaktika boleznei organov dykhaniya v ramkakh pervichnoimediko-sanitarnoi pomoshchi naseleniyu: klinicheskie rekomendatsii. Pulmonologiya=Russian Pulmonology. Supplement. 2015;25(2):1-19. (In Russ.)]

2. Федосеенко М.В. Перспектива вакцинопрофилактики пневмококковой инфекции: современный взгляд на проблему// Русский медицинский журнал. – 2009.-Т.17.-№ 1.-С. 36-41. [Fedoseenko MV. Perspektiva vaksinoprofilaktiki pnevmokokkovoy infekcii: sovremennyy vzglyad na problemu. Russkij medicinskij zhurnal. 2009;17(1);36-41. (In Russ.)]

3. Брико Н.И., Коршунов В.А., Намазова-Баранова Л.С. и др. Результаты трехлетней вакцинации детей против пневмококковой инфекции в России// Педиатрическая фармакология.-2018.-Т.15.-№4.-С.287-299. [Briko NI, Korshunov VA, Namazova-Baranova LS, et al. The Results of a Three-Year Pneumococcal Vaccination of Children in Russia. Pediatricheskaya farmakologiya- Pediatric pharmacology. 2018; 15(4):287-299(In Russ.)] doi: 10.15690/pf.v15i4.1943

4. Клинические рекомендации по вакцинопрофилактике пневмококковой инфекции у детей. – М.; ПедиатрЪ; 2018.-29 с. [Klinicheskie rekomendatsii po vaksinoprofilaktike pnevmokokkovoy infekcii u detei. Moscow: Pediatr; 2018.29p. (In Russ.)]

5. Федеральные клинические рекомендации по вакцинопрофилактике пневмококковой инфекции у взрослых. Пульмонология. 2019; 29 (1): 19–34. [Federal Clinical Guidelines on Preventive Vaccination Against Pneumococcal infections in Adults, 2019; 29 (1): 19–34] DOI: 10.18093/0869-0189-2019-29-1-19-34

6. Вакцины и иммунопрофилактика в современном мире: руководство для врачей/ под ред. Л.С. Намазовой-Барановой, Н.И. Брико., И.В. Фельдблюм. – М.; ПедиатрЪ; 2021.-612 с.

7. Burden of Streptococcus pneumoniae and Haemophilus influenzae type b disease in children in the era of conjugate vaccines: global, regional, and national estimates for 2000–15

8. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения-вакцина пневмококковая полисахаридная тринадцативалентная, ЛП 000798-140318.

ВЛИЯНИЕ НЕСЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ПАРОДОНТ ОПОРНЫХ ЗУБОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Булдакова А.С.¹, Соболева Н.Д.², Черныш А.Н.³, Лытасова В.Д.⁴

1 – ФГБОУ ВО «СГМУ», г. Архангельск, кафедра ортопедической стоматологии, клинический ординатор, E-mail: nicebuldakova11@gmail.com

2 – клинический ординатор, E-mail: nadya-so2014@yandex.ru

3 – студентка 5 курса стоматологического факультета, E-mail: ari.chernish@gmail.com

4 – студентка 5 курса стоматологического факультета, E-mail: vlada.lytasova@gmail.com

Научные руководители: д.м.н., проф. Юшманова Т.Н., к.м.н., доцент Скрипова Н.В., к.м.н., доцент Поливанова Е.А.

Аннотация: При лечении несъемными протезами изменяется привычная нагрузка на пародонт опорных зубов, вследствие чего происходит развитие различных побочных патологических процессов. Чаще всего это происходит в результате врачебных ошибок, таких как чрезмерное препарирование твердых тканей, создание излишней конусности апроксимальных стенок, травматическая ретракция десны,

микротравмы десневого края, неправильный выбор опорных зубов и т.д., что приводит к повышенной чувствительности, травме пульпы, ухудшению фиксации конструкции, появлению воспаления окружающих зуб тканей, развитию пародонтита.

Ключевые слова: металлокерамические протезы, опорные зубы, ошибки при протезировании, микротравмы десневого края.

Цель: изучить возможные изменения пародонта при использовании несъемных ортопедических конструкций, возникающие при совершении ошибок на разных клинико-лабораторных этапах протезирования (по данным литературы).

Частичная вторичная адентия (K08.1 по МКБ -10) – часто встречающийся диагноз в клинике ортопедической стоматологии [5]. Лечение пациентов часто производится несъемными конструкциями [1]. При их изготовлении применяются такие материалы, как сплавы металлов, пластмассы, фарфор, которые, находясь в полости рта длительное время, могут оказывать на нее патологическое влияние [5]. Например, акриловая пластмасса, набухая во влажной среде полости рта, давит на ткани десны, вызывая ее воспаление, а остаточный мономер, выходящий из нее, усугубляет ситуацию за счет токсического действия [1].

Металлокерамические конструкции, при правильном выполнении, не оказывают негативного влияния на ткани пародонта, еще меньшим отрицательным воздействием обладают коронки из диоксида циркония. Однако анализ результатов ортопедического лечения металлокерамическими протезами [1] выявил такие осложнения, как обострение периодонтита, появление подвижности опорных зубов, рецессии десны, развитие хронического пародонтита (при пользовании протезом более 4 лет), обострение пародонтита.

Самые тяжелые последствия возникают, если на этапах протезирования были допущены ошибки. К врачебным относятся ошибки на этапе получения оттисков (неправильный выбор оттисковой массы, неточность оттисков, разрыв между базисным и корригирующим слоями, неправильное количественное соотношения основной и корригирующей массы, отрыв оттиска от ложки, игнорирование времени стратификации и пр.), ошибки при фиксации протеза (нарушение инструкций при работе с фиксирующими материалами, неравномерная компрессия протеза во время фиксации) и др. [1]. Неадекватная оценка прикреплённой и свободной десны, параметров зубодесневой борозды, нарушение режима препарирования и ретракции десны, глубокое расположение циркулярного уступа или его отсутствие, несоответствия края коронки и уступа приводят к образованию депо микрофлоры, а избыток фиксирующего цемента повышает адгезию микроорганизмов и создает благоприятные условия для их размножения [2].

Край металлокерамической коронки, его расположение, толщина и конфигурация, метод одонтопрепарирования в пришеечной области (без уступа или с уступом), форма, ширина и протяженность уступа по периметру имеют ключевое значение. Из-за неравномерного прилегания края коронки наблюдается ухудшение гидродинамических показателей пародонта опорных зубов в 34 раза по сравнению со значениями интактного пародонта [3,4].

При применении мостовидного протеза распределение жевательного давления происходит неравномерно – повышенную нагрузку испытывают опорные зубы. Происходит перестройка жевательного аппарата, явления компенсации выражаются в усилении кровообращения, увеличении числа и толщины шарпеевых волокон периодонта, появлении гиперцементоза и др. Зубы, в свою очередь, внедряются в альвеолярную часть, поворачиваются в различных направлениях, часто оставаясь устойчивыми, наблюдается стираемость эмали и дентина антагонистов [7]. При этом пародонт опорных зубов претерпевает более выраженные реактивные и деструктивные изменения. Причем проявление последних не всегда связано с длиной промежуточной части мостовидного протеза. Реактивные изменения затрагивают практически все ткани пародонта, но в большей степени они проявляются в кости. Происходит также нарушение эпителиального прикрепления десны, разрушение коллагеновых волокон зубной связки и перестройка нейросенсорного аппарата периодонта [2].

С другой стороны, если протезирование проведено без ошибок, состояние пародонта улучшается после протезирования. Это связано, во-первых, с соблюдением больными рекомендаций по гигиене полости рта после ортопедического лечения, во-вторых, с возрастающей функциональной активностью зубных рядов после протезирования. Кроме того, наличие экватора искусственных коронок и восстановление межзубных контактных пунктов также способствует защите краевого пародонта от травмирующего действия пищи во время жевания [3,4].

Керамические мостовидные протезы на фрезерованных каркасах из диоксида циркония (методика CAD/CAM), имели функциональные показатели, сопоставимые с металлокерамикой, но осложнения тоже возникали и, примерно, в те же сроки (обострение периодонтита, хронический периодонтит). Однако существенно реже проявлялись признаки заболевания пародонта (гингивит, обострение пародонтита, хронический пародонтит и т.д.) [6].

Таким образом, при протезировании несъемными конструкциями происходит значительное воздействие на пародонт опорных зубов, особенно в случае врачебных ошибок, что приводит к осложнениям. При отсутствии ошибок и соблюдении пациентом рекомендаций по гигиене полости рта, протезирование оказывает положительное воздействие на пародонт опорных зубов.

Список литературы

1. Гоман М.В., Майборода Ю.Н., Заборовец И.А., Белая Е.А.. Влияние несъемных конструкций протезов на состояние пульпы и пародонта опорных зубов // Кубанский научный медицинский вестник. 2016. № 6(161). С.151-156.
2. Дзаурова М. А., Самтеладзе З. А., Гонибова А. А., Горбатова Е. А. Влияние консольных и мостовидных протезов на морфофункциональные характеристики пародонта // Российская стоматология. 2016. №9(1). С. 30-33.
3. Жулев Е.Н., Архангельская Е.П., Мхитарян А.А. Клиническая оценка состояния тканей пародонта после применения несъемных протезов // Вестник новых медицинских технологий. 2020. Т. 27, № 2. С. 16–18.
4. Копытов А.А. Роль окклюзионных и гидродинамических факторов в генезе воспалительных процессов околозубных тканей и методы их компенсации: Дисс...доктора мед. наук, Белгород. 2018. С. 331.
5. Куркина В.М. Значение металлокерамических конструкций в ортопедической стоматологии // Научное обозрение. Медицинские науки. 2017. №4. С. 42-46.
6. Олесеова В.Н., Гришкова Н.О., Жаров А.В., Новоземцева Т.Н., Ремизова А.А. Отдаленные результаты замещения включенных дефектов зубных рядов керамическими протезами на каркасах из диоксида циркония // Медицинский алфавит. 2016. №21. С. 30-32.
7. Пархоменко А.Н., Моторкина Т.В., Шемонаев В.И.. Изучение влияния различных алгоритмов препарирования зубов под коронки на исход ортопедического лечения // Вестник новых медицинских технологий, электронный журнал. 2018. №3. С.15-21.

COVID-19: ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ, КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Бутина А.А., Елисеева А.Д., Исакова И.И.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра инфекционных болезней. 6 курс. Педиатрический факультет.

E-mail: butina.poly@yandex.ru, eliseewa.sascha2018@yandex.ru, isakovairina2015@yandex.ru

Научный руководитель: д.м.н, проф. Титова Л.В.

Аннотация: Актуальность изучения факторов риска новой коронавирусной инфекции, а также влияния коморбидного фона на течение заболевания определяет важность изучения данных вопросов для своевременного принятия тактики лечения пациентов из уязвимых групп населения. Понимание механизмов, с помощью которых определенные группы людей более восприимчивы к воздействию SARS-CoV-2 и почему их подгруппа склонна к тяжелой пневмонии и смерти, должно привести к лучшему подходу и более эффективному лечению COVID-19.

Ключевые слова: факторы риска, коронавирусная инфекция, поражения органов при covid-19, коморбидность

С момента первой вспышки в Китае, SARS-CoV-2 распространился по всему миру, унеся жизни более одного миллиона человек. В связи с этим важную роль приобрела необходимость прогнозирования течения COVID-19 с выделением наиболее уязвимых групп населения. Это особенно важно для людей с сопутствующими заболеваниями. Одним из возможных механизмов заражения является проникновение SARS-CoV-2 в клетки, имеющие рецепторы ангиотензин-превращающего фермента II типа (АПФ-2). Данные рецепторы представлены в основном в альвеолоцитах II типа, а также в сердце, печени и почках. Сочетание патологических состояний с коронавирусной инфекцией приводит к повышению экспрессии АПФ-2, что может создать условия для тяжелого заболевания и летального исхода.

Целью обзора является: представить современные научные данные о факторах риска заражения Ковид-19, госпитальной летальности в зависимости от сопутствующей патологии.

Материал и методы. При написании литературного обзора были изучены отечественные и зарубежные интернет – источники по выбранной теме. Поиск необходимой литературы проводился через научную электронную библиотеку (e-library) и англоязычную базу данных медицинских публикаций (pub med).

Исследовательская группа из Китая привела данные о клиническом течении и прогнозе заболевания у пациентов разного возраста. Так, пациенты в возрасте ≥ 60 лет имели более тяжелую клинику и более длительное течение болезни по сравнению с пациентами до 60 лет. В старшей возрастной группе чаще применялось антибактериальное лечение, внутривенное введение кортикостероидов и использование ИВЛ. В свою очередь у пациентов до 60 лет наблюдалась быстрая положительная динамика в ответ на терапию [1].

В этой же статье приводились сведения о половых различиях. Исследователи определили, что развитие тяжелого ОРДС и высоких показателей летальности преобладает среди лиц мужского пола. Вероятно, эта особенность связана с гендерно-специфическим поведением, генетическими и гормональными факторами [1].

Рассмотренные исследования показали, что диабет и сердечно-сосудистая патология были наиболее распространенными сопутствующими заболеваниями среди пациентов с коронавирусной инфекцией. Гипертония неоднократно встречалась как фактор риска у пациентов с COVID-19 [2].

Среди наиболее часто встречающихся осложнений, одно из первых мест занимают аритмии. По статистическим данным аритмии встречаются в среднем у 7% лиц с легким течением инфекции и в 44% случаев на фоне тяжелого течения. Наиболее частые причины развития данных осложнений: гипоксические, метаболические и электролитные изменения, а так же влияние медикаментозной терапии на длину QT- интервала [2].

Предполагается, что нарушение функции сердца не является частым последствием перенесенного COVID-19. В свою очередь повреждение миокарда было отмечено у значительного числа инфицированных пациентов. При изучении сердец умерших пациентов от атипичной ковидной пневмонии, по данным аутопсии, у 1/3 обнаружены вирусы непосредственно в миокарде [2].

Терапевтическое лечение новой коронавирусной инфекции влечет за собой назначение не одной группы лекарственных препаратов. Ответ организма на терапию напрямую имеет связь с функциональной целостностью почек, которые играют важную роль в метаболизме лекарств. Выделена прямая зависимость между поражением почек и уровнем летальности от COVID-19, т.к. возникают условия для развития нестабильной гемодинамики, изменений в системе гомеостаза и электролитного баланса [3].

Достоверно установлено, что наличие ХОБЛ в анамнезе увеличивает вероятность неблагоприятного исхода заболевания в 5 и более раз. Разные источники сообщают, что 15 – 50% курильщиков приобретают ХОБЛ, а 90% пациентов с уже установленным диагнозом являются активными потребителями табака или употребляли его в прошлом [4].

И если наличие самой ХОБЛ изолированно уже ведёт к повышенной экспрессии рецепторов АПФ-2, то в сочетании с табакокурением к этому присоединяются дополнительные проблемы, такие как снижение местного и системного воспалительного ответа, дисбаланс микробиоты дыхательных путей, нарушение мукоцилиарного клиренса и архитектоники бронхов, что способствует более тяжелому течению COVID-19 [4].

До сих пор неизвестно, имеют ли пациенты с диабетом более высокую восприимчивость к данной инфекции, но есть наблюдения, что риск выше как для развития инфекции, так и для тяжести заболевания. Число больных СД среди заболевших COVID-19 варьируется от 16,2% в Китае до 25% в РФ. При анализе летальности было выявлено, что мужчины умирали в 2 раза чаще, чем женщины. Есть данные о том, что суточные колебания гликемии в пределах 3,9 – 10,0 ммоль/л ассоциировались со значительно меньшей летальностью, чем при уровне гликемии, стабильно превышающем 10 ммоль/л. Так же отсутствие контроля гликемии является фактором риска тяжелого течения и высокой смертности инфицированных больных СД [5].

В исследовании Кравчук, Неймарк отмечено, что нарушение обмена веществ, наблюдаемое при ожирении, нередко сочетается с другими заболеваниями (сердечно-сосудистые, СД 2) или повышает риск их развития у пациента в будущем. Из-за отложения жира вокруг ребер увеличивается масса и снижается растяжимость стенок грудной клетки, при отложении жировой ткани в средостении ограничивается подвижность легких, а при избыточном отложении жира в брюшной полости ограничивается экскурсия диафрагмы. В совокупности эти факторы приводят к удлинению сроков госпитализации, повышенной потребности в ИВЛ, достигая 90% при ИМТ >35 кг/м². Параллельно с этим, на фоне повышенной выработки провоспалительных цитокинов (TNF- α , IL – 1,6,10) происходит дисрегуляция иммунного ответа, которая ведёт к фатальному осложнению COVID-19 у пациента – цитокиновому шторму [5].

Достаточно часто у больных COVID-19, особенно при тяжелом течении, выявляются поражения печени, которые могут осложняться острой печеночной недостаточностью. Пациенты с нарушением функции печени более длительно пребывают в стационаре и имеют худший прогноз. В настоящее время не до конца изучен тот момент, что связанное с COVID-19 повреждение печени вызвано самим вирусом или другой сопутствующей патологией. Риск развития тяжелого течения COVID-19 типичен для людей старшего возраста, имеющих сопутствующие заболевания, которые часто сопровождаются неалкогольным стеатозом, что делает их печень более уязвимой [6].

В одном из исследований было показано, что частота повреждения печени варьировала от 14,8 до 53%, что в основном было обусловлено аномальным уровнем АЛТ и АСТ, а также слегка повышенным уровнем билирубина. На данный момент не доказано, что у пациентов с хроническим вирусным гепатитом В или С имеется высокий риск заражения SARS-CoV-2. Исследование показало, что пациенты с неалкогольной жировой болезнью печени имели более высокий риск развития COVID-19 в тяжелой форме [6].

Таким образом, основными факторами риска тяжелого клинического течения и исходов у пациентов с COVID-19 были определены пожилой возраст, мужской пол, ранее существовавшая гипертония, диабет, ожирение, ХОБЛ, ХБП и поражение печени. Тяжесть течения и прогноз при COVID-19 напрямую зависит от выраженности коморбидного фона. Следовательно, раннее выявление пациентов с риском тяжелого заболевания может снизить уровень смертности за счет своевременно начатого лечения.

Литература:

1. Yang Liu, Bei Mao, Shuo Liang Association between age and clinical characteristics and outcomes of COVID-19 *Eur Respir J.* 2020 May; 55(5): 2001112;
2. Магомедов А.М., Даниялова П.М., Алиева, Влияние COVID-19 на людей с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями // *Международный журнал медицины и психологии.* 2021, Том 4, №3;
3. Chen Y, Kluo R, Wang K. Kidney disease is associated with in hospital death of patients with COVID-19. *kidney Int* 2020;97(5):829-838;
4. Olloquequi J. COVID-19 Susceptibility in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur J Clin Invest.* 2020; 50: e13382;
5. Шестакова М.В., Викулова О.К., Исаков М.А., Дедов И.И. Сахарный диабет и COVID-19: анализ клинических исходов по данным регистра сахарного диабета Российской Федерации // *Проблемы эндокринологии.* – 2020. – Т. 66. – №1. – С. 35-46. doi;
6. Feng G, Zheng KI, Yan QQ, Rios RS, Targher G, Byrne CD, et al. COVID-19 and liver dysfunction: current insights and emergent therapeutic strategies. *J Clin Transl Hepatol.* 2020; 8:18–24.

ВОЗДЕЙСТВИЕ МАЛЫХ ДОЗ РАДИАЦИИ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Веселова М.М., Протасова Д.А.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра гигиены и медицинской экологии. Студентки лечебного факультета 3 курса 2 группы.

Научный руководитель: д.м.н., проф., Заслуженный работник высшей школы РФ, Гудков А.Б.

Аннотация: Влияние малых доз ионизирующего излучения на организм человека продолжают привлекать внимание исследователей. В данной публикации проанализировано влияние малых доз ионизирующего излучения на организм человека, эффекты ионизирующего излучения и их последствия.

Ключевые слова: ионизирующее излучение, малые дозы излучения, биологический эффект.

Ионизирующее излучение – уникальное явление окружающей среды, действие которого на организм, на первый взгляд, совершенно неэквивалентно величине поглощаемой энергии [9]. Летальная доза для млекопитающих при облучении всего тела составляет лишь 10 Гр [6]. Поглощаемая при этом энергия повышает температуру тела всего на тысячные доли градуса. Это явление получило название «основной радиобиологический парадокс». Ничтожное повышение температуры тела не вызывает изменений в организме, а появляющиеся изменения являются следствием нарушения в химических связях молекул в клетках и тканях, возникающие вслед за облучением. Предполагается возможность существования цепных реакций, усиливающих первичное действие, или наличие в клетках систем положительных обратных связей, которые после возникновения поддерживаются независимо от существования породившей их причины [2,7,8].

Ионизирующее поражение клетки не полностью объясняется повреждением биологически важных молекул. Клетка – сложная динамическая система биологически важных макромолекул, которые скомпонованы в субклеточных образованиях, выполняющих определенные физиологические функции. Эффект действия ионизирующего излучения можно понять, приняв во внимание изменения, происходящие как в самих клеточных органеллах, так и во взаимоотношениях между ними [4,5].

Все биологические эффекты и последствия действия ионизирующего излучения на человека делятся на два класса: стохастические и не стохастические (детерминированные). Для стохастических эффектов в отличие от не стохастических, не существует дозового порога, а это значит, что биологический эффект реализуется при действии сколь угодно малых доз облучения [4,7].

Прежде чем более подробно рассматривать влияние малых доз на организм, следует отметить, где находится верхний порог малых доз. Данная граница определяется по-разному в различных областях радиобиологии, это зависит от критерия оценки. В радиобиологии понятие «малая доза» обычно связывают с величиной дозы, при которой исследуемый эффект начинает проявляться. По мнению Научного комитета по действию атомной радиации при ООН, например, малая доза равна 20-40 мГр [3,4,6].

Также стоит упомянуть о принятой Международной комиссией по радиологической защите в 1965 году линейной беспороговой концепции: «Поскольку о существовании пороговой дозы неизвестно, предполагается, что даже самые малые дозы дают пропорционально малый риск индукции малигнизации» [3,6,8].

Радиационное поражение клетки протекает в несколько стадий. Первая стадия, когда происходит поглощение энергии излучения, характеризуется как физическая. Она длится примерно 10^{-16} секунд. При этом происходит образование ионизированных и возбужденных атомов и молекул. Далее следует физико-химическая стадия, длящаяся 10^{-14} секунд. Происходит перераспределение поглощенной энергии

внутри молекул и между ними, образование свободных радикалов. Затем в течение 10^{-5} секунд происходят реакции между свободными радикалами и между ними и интактными молекулами, а также образование широкого спектра молекул с измененными структурой и функциональными свойствами. Эта стадия получила название химическая [3,5,7].

Заключительная стадия биологическая. Она самая продолжительная и может длиться как несколько секунд, так и несколько лет. При этом происходит последовательное развитие поражения на всех уровнях биологической организации: от субклеточного до организменного, затем развитие процессов биологического усиления и репарационных процессов [3].

Таким образом, анализ источников литературы о влиянии малых доз ионизирующего излучения на организм человека позволяет утверждать, что любая, даже самая маленькая доза радиации способна оказать эффект на организм. Сложность изучения данной темы заключается в том, что эффект излучения способен не проявляться в течении нескольких лет и более. Однако, данная тема остается по-прежнему актуальной, так как современный человек все чаще сталкивается с использованием ионизирующее излучения в сравнительно малых дозах в самых различных сферах жизни, таких как промышленное производство и медицина [1].

Литература:

1. Афанасьева А.Е., Бурлакова Ю.Р. Влияние радона на заболевания населения // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2020. № 2 (45). С.11-12
2. Бузинов Р. В., Зайцева Т.Н., Лазарева Н.К., Гудков А.Б. Социально-гигиенический мониторинг в Архангельской области: достижения и перспективы: Монография // Под общ. ред. А. Б. Гудкова. – Архангельск: СГМУ, 2005. 260 с.
3. Голивец Т. П., Коваленко Б. С., Волков Д. В. Актуальные аспекты радиационного канцерогенеза: проблема оценки эффектов воздействия «Малых» доз ионизирующего излучения. Аналитический обзор // Актуальные проблемы медицины. 2012. №16 (135). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-aspekty-radiatsionnogo-kantserogeneza-problema-otsenki-effektov-vozdeystviya-malyh-doz-ioniziruyuschego-izlucheniya> (дата обращения: 11.04.2021).
4. Журавская А. Н. Биологические эффекты малых доз ионизирующих излучений. Аналитический обзор // Природные ресурсы Арктики и Субарктики. 2016. №2 (82). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/biologicheskie-effekty-malyh-doz-ioniziruyuschih-izlucheni-obzor> (дата обращения: 11.04.2021).
5. Камлюк А. Н., Ширко А. В., Жаворонков И. С. Моделирование влияния малых доз радиации на упругие характеристики ДНК // Вестник Командно-инженерного института МЧС Республики Беларусь. 2014. №2 (20). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/modelirovanie-vliyaniya-malyh-doz-radiatsii-na-uprugie-harakteristiki-dnk> (дата обращения: 21.09.2021).
6. Кострюкова Н. К., Карпин В. А. Биологические эффекты малых доз ионизирующего излучения // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2005. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/biologicheskie-effekty-malyh-doz-ioniziruyuschego-izlucheniya> (дата обращения: 11.04.2021).
7. Мамедов Г. М. Аспекты изучения «малых» доз радиации как потенциального патогенного фактора для человека // Биомедицина (Баку). 2009. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aspekty-izucheniya-malyh-doz-radiatsii-kak-potentsialnogo-patogennogo-faktora-dlya-cheloveka> (дата обращения: 11.04.2021).
8. Пестовский Ю. С. Биологическое действие ионизирующих излучений // Всероссийский журнал научных публикаций. 2013. №5 (20). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/biologicheskoe-deystvie-ioniziruyuschih-izlucheni> (дата обращения: 21.09.2021).
9. Сафонова В. Ю., Сафонова В. А. Биологическое влияние малых доз радиации, аспекты безопасности // Известия ОГАУ. 2011. №31-1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/biologicheskoe-vliyanie-malyh-doz-radiatsii-aspekty-bezopasnosti> (дата обращения: 11.04.2021).

КЛЕБСИЕЛЛЫ КАК ВОЗБУДИТЕЛИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Веселова М.М., Протасова Д.А.

Северный государственный медицинский университет.

Кафедра клинической биохимии, микробиологии и лабораторной диагностики.

Студентки лечебного факультета 3 курса 2 группы.

Научный руководитель: Воронцова А.С.

Аннотация: Проблема внутрибольничных инфекций остаётся актуальной на протяжении многих лет и приобрела в последние годы, исключительно большое значение для всех стран мира. В статье на основании литературных источников продемонстрирована роль *Klebsiella pneumoniae* в развитии внутрибольничных инфекций (ВБИ), а также других особо опасных инфекций.

Ключевые слова: внутрибольничные инфекции, клебсиелла, микроорганизмы, заболевание, антибиотики, *Klebsiella pneumoniae*.

Внутрибольничные инфекции – согласно определению ВОЗ, любые клинически выраженные заболевания микробного происхождения, поражающие больного в результате его госпитализации или посещения лечебного учреждения с целью лечения, а также больничный персонал в силу осуществления им деятельности, независимо от того, проявляются или не проявляются симптомы этого заболевания во время нахождения данных лиц в стационаре [5]. Причиной таких инфекций являются условно-патогенные микроорганизмы, в большинстве случаев семейства Enterobacteriaceae, бактерии рода *Shigella* и рода *Klebsiella*.

Наиболее опасным оппортунистическим патогеном для человека в последнее время становятся факультативные анаэробы *Klebsiella pneumoniae* [8]. Они являются возбудителями, которые вызывают пневмонии с высоким риском летального исхода, особенно у недоношенных новорожденных и у иммунокомпрометированных пациентов [2]. Около 6% здоровых людей являются носителями клебсиеллы на слизистой оболочке верхних дыхательных путей, преимущественно в носоглотке, реже она может присутствовать на коже, а также на наружных или близких к поверхности участках мочеполовой системы здорового человека. Клебсиеллы могут выдерживать пересыхание и сохранять жизнеспособность на искусственных поверхностях благодаря способности образовывать капсулу. Данные микроорганизмы приобрели ряд факторов вирулентности, которые позволяют возбудителю длительно персистировать в условиях организма-хозяина в результате чего возникают хронические инфекции и бактерионосительство [4]. *K. pneumoniae* способна ускользать от иммунного ответа макроорганизма, включая защиту от фагоцитоза, катионных антимикробных пептидов (КАП), системы комплемента [8]. Бактерии рода *Klebsiella* проявляют антибиотикорезистентность к цефалолу, цефтриаксону, гентамицину, ципролету, кифотексу [3]. На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что нозокомиальные пневмонии клебсиеллезной этиологии требуют особого подхода к выбору лечения, которое должно проводиться в ранние сроки с учетом данных определения устойчивости к противомикробным препаратам *in vitro* [6].

Клебсиелла способна вызывать такое заболевание, как неонатальный сепсис. Основным синдромом, наблюдавшимся у большинства детей с данным инфекционным заболеванием и определившим тяжесть состояния, был геморрагический. Развитие тромбоцитопении является одним из ранних диагностических маркеров неонатального сепсиса, вызванного клебсиеллой [7]. Основным механизмом устойчивости к цефалоспорином у Клебсиеллы является продукция бета-лак-тамаз расширенного спектра действия (БСЛР). Именно поэтому наблюдается неэффективность действия аминопенициллинов и цефалоспоринов. Подавляют жизнедеятельность продуцентов БЛРС карбапенемы – класс β -лактамов антибиотиков.

Были проанализированы данные посевов от пациентов с ИСМП реанимационного отделения одного из крупных стационаров Архангельской области (рисунок 1). На диаграмме представлены представители внутрибольничной флоры, вызывающие инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи в 2020 году. По результатам проведенных исследований преобладает клебсиеллез (возбудитель *Klebsiella* spp. – 68,3%). Не менее опасными возбудителями внутрибольничных инфекций являются *Acinetobacter* spp. (13,8%), *Staphylococcus aureus* (9,4%), *Pseudomonas aeruginosa* (8,5%).

Таким образом, анализ источников литературы об условно-патогенных бактериях рода Клебсиеллы доказывает, что контроль клебсиеллезной инфекции может быть осуществлен путем сочетания эпидемиологических мероприятий и организации целесообразной, микробиологически обоснованной стратегии использования антибиотиков [1].

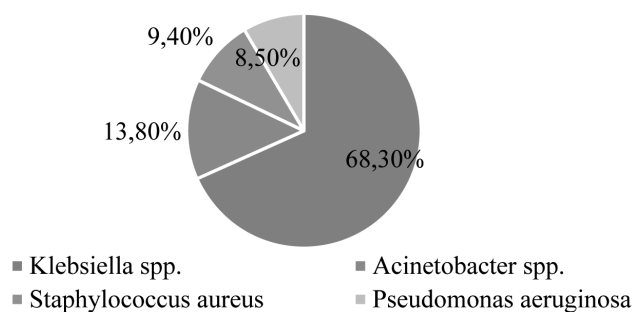


Рисунок 1 - Представители внутрибольничной флоры, вызывающие инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи в 2020 году в реанимационных отделениях одного из крупных стационаров Архангельской области

Литература:

1. Абатуров А.Е., Никулина А.А. Развитие иммунного ответа при пневмонии, вызванной *Klebsiella pneumoniae* // Современная педиатрия. 2017. №8. URL: <https://med-expert.com.ua/journals/publishing-activity/sovremennaya-pediatric/sovremennaya-pediatrica-sp-%E2%84%96-8-2017/> (дата обращения: 02.11.2021).

2. Джабаева Р.С.-Х., Дохтукаева А.М., Усаева Я.С. Чувствительность к антибиотикам бактерий семейства Enterobacteriaceae (Escherichiacoli, родов Klebsiella, Shigella) // Современные проблемы естествознания. Материалы IV Региональной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Современные проблемы естествознания», 30 апреля 2020. – Грозный: ЧГПУ; – Махачкала: АЛЕФ, 2020. – 354 с. URL: <https://chspu.ru/wp-content/uploads/2020/07/sovremennyye-problemy-estestvoznaniya.pdf>

4. Леванова Л.А., Марковская А.А. Факторы патогенности клебсиелл и их значение в формировании дисбиотических нарушений микробиоценоза кишечника // Фундаментальные аспекты инфекционной патологии человека: вызовы и поиск решений. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (г. Томск, 20-21 ноября 2019 г.). – Томск: изд-во СибГМУ, 2019. – 112 с. URL: <http://conf.ssmu.ru/microbiology100> (дата обращения: 02.11.2021).

5. Миронова А.В. Медико-социальные аспекты внутрибольничных инфекций // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2018. №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnye-aspekty-vnutribolnichnyh-infektsiy> (дата обращения: 02.11.2021).

6. Сбойчаков В.Б., Малышев В.В. // Научное издание Всероссийская научно-практическая конференция «Инновации в медицинской, фармацевтической, ветеринарной и экологической микробиологии» Под редакцией профессора и доктора медицинских наук. Сборник материалов СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2017. – 327 с.

7. Хаертынов Х. С., Анохин В. А., Николаева И. В., Семенова Д. Р., Любин С. А., Агапова И. В., Мугинова А. И., Хасанова Г. Р. Клебсиеллезный неонатальный сепсис // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2016. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klebsielleznyy-neonatalnyy-sepsis> (дата обращения: 02.11.2021).

8. Чеботарь И. В., Бочарова Ю.А., Подопригора И.В., Шагин Д.А. почему Klebsiella pneumoniae становится лидирующим оппортунистическим патогеном // KMAX. 2020. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pochemu-klebsiella-pneumoniae-stanovitsya-lidiruyuschim-opportunisticheskim-patogenom> (дата обращения: 02.11.2021).

ВАКЦИНАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРОТИВ КОКЛЮША: НАПРЯЖЁННОСТЬ ИММУНИТЕТА, ПРИВЕРЖЕННОСТЬ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Ворошилова Д. Е.¹, Устинова А. А.²

Северный государственный медицинский университет.

Кафедра инфекционных болезней. Студентки 5 курса педиатрического факультета.

E-mail: darius2601@yandex.ru, anastasia1350@yandex.ru

Научный руководитель: д. м. н., проф. Самодова О. В.

Аннотация: Коклюш – одна из самых распространённых управляемых инфекций, которая, несмотря на вакцинацию, имеет тенденцию к росту во всём мире.

Медицинские работники, с одной стороны, могут быть источником инфекции для пациентов, с другой – имеют повышенный риск инфицирования.

Цель работы: обзор публикаций по вакцинации медицинских работников против коклюша (оценка охвата и приверженности). Для поиска статей были использованы базы Google Scholar, PubMed, Virtual Health Library, Embase. По данным публикаций серопозитивность варьировала от 16,4% до 60,4% в разных странах. Уровень охвата вакцинацией в целом невысокий. Практически повсеместно отмечен низкий уровень приверженности медицинских работников вакцинации против коклюшной инфекции – от 0,2 до 14,5%. На примере Бразилии показано, что после проведения просветительской работы уровень приверженности вакцинации повысился до 41,2%.

Ключевые слова: иммунизация; коклюш; медицинские работники, приверженность.

Несмотря на повсеместную иммунизацию детей, случаи коклюша регистрируются по всему миру. Так, в Российской Федерации (РФ) в 2019 году заболеваемость на 100 тыс. населения составила 9,81, в 2020 году – 4,14. Данное снижение обусловлено карантинно-ограничительными мероприятиями, связанными с COVID-19. В возрастной структуре заболевших коклюшем в РФ в 2020 году удельный вес взрослых составил 6,2%, что говорит о недостаточной выявляемости у них этой инфекции, вероятно, по причине преобладания атипичных форм у взрослых и недостаточной осведомленности практикующих врачей [1]. Работники здравоохранения, инфицированные возбудителем коклюша, представляют большую опасность для восприимчивых групп населения, описаны вспышки коклюша в родильных домах, в то же время они сами подвержены большему риску заражения [2].

Целью данной работы был систематический обзор публикаций с анализом данных по серопозитивности, охвату вакцинацией против коклюша, и отношению работников здравоохранения к вакцинации против коклюша.

Методы исследования

Для поиска статей были использованы базы Google Scholar, PubMed, Virtual Health Library, Embase. Для анализа были отобраны статьи, опубликованные с 2011 года, в которых имелись данные по охвату вакцинацией против коклюша, наличию антител к В. Pertussis, отношению медицинских работников к вакцинации против данного заболевания.

Результаты

По результатам исследования, проведённого в 2020 году в Италии, процент вакцинированных сотрудников медицинской организации составил 29,5%, что подтверждает невысокий уровень охвата вакцинацией [3]. Низкий охват вакцинацией против коклюша имел место и в других странах: в Южной Корее он составил 0%, в Испании – 4,13%. Серопозитивность по данным публикаций колебалась от 16,4% в Дании до 60,4% в Турции, включая текущую инфекцию у 0,2% медработников в Дании и 4% в Испании [4-7].

Чем обусловлены такие низкие показатели охвата вакцинацией? Исследование, проведённое в 2011 году в Германии, Финляндии, Польше и Испании, выявило невысокий уровень приверженности к иммунизации: 58% опрошенных никогда не рекомендовали её взрослым пациентам (31% – Германия, 83% – Польша) [8]. Аналогичное исследование было проведено в Италии в 2014 году и также подтвердило невысокую приверженность к вакцинации против коклюша, которая составила 14,5% [9].

Каковы причины непривитости против коклюша? Наиболее частые основания для отказа медицинского персонала от вакцинации – отсутствие активного предложения вакцинации против коклюша (до 90%), недостаточный уровень знаний относительно коклюшной инфекции (до 54,1%), недооценка тяжести коклюша (до 27,9%). Кроме того до 25% медицинских работников не относят себя к группе риска или являются активными противниками вакцинации (14%). Только незначительная часть их имеют противопоказания (до 3%) [8-12].

Информационно-просветительская деятельность – одно из направлений работы по повышению приверженности вакцинации. Так, проведение этой работы среди врачей в Бразилии увеличило процент вакцинируемых с 2,8% до 16,2%. Вакцинация на месте мобильными бригадами в удобное для медработников время за 3 месяца также способствовала увеличению охвата до 41,2% [13].

Проблема заболеваемости коклюшем и вакцинации взрослого населения актуальна и в Российской Федерации. В РФ в настоящее время ревакцинация взрослых, в том числе медицинских работников, против коклюша не включена в Национальный календарь профилактических прививок и не является обязательной, однако большинство врачей не против вакцинации [10]. Разработана, но пока не внедрена в практику стратегия ревакцинации против коклюша подростков и взрослых каждые 10 лет [14]. Целесообразность сроков ревакцинации подтверждается результатами исследования, проведённого в Австралии, которое показало, что специфический иммунитет после введения цельноклеточной вакцины сохраняется до 12 лет [15].

Необходимость внедрения программы обязательной ревакцинации против коклюша взрослых, в том числе медицинских работников, подтверждает положительный опыт Канады, США, Австралии и ряда стран Европы [2].

Заключение

Проведённый анализ публикаций, посвящённых изучению серопозитивности к коклюшной инфекции медицинских работников, охвату их вакцинацией против коклюша и отношению к вакцинации показал, что проблема в целом далека от разрешения даже в целевой группе, имеющей с одной стороны риск инфицирования от пациентов, с другой – риск распространения этой инфекции среди больных, являясь источником инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

По данным зарубежных публикаций серопозитивность в разных странах варьировала от 16,4% до 60,4%.

Приверженность медицинских работников, несмотря на обязательную вакцинацию за рубежом была невысокой – от 0,2 до 14,5%, после проведения информационно-просветительской работы достигла 41,2%.

Невысокая приверженность – причина низкого охвата вакцинацией против коклюша (4,13-29,5%).

Таким образом, для уменьшения бремени коклюшной инфекции необходимо не только внедрение ревакцинации взрослых, но и активная информационно-просветительская работа среди медицинских работников для повышения приверженности их вакцинации и профилактики отказов, а также внедрение инновационных форм работы для эффективной реализации провакцинальной кампании.

Литература:

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021 г. С. 163-164.
2. Н. И. Брико, И. В. Фельдблюм., М. Х. Алыева [и др.]. Проект национального календаря профилактических прививок взрослого населения в России // Профилактическая медицина. 2018г. №21 (5). С. 28–34. <https://doi.org/10.17116/profmed20182105128>

3. C. Genovese, I. A. M. Picerno, G. Trimarchi [et al]. Vaccination coverage in healthcare workers: a multicenter cross-sectional study in Italy // The Journal of Preventive Medicine and Hygiene (JPMH). 2019. №60 (1). E12-E17. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.1.1097>
4. Maria Luisa Rodríguez de la Pinta, Maria Isabel Castro Lare, Josep Maria Ramon Torrell [et al]. Seroprevalence of pertussis amongst healthcare professionals in Spain // Vaccine. 2018. №34 (8). P. 1109-1114. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.12.036>
5. Won Suk Choi, Su Hyun Kim, Dae Won Park. Seroprevalence of Pertussis in Healthcare Workers without Adult Pertussis Vaccine Use at a University Hospital in Korea // Journal of Korean Medical Science (JKMS). 2018. №33 (50). E321. <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e321>
6. Marie-Louise von Linstow, Alex Yde Nielsen, Nikolai Kirkby [et al]. Immunity to vaccine-preventable diseases among paediatric healthcare workers in Denmark, 2019 // Eurosurveillance. 2021. №26 (17). P. 38–46. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.17.2001167>
7. Selcen Özer, Vildan Avkan Oğuz. Pediatric hospital healthcare workers and pertussis; a seroprevalence study // The Turkish Journal of Pediatrics. 2021. №63. P. 355-362. <https://doi.org/10.24953/turkjped.2021.03.002>
8. M. Hoffait, D. Hanlon, B. Benninghoff [et al]. Pertussis knowledge, attitude and practices among European health care professionals in charge of adult vaccination // Human Vaccines. 2011. №7 (2). P. 197–201. <https://doi.org/10.4161/hv.7.2.13918>
9. Cristina Taddei, Vega Ceccherini, Giuditta Niccolai [et al]. Attitude toward immunization and risk perception of measles, rubella, mumps, varicella, and pertussis in health care workers working in 6 hospitals of Florence // Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2014. №10 (9). P. 2612–2622. <https://doi.org/10.4161/21645515.2014.970879>
10. Н. П. Галина. Отношение к иммунопрофилактике врачей различных специальностей // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2018 г. №17 (3). С. 74–79. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2018-17-3-74-79>
11. Olga Visser, Jeannine L. A. Hautvast, Koos van der Velden [et al]. Intention to Accept Pertussis Vaccination for Cocooning: A Qualitative Study of the Determinants // PLOS ONE. 2016. №11 (6). P. 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155861>
12. M. Riccò, L. Vezzosi, G. Gualerzi [et al]. Pertussis immunization in healthcare workers working in pediatric settings: Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) of Occupational Physicians. Preliminary results from a web-based survey (2017) // The Journal of Preventive Medicine and Hygiene (JPMH). 2020. №61 (1). E66–E75. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2020.61.1.1155>
13. Bruno Azevedo Randi, Karina Takesaki Miyaji, Amanda Nazareth Lara [et al]. Low tetanus-diphtheria-acellular pertussis (Tdap) vaccine coverage among healthcare workers in a quaternary university hospital in São Paulo, Brazil: need for continuous surveillance and implementation of active strategies // Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2019. №23 (4). P. 231–234. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2019.06.007>
14. Информационное письмо «Вакцинопрофилактика коклюша» ДНКЦИБ, СПб, 04.03.2019 г.
15. Sonia M. McAlister, Anita H. J. van den Biggelaar, Tabitha L. Woodman [et al]. An observational study of antibody responses to a primary or subsequent pertussis booster vaccination in Australian healthcare workers // Vaccine. 2021. №39 (11). P. 1642–1651. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.01.041>

ВЕБ-ПРИЛОЖЕНИЕ «КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ» – ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В УЧЕБНОМ И ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССАХ

Грудина Е.С.¹, 2. Сумарокова А.Я.², Анфимов Д.М.³, Сычева В.А.⁴

1 – ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России. Кафедра инфекционных болезней. Студент 6 курса педиатрического факультета.

2 – ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России Кафедра инфекционных болезней. Студент 6 курса педиатрического факультета.

3 – ФГАУ ВО «Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова». Студент 4 курса Высшей школы информационных технологий и автоматизированных систем.

4 – ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России. Кафедра инфекционных болезней. Студент 6 курса педиатрического факультета.

Научный руководитель: д.м.н., проф., Самодова О. В., к.м.н., доц. М.Р.Н., Кригер Е.А.

Аннотация: В данной статье представлено описание самостоятельно разработанного приложения «Кишечные инфекции», которое позволяет повысить качество оказания медицинской помощи пациентам детского возраста с кишечными инфекциями.

Ключевые слова: Мобильное здравоохранение, медицинские веб – приложения, кишечные инфекции, качество медицинской помощи, инфузионная терапия, медицинские калькуляторы

Введение: В настоящее время информационные технологии стали неотъемлемой частью жизни людей. Разработка различных сервисов, информационных систем, приложений является актуальной областью развития не только в повседневной жизни общества, но и в медицине. Мобильное здравоохранение (mHealth) – является перспективным, активно внедряющимся и развивающимся направлением электронного здравоохранения (eHealth) [1,2,3]. Создание подобных систем и технологий в медицинской сфере способствуют принятию обоснованных клинических решений, тем самым улучшая качество и доступность оказания медицинской помощи пациентам. По всему миру широко используются созданные медицинские мобильные приложения и сервисы, электронные справочники лекарственных средств, разнообразные медицинские калькуляторы [2,4]. Существующие медицинские приложения в области инфекционных заболеваний имеют широкий функционал, время поиска нужного калькулятора и информации может существенно пролонгироваться. В связи, с чем возникает необходимость в создании веб – приложения, имеющего узкую клиническую направленность. Создание подобного приложения в области инфекционных болезней на примере кишечных инфекций позволит своевременно оценить состояние больного, сократить время поиска необходимой информации, моментально проводить медицинские расчеты для назначения адекватной терапии у больных кишечными инфекциями.

Цель: создание доступного узконаправленного веб-приложения «Кишечные инфекции» для повышения качества оказания медицинской помощи пациентам детского возраста с кишечными инфекциями.

Материалы и методы: В качестве фрейворка для создания веб-приложения был выбран Streamlit. Его инструментарий позволил создать интерактивные формы, результаты заполнения которых мгновенно отображаются пользователю. При публикации новой версии приложения в репозитории на Github, оно автоматически разворачивается с новыми изменениями на хостинге Heroku.

Результаты: Веб – приложение «Кишечные инфекции» является единым информационным ресурсом и условно подразделяется на 6 разделов. Первый раздел включает международную статистическую классификацию болезней (МКБ 10), раздел инфекционные и паразитарные болезни, категорию кишечные инфекции. В основу второго раздела веб-приложения легло клиническое определение степени дегидратации с помощью международной шкалы CDS (Clinical Dehydration Scale) и встроенного калькулятора. Путем тестовой оценки параметров, характеризующих то или иное клиническое проявление синдрома обезвоживания, приложение позволяет получить итоговое количество баллов, определяющие степень дегидратации больного. Третий раздел основан на таблице Денниса, в котором помощью калькулятора, зная степень дегидратации и возраст ребенка, можно автоматически провести расчет необходимой жидкости для коррекции обезвоживания. В четвертом разделе приложения определяется суточный объем минимальной и максимальной физиологической потребности в жидкости у детей. При онлайн расчете учитывается масса и возраст ребенка. В пятом разделе включены калькуляторы расчета электролитов со встроенными формулами, позволяющими максимально быстро определить необходимый объем стандартных растворов для коррекции нарушений электролитного обмена в зависимости от массы тела ребенка. Шестой раздел включает современную справочную информацию об основных антибактериальных лекарственных средствах, используемых при лечении кишечных инфекций, показаниях и противопоказаниях к их приему, применяемых дозировках и схемах лечения. Все вышеперечисленные разделы локализуются в одном веб – приложении, что сокращает время поиска необходимой информации или калькулятора. Стоит отметить основные преимущества разработанного нами веб-приложения: доступность, отсутствие платных опций, простота в использовании, удобная навигация и интерфейс, отсутствие необходимости в скачивании, а также универсальность и функциональность веб-приложения.

Заключение: Созданное веб – приложение «Кишечные инфекции» может быть полезным для практикующих врачей, клинических ординаторов, а также студентов старших курсов медицинских образовательных учреждений. С его помощью возможно сокращение времени расчетов потребности в жидкости в зависимости от степени дегидратации у больных с острыми кишечными инфекциями, дозировок электролитов и основных лекарственных средств. Таким образом, использование данного веб-приложения может использоваться как в учебных целях, так и способствовать повышению качества оказания медицинской помощи в инфекционном стационаре.

Литература:

1. Авдошин С.М., Песоцкая Е.Ю. Мобильное здравоохранение: Перспективы в России // Бизнес – информатика – 2016. – №3 (37). – С. 38–44.
2. Гаврилов Э.Л., Гаврилов Э.Л., Хоманов К.Э., Короткова А.В., Аслибеян Н.О., Шевченко Е.А. Актуальные направления развития справочно-информационных он-лайн приложений для врачей // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. – 2017. – №1. – С. 83-87.
3. Лебедев Г.С., Фомина И.В., Шадеркин И.А., Лисненко А.А., Рябков И.В., Качковский С.В., Малаев Д.В. Основные направления развития интернет технологий в здравоохранении (систематический обзор) // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения» – 2017.

4. Сошников С.С., Горкавенко Ф.В., Владимиров С.К., Ночёвки Е.В., Борисенко А.А., Котляр В.А., Фролова А.Б. Классификация мобильных медицинских приложений, принципы и этические стандарты для их имплементации в клиническую практику // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2017. – №3 (29). – С. 53-58.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ У КОРЕННЫХ НАРОДОВ РОССИЙСКОЙ АРКТИКИ

Гудков А.А., Негодяева А.В.

Северный государственный медицинский университет, кафедра гигиены и медицинской экологии. 4 курс, лечебный факультет

E-mail: Alexey_Gudkov@list.ru; nastasia.en@gmail.com

Научный руководитель: к.м.н. Ермолин С.П.

Аннотация: Представлен обзор источников литературы, посвященных экологическим рискам нарушения здоровья у коренных народов российской Арктики. Показано, что риски нарушений здоровья у КМНС обусловлены характерными особенностями экологических, социально-экономических и поведенческих факторов.

Ключевые слова: Арктика, коренные малочисленные народы Севера, риск здоровью.

В рамках реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [1] значительное внимание уделяется коренным малочисленным народам Севера (КМНС). Обусловлено это тем, что КМНС наиболее уязвимые группы населения, проживающие на территории Арктики. Основными причинами демографических проблем у КМНС являются экологические факторы риска утраты здоровья и особенно репродуктивных потерь, а также преждевременной смертности.

По мнению В.П.Чашина с соавт. [2], наряду с проблемами влияния вредных загрязнений среды обитания и изменений климата на коренное население Арктики, следует учитывать социально-экономические и поведенческие факторы риска у КМНС.

Среди экологических факторов следует выделить низкий уровень безопасности традиционной пищи, потребляемой населением. Так, технический прогресс в конце XX века привёл к появлению в окружающей среде человека качественно новых синтетических веществ (т.н. ксенобиотиков), которые отличаются от природных и способны накапливаться в организме и обладают токсичностью, в том числе репродуктивной. Поскольку период полувыведения их из организма длительный и может достигать 18 лет, то такие экотоксиканты получили название стойкие токсические вещества (СТВ).

В настоящее время к числу СТВ с выраженным действием на репродуктивную систему отнесены полихлорированные дибензодиоксины и дибензофураны, полихлорированные бифенилы, группа хлорорганических пестицидов (ДДТ, ГХЦГ, хлорданы, токсафены), некоторые радионуклиды (C_s^{137} , S_r^{90}) и тяжелые металлы (ртуть, свинец).

Из-за низкой растворимости в воде и летучести СТВ способны переноситься на тысячи километров (дальний перенос атмосферными потоками, океаническими и речными течениями, а также биологическими путями с мигрирующими видами диких животных, птиц и рыб) и накапливаться в Арктике. Следует подчеркнуть, что промысел и употребление в пищу мяса и жира морских животных, рыбы и диких перелетных птиц (основных источников экспозиции загрязняющих веществ), являются традиционным для коренных народов Арктики [3]. Известно, что особенности химического загрязнения продуктов питания в том или ином регионе оказывают существенное влияние на состояние здоровья населения, проживающего на этих территориях [4, 5].

В результате промышленной деятельности человека, а также природных чрезвычайных ситуаций в виде штормов, цунами и наводнений только с территорий государств Юго-Восточной Азии ежегодно смываются в бассейн Тихого океана миллионы тонн опасных биологических отходов, пестицидов, а также возбудителей инфекционных заболеваний и биотоксинов, которые способны накапливаться в пищевых цепях морских животных, рыб и распространяться биологическими путями и океаническими течениями, достигая регионов Арктики [6], а значит представлять потенциальную опасность для КМНС.

Кроме экологических факторов на состояние здоровья КМНС значительное влияние оказывают социально-экономические и поведенческие факторы. К таким факторам можно отнести невысокий образовательный уровень, низкие уровни доходов, безработицу и злоупотребление алкоголем среди КМНС. Следует заметить, что эти факторы риска косвенно способствуют повышению значимости неблагоприятных факторов окружающей среды высоких широт [7-9].

Таким образом, риски нарушений здоровья у КМНС обусловлены характерными особенностями экологических, социально-экономических и поведенческих факторов.

Литература:

1. План мероприятий по реализации в 2021-2025 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Утвержден Распоряжением Правительства Российской Федерации от 16 сентября 2021г. № 2580-р. <http://static.government.ru/media/files/QFHNS7LF3pa7KdeiThGuxg90XpAnvYdh.pdf>. (дата обращения: 10.11.2021)
2. Чашин В.П., Ковшов А.А., Гудков А.Б., Моргунов Б.А. Социально-экономические и поведенческие факторы риска нарушений здоровья среди коренного населения Крайнего Севера // Экология человека. 2016. № 6. С. 3-8.
3. AMAP, 2004. Persistent Toxic Substances, Food Security and Indigenous Peoples of the Russian North. Final Report. Arctic Monitoring and Assessment Programme (AMAP), Oslo, 2004. 192 p.
4. Никанов А.Н., Кривошеев Ю.К., Гудков А.Б. Влияние морской капусты и напитка «Альгапект» на минеральный состав крови у детей – жителей Мончегорска // Экология человека. 2004. № 2. С. 30-33.
5. Одланд Ю.О. Репродуктивное здоровье и гигиена окружающей среды в Арктике // Проблемы сохранения здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Арктике: матер. III междунар. науч.-практ. конф. / Под ред. д.м.н. С.А. Горбанева, д.м.н. Н.М. Фроловой.-СПб.: Изд-во «Коста», 2021. С. 150-152.
6. Горбанев С.А., Моргунов Б.А., Никанов А.Н., Чашин В.П. Экологические факторы риска нарушений устойчивого демографического развития Арктической зоны Российской Федерации // Проблемы сохранения здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Арктике: матер. III междунар. науч.-практ. конф. / Под ред. д.м.н. С.А. Горбанева, д.м.н. Н.М. Фроловой.-СПб.: Изд-во «Коста», 2021. С. 57-66.
7. Гудков А.Б. Физиологическая характеристика нетрадиционных режимов организации труда в Заполярье: автореф. дис. ... д-ра мед. наук.-Архангельск, 1996. 32с.
8. Мироновская А.В., Бузинов Р.В., Гудков А.Б. Прогнозная оценка неотложной сердечно-сосудистой патологии у населения северной урбанизированной территории // Здравоохранение Российской Федерации. 2011. № 5. С. 66-67.
9. Карпин В.А., Гудков А.Б., Катюхин В.Н., Зуевская Т.В., Игнатов М.К., Мусатова Н.В. Мониторинг заболеваемости коренного населения Ханты-Мансийского автономного округа // Экология человека. 2003. № 3. С. 3-5.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI

Егоренкова Е.А.¹, Слободина М.А.²

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северный государственный медицинский университет»
(г. Архангельск) Минздрава России.*

Кафедра клинической биохимии, микробиологии и лабораторной диагностики.

Студенты 3 курса лечебного факультета.

1 – e-mail: egorenkova03@gmail.com, 2 – e-mail: mariiasl@mail.ru

Научный руководитель: Воронцова А.С.

Аннотация: в данной статье проводится сравнительный анализ по специфичности, чувствительности и атравматичности лабораторных методов диагностики к *Helicobacter pylori*.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, уреазные тесты, полимеразная цепная реакция, иммунодот-блот метод, серологические тесты, гистологические и бактериологические методы.

По данным на 2016 год около 78,5% населения Российской Федерации имеет НР в слизистой оболочке желудка (СОЖ). Хронический гастрит, вызванный НР, может стать причиной развития язвенной болезни, атрофического гастрита, аденокарциномы и MALT-лимфомы желудка, и поэтому более точная диагностика НР необходима. Выпускникам медицинских университетов, как будущим врачам-терапевтам, знания о специфичности и чувствительности диагностических тестов к данному возбудителю дает возможность правильно ставить диагноз и проводить лечение.

Целью нашей работы является проанализировать современные методы диагностики *Helicobacter pylori* (НР) и выявить самые чувствительные и специфичные. Материалом данной научной статьи является процесс идентификации возбудителя на основе характерных морфологических и биохимических признаков. Главным методом написания статьи является обзор и анализ научной литературы по проблемам диагностики НР по критериям научной новизны, теоретической и практической значимости.

Кроме методов, описанных в клинических рекомендациях Российской гастроэнтерологической ассоциации [4] для диагностики НР используются иммунодот-блот метод, полимеразная цепная реакция (ПЦР) в биоптате СОЖ, слюне, желудочном соке и кале.

При неинвазивном быстром уреазном дыхательном тесте в организм человека *per os* вводят меченную $^{13}\text{C}/^{14}\text{C}$ мочевины и определяют количество выдыхаемого меченого углекислого газа. Чувствительность ^{13}C уреазного дыхательного теста составляет 96%, специфичность – 93% [1].

Выявление специфических антигенов НР в образцах кала и мочи основано на обнаружении иммунных комплексов при помощи иммунохроматографического анализа с участием поликлональных и моноклональных антител [6].

ИФА направлен на выявление IgG к НР в плазме крови, но данный тест не способен отличить активную инфекцию от предыдущего контакта. Существует проблема в подборе антигенов, так как в каждой стране различные штаммы НР. Чувствительность и специфичность серологических тестов может составлять 54%-94% и 59%-97%, соответственно [1].

Иммунодот-блот метод направлен на определение антител в сыворотке, кале и слюне против специфического гена *CagA*, связывающихся с Mabs антителами к НР [1,3].

Для инвазивных тестов необходимо брать образцы из антрального отдела и тела желудка [4], потому что биоптаты имеют различную обсемененность, что снижает чувствительности этих методов.

Самой высокочувствительной (91-93%) окраской для гистологического метода является окраска по Романовскому-Гимзе – окрашенные в темно-синий цвет бактерии хорошо визуализируются в любых слоях.

БУТ используется биоптат СОЖ, который в дальнейшем погружается в среду с индикатором и мочевиной. Выделяющийся аммиак будет сдвигать значение pH в щелочную среду [2]. При использовании качественных тестов и нескольких биоптатов, специфичность теста может достигать 95-100%, но частота ложных результатов тестов, все равно, остается высокой, поэтому БУТ не рекомендован для диагностики [5].

Бактериологический метод предполагает идентификацию возбудителя путем посева его из биоптата СОЖ на селективные и неселективные среды (например, агар “Колумбия”). Благодаря этому способу, мы можем изучить антибиотикочувствительность для эрадикационной терапии [2].

В основе метода ПЦР к НР лежит выявление специфического гена *PAI*, *CagA* и *VagA* в биоптате СОЖ. Специфичность метода составляет 95%, чувствительность 90-92% [3]. ПЦР биоптата СОЖ предполагает взятие материала не менее из пяти участков, что в клинике часто бывает невозможно. ПЦР биоптатов СОЖ нецелесообразен, так как при взятии биоптатов могут быть допущены ошибки и при проведении ПЦР частота получения ложноотрицательных результатов выше, чем при проведении ПЦР неинвазивных образцов [7].

Таким образом, из всех представленных методов диагностики эффективными в клинике будут дыхательный уреазный тест и ПЦР желудочного сока за счет их высокой специфичности и чувствительности, а также атравматичности при взятии образцов.

По нашей оценке, инвазивные методы диагностики потеряли свою актуальность из-за трудностей связанной с различной обсемененности биоптатов и, вследствие, трудностью постановки диагноза при высокой частоте ложноположительных и ложноотрицательных результатах тестов.

Неинвазивные методы, направленные на определение антител в сыворотке крови, моче и кале, показывают свою неэффективность из-за трудностей подбора материала для постановки серологических тестов и позднего появления и длительного сохранения IgG в сыворотке крови.

Литература:

1. Бордин Д.С., Войнован И.Н., Колбасников С.В., Эмбутниекс Ю.В. Методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori* в клинической практике. Терапевтический архив, 2018 (12), с. 133-139
2. Бородин Д.С., Эмбутниекс Ю.В., Хомерики С.Г., Войнован И.Н. Методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*, 2019.
3. Голубкина Е.В., Камнева Н.В., Умерова А.Р. Роль *cagA* гена в диагностике ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Астраханский медицинский журнал, 2017 (2), С. 8-14
4. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А., Трухманов А.С., Баранская Е.К., Абдулхаков Р.А., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Дехнич Н.Н., Козлов Р.С., Клярская И.Л., Корочанская Н.В., Курилович С.А., Осипенко М.Ф., Симаненков В.И., Ткачев А.В., Хлынов И.Б., Цуканов В.В. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018; 28(1). С. 55-70.
5. Лазебник Л.Б., Ткаченко Е.И., Абдулганиева Д.И., Абдулхаков Р.А., Абдулхаков С.Р., Авалуева Е.Б., Ардатская М.Д., Ахмедов В.А., Бордин Д.С., Бурков С.Г., Бутов М.А., и соавт. VI национальные рекомендации по диагностике и лечению кислотозависимых и ассоциированных с НР заболеваний (VI Московские соглашения). Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 02(138). С. 3-21
6. Лазебник Л.Б., Бордин Д.С., Дехнич Н.Н., Козлов Р.С., Ливзан М.А., Лялюкова Е.А., Лузина Е.В.,

Белова Г.В., Абдулхаков Р.А., Абдулхаков С.Р. Необходимость усиления мер по диагностике и лечению хеликобактерной инфекции в России. Меморандум. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021; (3). С. 83-96.

7. Перфилова К.М., Неумоина Н.В., Бутина Т.Ю., Кузнецова И.В., Шутова И.В., Ларионова Т.В., Ефимова Е.И. Опыт использования метода полимеразной цепной реакции для исследования маркеров *Helicobacter pylori* // Медицинский альманах. 2016. №2 (42). С. 52-56

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОПЕРАЦИОННЫМ БЛОКАМ

Егорова Г.Е.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»

(г. Архангельск) Минздрава России. Кафедра гигиены и медицинской экологии.

Студент 3 курса лечебного факультета. E-mail: glasha.egorova@yandex.ru

Научный руководитель: д.м.н., проф., Засл. работник высшей школы РФ Гудков А.Б.

Аннотация: Представлен обзор литературы, посвящённой гигиеническим требованиям к операционным. Данные требования имеют большую важность в лечебном процессе, так как несоблюдение их ведет к серьезным последствиям и может привести к заболеваниям, и развитию осложнений у больных.

Ключевые слова: операционный блок, гигиена.

Операционный блок представляет собой совокупность основных и вспомогательных помещений, которые предназначены для хирургических операций и диагностических исследований. Основными помещениями операционного блока являются: операционный зал, предоперационные, предназначенные для мытья рук персонала, смены одежды, и стерилизационные комнаты для мытья, стерилизации инструментов, хранения стерильного белья и материала для перевязок [1].

При размещении операционного блока необходимо учитывать то, что он должен быть изолирован от других лечебных корпусов, вместе с тем должны быть подготовлены утепленные переходы, соединяющие его с другими лечебно-диагностическими и клиническими подразделениями. В составе приемных отделений могут размещаться операционные для неотложной хирургии [2].

Операционная должна быть светлой комнатой, площадью 18-20 кв. м с соотношением площади окон к площади пола 1:3. Облицовка стен производится гладкой керамической плиткой, возможно покрытие их масляной краской светлых тонов [3].

Освещение операционного поля осуществляется помощью бестеневой лампы, вмонтированной в потолок, и ламп бокового освещения.

С целью вентиляции воздуха используются установки для кондиционирования воздуха. В современных больницах существуют кабины с ламинарным потоком стерильного воздуха в зону операции («сверхчистые» операционные) [1]. Ввиду электрокоагуляции, лазерной абляции тканей и ультразвукового рассеяния тканей скальпеля создается «хирургический дым» с ультратонкими (<100 нм), накапливающимися в воздухе частицами. Кратковременное высокое воздействие ультрадисперсных частиц, чередующееся с более длительными периодами низкого воздействия на работающих в непосредственной близости хирургов и обслуживающий персонал, оказывает неблагоприятное влияние на органы дыхания и сердечнососудистую систему [4].

Влажную уборку следует производить с использованием осветленного раствора хлорсодержащего препарата 2-3 раза в день с применением перчаток [1].

Операционную комнату необходимо функционально разделить с учетом рабочего оборудования и степени чистоты оперативного вмешательства и пронумеровать [2].

С целью предотвращения микробного заражения операционных внутренних помещений в операционных блоках должны быть четко разграничены на 3 зоны: стерильную, строгого режима и зону общепольничного режима.

Стерильная зона состоит из операционной и стерилизационной. Здесь микробное загрязнение воздуха, стен, окон и пола должно быть минимальным. Инструменты, операционное белье, перевязочный и шовный материал – все должно быть стерильным. В данной зоне установлены ограничения по доступу персонала [1].

Еще одной зоной является зона строгого режима и зона общепольничного режима (шлюз), куда входят помещения, соединенные с операционной (предоперационная и наркозная). В данной зоне переодеваются, подготавливают руки к операции, облачаются в стерильную одежду. В шлюзе персонал отделения перекладывает пациента с каталки отделения на каталку операционного блока и везет его в операционную.

«Красная черта» используется с целью разделения зоны общепольничного режима (после шлюза) от остальных помещений операционного блока. Вход персонала других отделений за «красную черту»

запрещен. В случае необходимости работники других отделений должны проходить в операционный блок через санитарные пропускники, соблюдая все требования санитарной обработки [2].

Существуют следующие виды уборки в операционных:

- предварительная, в процессе которой осуществляется влажное протирание горизонтальных поверхностей всех предметов, подготовка инструментальных столов до начала рабочего дня.

- текущая уборка, которая предусматривает удаление с пола всех упавших во время операции предметов (салфетки, инструменты) и мытье пола рядом с операционным столом.

- послеоперационная уборка – удаление после каждой операции из операционной отработанных материалов, протирание стола растворами – антисептиками, мытье пола, протирание горизонтальных поверхностей и подготовка инструментов для следующей операции.

- заключительная уборка – по окончании дня после завершения операции. В процессе данной уборки моют как пол (ветошью с использованием дезинфицирующего средства), так и стены, протирают всю мебель.

- генеральная уборка осуществляется один раз в 7-10 дней. Операционную моют теплой водой с мылом и антисептиками, мебель и приборы вытирают. Данная уборка обычно производится в свободный от операций день [1].

Персонал обязан осуществлять гигиеническую обработку рук в зависимости от характера выполняемой работы и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи [1].

В соответствии с современными научными представлениями, для хирургической антисептики рук могут использоваться те же препараты, что и для гигиенической антисептики. Основное различие заключается во времени обработки: она удлиняется до 2-3 мин., при этом в обработку включаются также запястья и предплечья. При хирургической антисептике необходимо применять препараты, имеющие выраженное остаточное действие [5].

Стоматологические операционные имеют ряд особенностей.

Площадь операционной должна составлять приблизительно 20 кв. м., минимальная площадь стерилизационной 6 кв. м. Все кабинеты должны иметь естественное освещение и две системы искусственного освещения. Последними являются: общее, соответствующее санитарным требованиям, и рабочее в виде специальных рефлекторов.

При этом мебель в хирургических кабинетах должна быть окрашена нитроэмалевой краской светлых тонов. Рабочие столы покрываются стеклом, пластиковым материалом, который окрашивают нитроэмалевой краской или нитролаком.

В стоматологических поликлиниках при наличии хирургического кабинета должно быть не менее трех помещений: помещение для ожидания больных; комната, предназначенная для подготовки персонала, стерилизации инструментов, приготовления материалов с вытяжным шкафом площадью не менее 10 кв. м.; операционная, площадью не менее 14 кв. м на одно кресло и 7 кв. м на каждое последующее кресло для удаления зубов и выполнения других амбулаторных операций.

Что касается влажной уборки, то она проводится не менее двух раз в день (между сменами и после окончания работы) с использованием моющих и дезинфицирующих средств путем протирания или орошения.

Осенью, летом и весной, не реже одного раза в месяц изнутри, а также не реже одного раза в три месяца снаружи необходимо мыть окна [6].

Каждый медицинский работник обязан обладать знаниями и соблюдать гигиенические требования в операционных блоках.

Таким образом, операционный блок имеет свои архитектурно-планировочные особенности, в нем соблюдается особый санитарно-противоэпидемический режим и особая организация работы персонала.

Литература:

1. Белик Б.М., Скорляков В.В., Маслов А.И., Ефанов С.Ю., Родаков А.В., Баев О.В. Уход за больными хирургического профиля: учебно-методическое пособие. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2016. С. 16-35.
2. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
3. Маслов В.И., Шапкин Ю.Г. Малая хирургия: руководство. – М.: ИНФРА 2016. – С. 5-8.
4. Киров В.М., Семакова О.А. Санитарно-гигиеническая характеристика воздуха в операционных // Бюллетень Северного государственного медицинского университета, 2019 № 2. С. 81-82.
5. Гигиена рук и использование перчаток в ЛПУ. Под ред. академика РАЕН Зуевой Л.П. – М.: Акварель, 2010 С. 10-11.
6. Организация стоматологической помощи населению: учебное пособие для врачей-стоматологов/ под ред. А.С. Оправина, А.М. Вязьмина.- Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2012. С. 82-89.

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МУЗЕЙНО-ВЫСТАВОЧНОГО ПРОЕКТА «МЫ ШЛИ К ЛЮБВИ И МИЛОСЕРДЬЮ...»

Иванов Д.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (город Архангельск)

МЗ РФ. Студент 3 курса факультета клинической психологии и социальной работы

E-mail: itrcom@mail.ru

Научный руководитель: к.б.н. доц. Шалаурова Е.В.

Аннотация: статья посвящена социальным аспектам музейно-выставочного проекта «Мы шли к любви и милосердию...»

Ключевые слова: Великая Отечественная война, социальные аспекты музейно-выставочной деятельности, Архангельский краеведческий музей, Отдел истории медицины СГМУ.

Целью настоящей публикации является рассмотрение основных аспектов и результатов социального взаимодействия между специалистами в области истории медицины, сотрудниками музея и посетителями музейно-выставочного проекта «Мы шли к любви и милосердию...», которые формируются в результате сотрудничества ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» и ГБУК «Архангельский краеведческий музей».

В память о медиках военных лет, с 2005 г. в музее Северного государственного медицинского университета (в настоящее время Отдел истории медицины Кафедры общественного здоровья СГМУ), проводится большая исследовательская работа по истории военной медицины. Одним из промежуточных итогов этой деятельности, стала подготовка выставки «Мы шли к любви и милосердию...», открытие которой состоялось 3 сентября 2020 г. в День празднования завершения Великой Отечественной войны. На всех этапах реализации выставочного проекта, под руководством директора – Андреевой А.В., проводилась большая подготовительная работа, в которой участвовали члены Общества изучения истории медицины Европейского Севера (ОИИМЕС). Основная их задача – консультация музейных специалистов работавших над развертыванием выставки. Уже на этой стадии обнаруживаются некоторые результаты социального взаимодействия, где ветераны медицины с большим интересом и энтузиазмом откликаются на просьбы о практической помощи, регулярно посещают залы, в которых проходил монтаж выставки, знакомят со своими друзьями и коллегами. Это деятельное участие позволило научным сотрудникам музея максимально точно и исторически достоверно сформировать музейную экспозицию.

Следующим аспектом социального взаимодействия стала совместная работа ветеранов СГМУ и студентов университета. В результате у молодых людей сложилось правильное понимание ряда исторических вопросов относительно уровня и качества оказания медицинской помощи в годы Великой Отечественной войны, возник выраженный интерес к истории отечественной медицины.

Появление выставки стало логичным результатом подписания в 2019 г. совместного договора о сотрудничестве и партнёрстве между Северным государственным медицинским университетом с одной стороны и Архангельским краеведческим музеем с другой.

Не менее важные результаты социального взаимодействия с приходящими на выставку людьми, получили и сами сотрудники Архангельского краеведческого музея. Так с первых дней работы, к проекту возник большой интерес со стороны посетителей музея, поступают положительные оценки не только от специалистов медиков, но и от простых горожан, отмечающих научно-популярную подачу достаточно сложного в плане восприятии материала.

Сам масштаб экспозиции вызывает у зрителей ощущение полноты представленной темы: на площади около 300 квадратных метров размещено 1347 предметов по истории военной медицины. Три зала, посвященные различным аспектам оказания медицинской помощи, иллюстрируют основные этапы эвакуации раненых бойцов и краснофлотцев, организации работы госпиталей на территории Архангельской области и отдельных участках Карельского фронта. Научный подход в представлении темы совмещён здесь с аттрактивной подачей представленного материала, выразившийся в создании тематических площадок-реконструкций, которые вызывают особый интерес у посетителей, о чём свидетельствует записи в книге отзывов. В них высказывается признательность организаторам выставки за популяризацию темы военной медицины. Отмечается также простота изложения сложных в обычном восприятии вопросов, особенно в части методов лечения и медицинских технологиях тех лет [3].

Этот подход, в свою очередь, позволил преодолеть некоторое непонимание со стороны педагогов, полагавших в начале работы выставки, что данная тема будет слишком сложна для восприятия учащимися. По этой причине в первые месяцы работы проводилось мало школьных экскурсий. Эта ситуация изменилась после ряда публикаций в СМИ и Интернете, выходу в эфир телевизионных сюжетов и распространении в среде учителей положительных отзывов об опыте групповых посещений с профессиональным экскурсион-

ным сопровождением. По мнению специалистов, эта работа также имеет выраженный профориентационный характер и сегодня привлекает большой интерес школьников к выбору будущей профессии врача [4].

Новым опытом для музея стало использование выставочного пространства в качестве образовательной площадки, где студенты и учащиеся медицинских школ Архангельска получают для себя актуальные знания по предмету «История медицины», а преподаватели профильных ВУЗов и медицинские специалисты участвуют здесь в лекториях и встречах с ветеранами.

Студенты СГМУ также имеют возможность на волонтерских началах заниматься просветительской работой в музее. Стало многолетней традицией приглашение студентов к участию в ежегодно проводимой «Ночи музеев», «Ночи искусств» и ряде других подобных мероприятий. В такие моменты будущие медики получают возможность не только «погрузиться в историю», но и привлечь заинтересованную аудиторию слушателей, которым в популярной форме можно рассказать об истории медицины. Эта работа сопровождается созданием ярких образов медиков военных лет: здесь используется историческая униформа, демонстрируются приёмы оказания раненым медицинской помощи и хирургические техники – всё это так же вызывает огромный интерес у посетителей музея. Естественно, эта деятельность требует предварительной подготовки и серьёзного изучения её исторических аспектов, что в свою очередь, повышает профессиональный и культурный уровень будущих выпускников СГМУ [1].

Неожиданным моментом для организаторов выставки стало её использование в целях преподавания учебных медицинских дисциплин. В витринах и локациях представлены уникальные наборы хирургических инструментов, средств реабилитации пациентов и другое оборудование, аналоги которого используются в повседневной медицинской практике. Ознакомление с вещами этой коллекции рекомендуется преподавателями СГМУ и Архангельского медицинского колледжа студентам и учащимся в качестве практических занятий по предметам «хирургия», «травматология», «стоматология» и «эпидемиология». Кроме того, в информационном сенсорном киоске, расположенном на выставке, размещён для изучения сборник «Выпускники Архангельского государственного медицинского института военных лет, 1941 – 1944 гг.» [2]. В настоящее время в отделе истории медицины СГМУ подготовлено и выпущено 5-е издание этой книги.

Молодые люди при предъявлении студенческих билетов посещают краеведческий музей бесплатно, это способствует популяризации выставки.

Для определения основных выводов исследования мы поставили задачу, на основе анализа внутренней музейной статистики, выявить преобладающие категории посетителей. В ходе исследования удалось выяснить, что за первые полтора года работы, несмотря на существующие эпидемиологические ограничения, выставку посетило 19730 человек. Обращает на себя внимание и тот факт, что это были люди разных возрастов, профессий, социального и образовательного уровня. Анализ данных по реализованным билетам даёт возможность определить основные категории посетителей:

1. Льготные категории (ветераны, пенсионеры, инвалиды) – 39%
2. Дошкольного возраста – 4%
3. Школьники – 14%
3. Студенты ВУЗов и колледжей (бесплатная категория) – 22%
4. Взрослые (полная стоимость билета) – 21%

Приведённые цифры отчетности позволяют заключить, что выставка «Мы шли к любви и милосердию...», имеет выраженную социальную направленность: основными посетителями здесь являются льготные категории граждан, к которым мы вправе отнести пенсионеров, инвалидов, подростков и обучающихся в городе Архангельске.

Интерес к проекту между всеми участниками музейного взаимодействия со временем не ослабевает, а в дни памятных дат связанных с историей Великой Отечественной войны – значительно возрастает. Сегодня это сотрудничество динамично развивается: привлекаются новые участники, совершенствуется выставочное пространство, регулярно пополняется коллекция, ведётся научное изучение предметов. Всё это даёт новые возможности для дальнейшего расширения социального взаимодействия научных сотрудников, медиков, волонтеров и посетителей музея.

Литература:

1. Андреева А.В., Иванов Д.В., Самбуров Г.О. Патриотическое воспитание молодежи в медицинском музее как перспективное направление деятельности // Медицинский музей и медицинская коммуникация. Сборник материалов IV Всероссийской научно-практической конференции «Медицинские музеи России: состояние и перспективы развития». Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова. 2017. С. 6-10.
2. Выпускники Архангельского государственного медицинского института военных лет, 1941 – 1944 гг. : сост.: А. В. Андреева, М. Г. Чирцова. – 4-е доп. изд. – Архангельск : КИРА, 2016. – 411 с.
3. Госпитальная база Карельского фронта 1941–1945: монография / В.П. Быков, А.В. Андреева, Г.О. Самбуров. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2020. – 214 с.
4. Макеева И.А. Социализирующие аспекты социально-культурной деятельности музея // Теория и практика образования в современном мире : материалы II Междунар. науч. конф. – Санкт-Петербург, 2012. – С. 127-129. URL: <https://moluch.ru/conf/ped/archive/64/2873/> (дата обращения: 30.11.2021).

ВЛИЯНИЕ ПОГОДЫ НА РАЗВИТИЕ СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ

Ильина К.С., Полозова П.Р.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)
Министерства здравоохранения Российской Федерации. Кафедра гигиены и медицинской
экологии. Студентки лечебного факультета 3 курса 2 группы.

E-mail: polinapolozova16@yandex.ru, ilyinaksenia16@yandex.ru

Научный руководитель: д.м.н., проф., Заслуженный работник высшей школы РФ,
А.Б. Гудков

Аннотация: Представлен обзор литературы, посвященный изучению негативного влияния факторов погоды на развитие сосудистых катастроф. Установлено, что существенное влияние на сердечно-сосудистую систему оказывают температура воздуха, резкие колебания атмосферного давления, а также влажность воздуха.

Ключевые слова: сосудистые катастрофы, погода, инсульт, инфаркт

В последние годы наблюдается устойчивая тенденция к повышению частоты и экстремальности негативно воздействующих на здоровье человека факторов погоды, что ведет к росту заболеваемости и дополнительной смертности населения [1]. Наиболее подверженной этим влияниям является сердечно-сосудистая система [2].

В настоящее время существует понятие сосудистых катастроф – сосудистых заболеваний, например, инфаркты и инсульты, имеющих тяжелые последствия. В связи с этим часто возникают повреждения мозга и сердца, не совместимые с жизнью или существенно снижающие ее качество. Сосудистые катастрофы являются одной из основных причин смертности населения. По данным медицинской статистики в России в 2018 году от инфаркта миокарда скончалось 3,1 % людей от общего числа умерших, от инсульта – 14,4% [3].

Развитие сосудистых катастроф связано с развитием реакций общего стресса, причинами которого могут быть природные или социальные факторы. Действие факторов среды часто меняется, поэтому особенный интерес представляет влияние погоды на возникновение инфарктов и инсультов [2].

Цель работы: оценить влияние факторов погоды на развитие сосудистых катастроф. Для выполнения поставленной цели мы определили следующие задачи: рассмотреть основные параметры погоды, выявить участие этих параметров в развитии инфарктов и инсультов.

Погода характеризуется физическим состоянием нижнего слоя атмосферы. Основными параметрами погоды являются температура, влажность воздуха, атмосферное давление, космическое излучение, осадки, облачность, энергетические и магнитные явления [4].

Известно, что снижение температуры всего на 1°C связано с увеличением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 1,72%, цереброваскулярных – на 1,25% . У пациентов со сниженным адаптационным потенциалом при низких температурах на фоне повышения активности симпатической нервной системы усиливается выработка вазоконстрикторов, проявляются гипертензивные реакции, соответственно возрастает риск сердечно-сосудистых катастроф [5]. С сердечно-сосудистыми заболеваниями также связаны респираторные инфекции в холодное время года. В этом случае наблюдается лихорадка, тахикардия, увеличивающая потребность миокарда в кислороде и его гемодинамическую нагрузку, активируется система свертывания крови. Оба этих условия могут быть предрасполагающими для развития тромбоза сердечно-сосудистых осложнений [6,7].

Действие высоких температур на организм человека может реализовываться в виде теплового или солнечного удара. В результате происходит нарушение теплового и водно-электролитного баланса, развивается гиповолемический шок, затруднение кровообращения, кислородное голодание мозга [2]. По данным корейских исследований, суточные изменения температуры имели существенные связи с частотой ишемического инсульта. Изменение температуры на 1 °C повышало риск острого инсульта на 2,4% [8,9].

Важным фактором, влияющим на развитие сосудистых катастроф, также является атмосферное давление. Доказано, что при его понижении учащаются случаи инфаркта миокарда, а при аномальном росте – нарушения церебрального кровообращения. Атмосферное давление может влиять на стенки сосудов, вызывая воспалительные изменения функций эндотелия, приводя к разрыву атеросклеротических бляшек, что оказывает влияние на кровяное давление, уровень холестерина. Все эти факторы нередко становятся предпосылкой цереброваскулярных заболеваний [8,10].

Негативно действует на развитие сосудистых катастроф влажность воздуха. При пониженной относительной влажности воздуха острый инфаркт миокарда зафиксирован у 11,7% больных, а при повышенной – 76,6% [11]. Повышение влажности ухудшает переносимость очень высоких и очень низких температур. Повышенная влажность в сочетании с низкими температурами снижает усвоение кислорода

организмом, в основе которого лежит влияние на барорецепторы брюшной, плевральной полостей и полых органов, в результате происходит спазм гладкой мускулатуры сосудов, что создает условия для развития артериальной гипертензии и сосудистых катастроф [12].

Таким образом, наибольшее влияние на возникновение инфаркта миокарда и инсульта оказывают низкие температуры, колебания атмосферного давления, пониженная и повышенная влажность воздуха. Под влиянием этих параметров происходят адаптационные сдвиги, ведущие к артериальной гипертензии, изменениям функций эндотелия сосудов, тромбозам. Именно поэтому важно оценить условия для повышения метеочувствительности и разработать новые методы лекарственной профилактики для её купирования.

Литература

1. Карпин В.А., Гудков А.Б., Катюхин В.Н., Зуевская Т.В., Игнатов М.К., Мусатова Н.В. Мониторинг заболеваемости коренного населения Ханты-Мансийского автономного округа // Экология человека. 2003. №3. С.3-5.

2. Уянаева А. И., Тупицына Ю. Ю., Рассулова М. А. // Влияние климата и погоды на механизмы формирования повышенной метеочувствительности (обзор) / Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2016. – Т. 93. – № 5. – С. 52-57. – DOI 10.17116/kurort2016552-57.

3. Здравоохранение в России. 2019: Стат.сб./Росстат. – М., 2019. 170 с.

4. Салтыкова М. М., Бобровницкий И. П., Яковлев М. Ю., Банченко А. Д. Влияние погоды на пациентов с болезнями системы кровообращения: главные направления исследований и основные проблемы // Экология человека. 2018. № 6. С. 43–51.

5. Ильинская Е.Г. Некоторые особенности экспертизы живых лиц при общем воздействии высокой температуры // Судебная медицина. 2019. №S1. С. 41-42. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-osobennosti-ekspertizy-zhivykh-lits-pri-obshchem-vozdeystvii-vysokoy-temperatury> (дата обращения: 03.11.2021).

6. Беляева В.А. Влияние метеофакторов на частоту повышения артериального давления // Анализ риска здоровью. 2016. №4 (16). С. 17-21. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-meteofaktorov-na-chastotu-povysheniya-arterialnogo-davleniya> (дата обращения: 03.11.2021).

7. Woodhouse P.R., Khaw K.T., Plummer M., Foley A., Meade T.W. Seasonal variations of plasma fibrinogen and factor VII activity in the elderly: winter infections and death from cardiovascular disease. Lancet. 1994 Feb 19;343(8895):435-9. doi: 10.1016/s0140-6736(94)92689-1. PMID: 7508540.

8. Lim J.S., Kwon H.M., Kim S.E., Lee J., Lee Y.S., Yoon B.W. Effects of Temperature and Pressure on Acute Stroke Incidence Assessed Using a Korean Nationwide Insurance Database. J Stroke. 2017 Sep;19(3):295-303. doi: 10.5853/jos.2017.00045. Epub 2017 Sep 29. PMID: 29037003; PMCID: PMC5647635.

9. Modesti P.A., Morabito M., Massetti L., Rapi S., Orlandini S., Mancia G., Gensini G. F., Parati G. Seasonal blood pressure changes: an independent relationship with temperature and daylight hours // Hypertension. 2013. Vol. 61, N 4. P. 908–914.

10. Qi X., Wang Z., Xia X., Xue J., Gu Y., Han S., Wang L., Li X, Leng SX. Potential Impacts of Meteorological Variables on Acute Ischemic Stroke Onset. Risk Manag Healthc Policy. 2020 Jun 19;13:615-621. doi: 10.2147/RMHP.S253559. PMID: 32607029; PMCID: PMC7311092.

11. Капшук Е.А., Терехова О.Е., Корсак В.О., Блинова В.В. Перемена метеоусловий как один из факторов риска острого инфаркта миокарда у больных с хронической ишемической болезнью сердца // БМИК. 2016. №11. С. 1560. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/peremena-meteousloviy-kak-odin-iz-faktorov-riska-ostrogo-infarkta-miokarda-u-bolnyh-s-hronicheskoy-ishemicheskoy-boleznyu-serdtsa> (дата обращения: 03.11.2021).

12. Беляева В.А. Сердечно-сосудистые заболевания у населения предгорных территорий и погодные факторы // Гигиена и санитария. 2019. №10. С. 1148-1154. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/serdechno-sosudistye-zabolevaniya-u-naseleniya-predgornyh-territoriy-i-pogodnye-faktory> (дата обращения: 03.11.2021).

ЭШЕРИХИИ КАК ВОЗБУДИТЕЛИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Ильина К.С., Полозова П.Р.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)

Министерства здравоохранения Российской Федерации. Кафедра клинической биохимии, микробиологии и лабораторной диагностики.

Студентки лечебного факультета 3 курса 2 группы.

E-mail: ilyinaksenia16@yandex.ru, polinapolozova16@yandex.ru

Научный руководитель: А.С. Воронцова

Аннотация: представлен обзор литературы, посвященный вопросам морфологии и вирулентности одного из главных возбудителей инфекций мочевыводящих путей (ИМП)– Escherichia coli. Установлено,

что этот микроорганизм вызывает около 50% внутрибольничных ИМП. Представлена характеристика биопленок эшерихий, а также особенности лечения инфекций антибиотиками и, как следствие, антибиотикорезистентности.

Ключевые слова: инфекции мочевыводящих путей, кишечная палочка, уропатогенные штаммы

Введение. Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются одной из самых важных клинических проблем всех возрастов [1]. Они занимают первое место среди заболеваний мочевыделительной системы и имеют высокий удельный вес (60–70%) среди населения. Наиболее распространенными формами ИМП являются бессимптомная бактериурия (29%), цистит (26%), пиелонефрит (21%) и уросепсис (12%) [2].

Цель исследования: на основании данных литературы изучить морфологию, вирулентность и антибиотикорезистентность возбудителя инфекций мочевыводящих путей – *Escherichia coli*.

Материалы и методы исследования: Был проведен анализ научных статей из электронных баз данных – PubMed, Elibrary, CyberLeninka, посвященных морфологии, вирулентности, а также роли *E. coli* в развитии ИМП. Были изучены анализы мочи 50 пациентов, находившихся на лечении в урологическом отделении одного из крупных стационаров г. Архангельска за 2018–2020 гг.

Инфекции мочевыводящих путей широко распространены как среди женщин, так и среди мужчин, но у представителей мужского пола встречаются значительно реже, что связано с анатомическими особенностями мочеполовой системы. Согласно статистике, примерно половина женщин во всем мире хотя один раз в течение жизни сталкивались с ИМП, частота заболевания среди лиц мужского пола составляет 5–8 случаев на 10 000 человек [3].

ИМП могут быть вызваны различными возбудителями, однако чаще всего ими являются бактерии. Среди бактерий лидирует семейство Enterobacteriaceae (эшерихия, клебсиелла, протей, энтеробактер), среди которого удельный вес занимает *Escherichia coli*. По данным исследований, этот микроорганизм вызывает около 50% внутрибольничных ИМП [4]. Были проанализированы посевы мочи за 3 года из урологического отделения одного из крупных стационаров г. Архангельска. Выявлено, что в моче *E. coli* преобладает, Enterococcus занимает 2 место, Klebsiella и Enterobacter – третье. На основании полученных данных можно утверждать, что содержание *E. coli* снизилось в 2020 году по сравнению с 2018 годом на 6,8%, количество Enterococcus увеличилось на 27,3%, а Klebsiella и Enterobacter на 23% (см. Рисунок 1).

Существенную роль в развитии инфекций мочевыводящих путей играют факторы вирулентности уропатогенов и состояние естественных защитных механизмов организма человека. Чем больше нарушены защитные механизмы организма, тем меньшая вирулентность бактерий способна привести к ИМП [4].

Одним из главных факторов вирулентности уропатогенных штаммов *E. coli* является их способность к адгезии к уроэпителию с помощью адгезинов, О- и К-антигенов капсулы микроба [3]. *Escherichia coli* проникает в эпителий мочевого пузыря, продуцируя протеазы для высвобождения питательных веществ из клеток хозяина и синтезируя сидерофоры для захвата железа. С помощью адгезинов и пилей бактерия достигает почек. В результате адгезии нормальный ток мочи не смывает бактерии, происходит колонизация почечного эпителия, синтез токсинов. Затем *E. coli* проникает в кровоток через канальцевый эпителиальный барьер и вызывает бактериемию [5].

Кроме способности к адгезии, уропатогенные *E. coli* имеют способность к образованию биопленки на слизистой оболочке мочевого пузыря и внутри эпителиальных клеток. Бактерии, формирующие биопленку, отличаются большой устойчивостью к факторам окружающей среды, антибиотикам. Бактерии в биопленках вырабатывают полисахаридный комплекс, защищающий их от действия антибиотиков и иммунитета хозяина. При нарушении барьерных функций эпителия происходит инвазия патогенных бактерий в уроэпителиальные клетки и близлежащие ткани [3,6].

Одним из важнейших свойств бактерий семейства Enterobacteriaceae, имеющих клиническое значение, является антибиотикорезистентность. Из-за сниженного аффинитета к бета-лактамам пенициллинсвязывающих белков энтерококки проявляют относительную устойчивость ко всем бета-лактамам, карбапенемам за счет модификации мишени [7]. Немаловажно, что энтерококки резистентны ко многим антибактериальным препаратам в ходе мутации генов или передачи детерминант резистентности. Приобретая устойчивость к антибиотикам, энтерококки хорошо приспосабливаются к существованию в больничных условиях [8]. В настоящее время больше половины штаммов *E. coli* приобрели устойчивость к амоксициллину, поэтому он не рекомендуется для эмпирической терапии [1]. Согласно современным рекомендациям по антимикробной терапии инфекции мочевой системы следует начинать с применения цефалоспоринов или защищенных аминопенициллинов [1,9].

Таким образом, данные исследований показывают, что частым возбудителем инфекций мочеполовых путей является *Escherichia coli*. Бактерия способна к адгезии, а также к образованию биопленки, что обуславливает ее антибиотикорезистентность. Однако стоит отметить, содержание *E. coli* в моче за период 2018–2020 гг. среди больных урологического отделения стационара г. Архангельска несколько снизилось, что свидетельствует об активном внедрении программ профилактики катетер-ассоциированных ИМП в урологических отделениях.

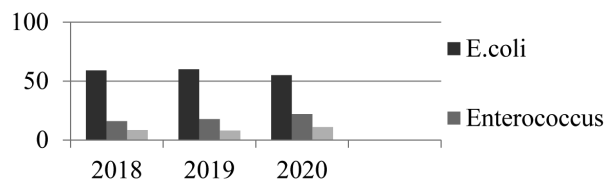


Рисунок 1- Динамика изменения флоры, выделенной из мочи урологического отделения стационара г. Архангельска в период с 2018 по 2020 гг., %

Литература

1. Шишиморов И.Н., Магницкая О.В., Шаталова О.В., Шапошникова Н.Ф., Королева М.М. Инфекции мочевыводящих путей у детей // Вестник ВолГМУ. 2020. №2 (74). С.3-8.
2. Фазылов А.В., Ибрагимов А.Ю., Алижонов Н.Б., Шадманова Н.А., Расулова М.Г. Особенности клинического течения и спектр микробного пейзажа при остром необструктивном гнойном пиелонефрите и их чувствительность к антибиотикам // Теоретические и прикладные проблемы современной науки и образования: материалы Международной научно-практической конференции.– Курск, 2020. С.264-273.
3. Белоглазова И.П., Трошина А.А., Потешкина Н.Г. Инфекции мочевыводящих путей: часть 1 // Лечебное дело. 2018. №1. С.18-25.
4. Котова Г.С., Пересада О.А., Куликов А.А., Миллюк Н.С. Острые неосложненные инфекции мочевыводящих путей у женщин // Медицинские новости. 2018. №4 (283). С.12-17.
5. Малаева Е. Г. Инфекции мочевыводящих путей и микробиота // Проблемы здоровья и экологии. 2021. №3. С.5-13. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/infektsii-mochevyvodyaschih-putei-i-mikrobiota> (дата обращения: 12.11.2021).
6. Кузнецова М.В., Гизатуллина Ю.С., Демаков В.А. Уропатогенные штаммы Esherichia coli: биологические свойства и колонизационная активность // Вестник Пермского федерального исследовательского центра. 2019. №1. С.14-22. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/uropatogennye-shtammy-esherichia-coli-biologicheskie-svoystva-i-kolonizatsionnaya-aktivnost> (дата обращения: 5.11.2021).
7. Mathew J.L., Sinha R. Can we predict antibiotic-resistance in urinary tract infection // Indian Pediatrics. -2016. – Vol. 53, no. 6. – P. 519-522.
8. Габриелян Н.И., Горская Е.М., Цирульников О.М. / Факторы риска и нозокомиальные инфекции, вызываемые энтерококками // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2015. -Т. 17, № 2. – С. 64-69.
9. Спивак Л.Г., Рапопорт Л.М., Платонова Д.В. и др. Вопросы спектра и локальной чувствительности E. coli у пациенток с острой неосложненной инфекцией нижних мочевыводящих путей – обзор результатов исследования М. Seitz и собственных наблюдений // Журнал урология.- 2018.- №3. С.58-62.

МОТИВЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 50 ЛЕТ: КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Кирилкин Г.Э¹,

1 – Северный государственный медицинский университет. Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, студент 2 курса магистратуры по направлению «Общественное здравоохранение» (Архангельская международная школа общественного здоровья). E-mail: germankirilkin@gmail.com

Научный руководитель: к.псих.н., PhD Харькова О.А

Аннотация: В настоящее время в Российской Федерации уровень потребления алкоголя остаётся высоким. Потребление алкоголя среди населения старше 50 является проблемой в том числе ввиду демографической ситуации в РФ. В статье рассматриваются мотивы потребления алкоголя у женщин старше 50 лет.

Ключевые слова: потребление алкоголя, алкоголизация на Севере, потребление алкоголя женщинами, качественное исследование.

Актуальность: Потребление алкоголя одна из проблем общественного здравоохранения, при этом для многих людей является частью социальной жизни [1]. По оценкам Европейского бюро ВОЗ 10% общей смертности обусловлено потреблением алкоголя, 2545 человек ежедневно умирают от связанных с алкоголем причин [2]. Население Российской Федерации более чем на четверть представлено женщинами старше 50 лет [3]. При этом уровень алкоголизации среди женщин растёт [5].

Цель: изучить мотивы потребления алкоголя у женщин старше 50 лет.

Исследовательский вопрос: Каковы мотивы потребления алкоголя у женщин старше 50 лет?

Материал и методы исследования

Выборка была отобрана методом «снежного кома». В исследовании принимали участие 3 женщины, в возрасте 56, 57 и 59 лет. Частота потребления алкоголя варьировалась от двух раз в месяц до 2-4 раз в неделю. Привычная разовая порция составляла от 100 до 500 граммов. Двое участников предпочитали употреблять крепкий алкоголь (водку, коньяк, виски), тогда как один – вино.

Запись интервью велась на диктофон с разрешения всех участников исследования.

Описание методы сбора данных: сбор данных производился в процессе однократного полуструктурированного интервью.

Описание способов анализа: анализ проводился с помощью качественного индуктивного контент-анализа. Для валидации полученных методов применялся метод аналитической триангуляции.

Результаты исследования

Единицы текста интервью были переведены в печатный формат с последующей выжимкой, формированием кодов и получением категорий. Таким образом, было получено 3 категории, отвечающие на исследовательский вопрос (Таблица 1).

В ходе анализа категорий, говоря о мотивах потребления алкоголя, женщины чаще ссылались на культуральные мотивы. Рассуждая о мотивах потребления алкоголя, они отмечали, что употребляют «по праздникам» (а праздники это значит «Как в календаре»), а также по выходным дням.

В некоторых случаях употребление алкоголя являлась привычкой, которая была сформирована семейной традицией (Цитата ИЗ: «Воспитанием семейным, скорее всего... рекламой... фильмами»). Поводом для употребления алкоголя служил также приём пищи: «За обедом, за ужином». Информанты объясняли потребление алкоголя во время взаимодействия с друзьями, близкими (Цитата: «при встрече с друзьями», «хорошая компания», «в гостях»).

Второй по встречаемости категорией стало потребление алкоголя для достижения положительных эмоций. Информанты употребляли алкоголь в так называемых гедонистических целях [4], чтобы стало «радостно», появилось «хорошее настроение», «душевное спокойствие». Отмечают, что алкоголь «поднимает настроение», помогает «раскрепоститься». Однако, для некоторых положительные эмоции напрямую зависят от количества употреблённого алкоголя. У каждого есть своя норма, которую не желательно бы переходить (Цитата И2: «Хорошо себя чувствую, если не превышу норму»).

Также информанты употребляют алкоголь по атарактическим мотивам [4], то есть при появлении у них отрицательных эмоций. Основная цель употребления – это смягчить состояние эмоциональной напряженности, тревоги, беспокойства, подавленности, страхов, неуверенности. Прием алкогольных напитков помогает отвлечься от горьких воспоминаний, хотя бы на время (Цитата И1: «То грустно. То какие-то неприятности»).

Заключение

Таким образом, основными мотивами потребления алкоголя у женщин старше 50 лет являются культуральные, (то есть обусловленный традицией, привычкой или воспитанием), гедонистические (для получения положительных эмоций) и атарактические (для подавления отрицательных эмоций).

Таблица 1

**Коды и категории, позволяющие ответить на исследовательский вопрос
«Каковы мотивы потребления алкоголя у женщин старше 50 лет?»**

Категория	Код
Культуральные мотивы	Праздники; Как в календаре; Ужин, обед, праздничный стол; Хорошая компания, праздник, гости; Выходные; Встречи с друзьями; Традиция; По привычке.
Положительные эмоции	Радостно; Вкусно; Хорошее настроение; Душевное спокойствие; Поднимает настроение; Счастливо Раскрепоститься
Отрицательные эмоции	Грустно; Неприятности.

Литература

1. WHO: Health topics Alcohol (https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1 дата доступа: 1.11.2021)
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. – World Health Organization, 2019.
3. ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ (РОССТАТ) ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ (<https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13284> дата доступа: 1.11.2021)
4. Завьялов В.Ю. Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и у здоровых // Психологический журнал. – 1986. – № 5. – С. 102-111.
5. Разводовский Ю. Е. Алкоголизация женщин как атрибут современного общества // Собириология. – 2018. – №. 2. – С. 67.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИСТОЧНИКОВ ВОДОСНАБЖЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД С 2018 ПО 2020 ГГ.

Клишина А.Ю.

Северный государственный медицинский университет.

Кафедра гигиены и медицинской экологии. Студентка 4 курса

факультета медико-профилактического дела и медицинской биохимии.

E-mail: 14adelina03@gmail.com

Научный руководитель: д.м.н., проф., засл. работник высшей школы РФ Гудков А.Б.

Аннотация: Вода является одним из главных фактором среды, и её безопасность и качество оказывает существенное влияние на уровень здоровья населения. В Архангельской области основными источниками централизованного водоснабжения являются поверхностные и подземные воды. В данной статье представлен анализ состояния и особенности водоснабжения в Архангельской области за период с 2018 по 2020 гг.

Ключевые слова: Архангельская область, водоснабжение, качество воды

На здоровье населения влияет совокупность экологических, наследственных, социальных и экономических факторов. И вода не является исключением. В настоящее время недоброкачественность воды является одной из главных проблем, требующих незамедлительного решения для улучшения здоровья и качества жизни населения [2,4]. По данным ВОЗ, приблизительно 827 000 человек в странах с низким и средним уровнем дохода ежегодно погибают в результате неудовлетворительного водоснабжения и санитарно-гигиенических условий.

В Архангельской области (далее – АО) проблема несоответствия качества воды санитарно-эпидемиологическим требованиям остается актуальной [1,7]. В основном она связана с нарушением законодательства, регулирующего охрану водоисточников, отсутствием необходимого комплекса очистных сооружений, ЗСО или наличием ЗСО, но неутвержденных в установленном порядке [3,6].

Цель: оценить качество воды централизованных систем водоснабжения в Архангельской области.

Методы и материалы: результаты социально-гигиенического мониторинга Управления Роспотребнадзора по Архангельской области и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Архангельской области».

Результаты и обсуждение: В 2020 году в АО на надзоре Управления состояло 333 источника централизованного водоснабжения, из них 65 – поверхностных. Большинство поверхностных водоисточников относятся к бассейну реки Северной Двины.

По сравнению с 2018 годом в 2020 году удельный вес источников водоснабжения, не отвечающих санитарно-эпидемиологическим требованиям, увеличился в 2 раза и составил 58,9%, тогда как в 2018 г. он составлял 29,5%.

За период с 2018 по 2020 годы удельный вес населения Архангельской области, обеспеченного качественной питьевой водой, снизился на 13,1% с 76,6% в 2018 году до 63,5% в 2020 году. Удельный вес населения, обеспеченного некачественной питьевой водой, увеличился с 15,0% в 2018 году до 19,5% в 2020 году.

Доля водопроводов, не отвечающих гигиеническим нормативам, из-за отсутствия необходимого комплекса очистных сооружений составила 63,1%, что выше по сравнению с 2018 годом на 18,5%, а из-за отсутствия обеззараживающих установок снизилась на 2,2% и составила 21,6%.

Удельный вес поверхностных источников, не отвечающих санитарно-эпидемиологическим требованиям, в 2020 году составил 69,2 % (2018 г. – 65,1%). Доля подземных водоисточников, не отвечающих санитарно-эпидемиологическим требованиям, в 2020 году составила 56,3 % (2018 г. – 21,1%) (Рис. 1).

Удельный вес проб воды поверхностных и подземных источников централизованного водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, составил 35,5% и 34,2% соответственно. Сравнивая с удельным весом 2018 года, показатели значительно уменьшились на 20,3% и 0,9% (Рис. 2).

Удельный вес проб воды поверхностных и подземных источников централизованного водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, в 2020 году составил 29,7% и 3,5% соответственно. По сравнению с 2018 г. удельный вес поверхностных водоисточников увеличился на 0,8%, а в подземных – снизился на 1,5% (Рис. 3).

Также в 2020 г. было отобрано 220 проб воды на паразитологические показатели. По результатам исследования все пробы воды соответствовали гигиеническим требованиям.

Заключение: качество воды в Архангельской области в целом можно оценить как неудовлетворительное. Во многом это связано с изношенностью водопроводных сетей, плохим техническим состоянием водоочистных сооружений и несоответствием требований законодательства по охране водоисточников. Поэтому улучшение качества водоснабжения требует особого внимания и является одной из приоритетных задач Управления Роспотребнадзора по Архангельской области.

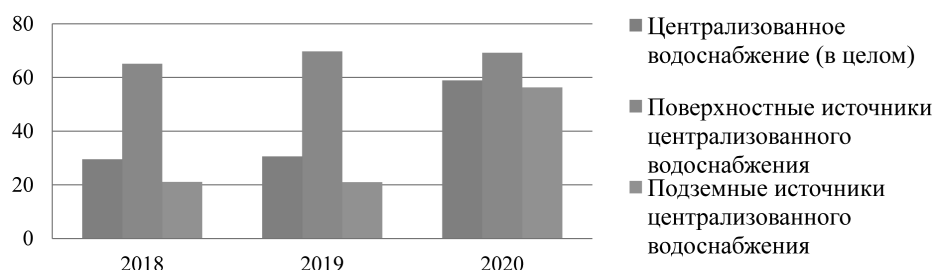


Рисунок 1. Удельный вес источников водоснабжения в Архангельской области за 2018 – 2020 годы, не соответствующих гигиеническим нормативам (%)

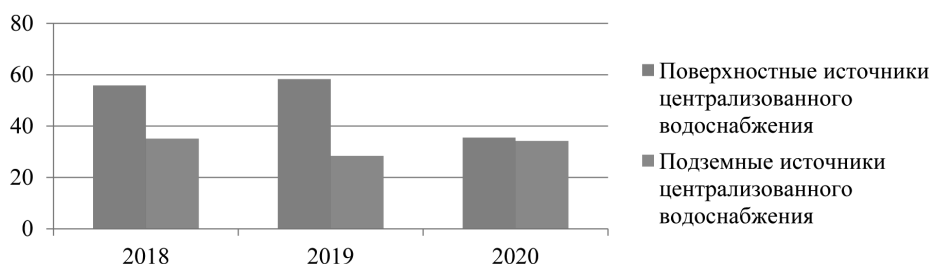


Рисунок 2. Удельный вес проб воды источников водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям за 2018-2020 годы (%)

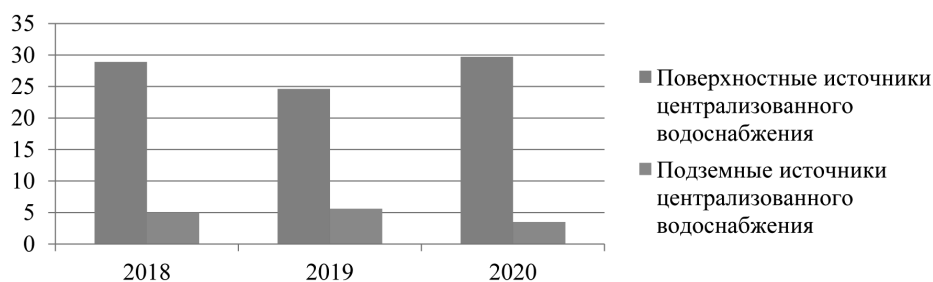


Рисунок 3. Удельный вес проб воды источников водоснабжения, не соответствующих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям за 2018-2020 годы (%)

Литература:

1. Бобун И.И., Иванов С.И., Унгурияну Т.Н., Гудков А.Б., Лазарева Н.К. К вопросу о региональном нормировании химических веществ в воде на примере Архангельской области // Гигиена и санитария. 2011. №3. С.91-95.
2. Бузинов Р.В., Зайцева Т.Н., Лазарева Н.К., Гудков А.Б. Социально-гигиенический мониторинг в Архангельской области: достижения и перспективы // Монография / Минздравсоцразвития РФ, ФГУ «Центр госсанэпиднадзора в Архангельской области», Северный государственный медицинский университет. Архангельск, 2005. С.260.

3.Бузинов Р.В., Лопашин С.А., Терентьев В.И., Шешин О.Ю., Гудков А.Б.Попова О.Н. Актуальные вопросы обеспечения охраны водоисточников на федеральном и региональном уровне (обзор) // Журнал медико-биологических исследований. 2018. Т.6, №3. С. 302-309.

4.Крутикова К.А., Поспелова А.П. Влияние предприятий целлюлозно-бумажной промышленности на окружающую среду // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2019. №2(43). С.82-83.

5.Никанов А.Н., Гудков А.Б., Попова О.Н., Смолина В.С., Чашин В.П. Минеральный состав крови жителей Арктического района с низкой минерализацией воды в системах централизованного водоснабжения // Экология человека. 2021. №3. С.42-47.

6.О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2020 году: Государственный доклад / под ред. Р.В. Бузинова – Архангельск, 2021. – 144 с.

7.Чупакова С.А., Вопрокнутова Ж.А., Яшук К.А., Мироновская А.В. Гигиеническая оценка качества питьевой воды на территории Архангельской области // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2020. №1(44). С.171-172.

УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ И ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

*Комиссарова Д.Д., Громоткова Е.С., Афанасьева К.Н., Паршевникова А.С., Мишина В.Д.
Северный Государственный Медицинский Университет,
кафедра психиатрии и клинической психологии, студенты 4 лечебный факультет.
Научный руководитель: д.м.н., проф. Шелыгин К.В.*

Аннотация: статья посвящена актуальной проблеме тревожно-депрессивных состояний, их распространенности среди студентов-медиков, а также взаимосвязи индекса массы тела и наличием тревоги и депрессии.

Ключевые слова: тревога, депрессия, студенты, индекс массы тела.

Введение

По результатам исследования ЭССЭ-РФ, в нашей стране распространённость синдромов тревоги и депрессии составляет 46,3 и 25,6% [2,4]. Тревога и депрессия могут быть во взаимосвязи с нарушениями, проявляющимися изменением массы тела [4].

Психо-эмоциональное напряжение – это часть студенческой жизни, которая полна неудач, эмоциональных, финансовых проблем, а также нарушений режима сна и питания, что может провоцировать расстройства, приводящие к отклонениям в массе тела.

Цель исследования: определить распространенность тревоги и депрессии у студентов-медиков и взаимосвязь этих состояний с индексом массы тела.

Материалы и методы

Исследование: обсервационное, поперечное, не рандомизированное, анонимное, проводилось с информированного согласия респондентов дистанционно.

Объект исследования – студенты «Северного Государственного Медицинского Университета» в количестве 392 человека (мужчины – 86 человек, женщины – 306). Средний возраст респондентов составил 21 ($\pm 2,07$) (мужчины – 21,9 ($\pm 1,98$), женщины – 22,2 ($\pm 2,4$) года). Группирующая переменная – пол.

Предмет исследования – уровни тревоги и депрессии, антропометрические показатели.

Для исследования уровня тревоги и депрессии была использована Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [3,5]. На основании роста-весовых характеристик рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Статистическая обработка результатов производилась критерием хи-квадрат, коэффициентом корреляции Спирмена, так как показатели не имели нормального распределения.

Результаты и обсуждения

В обеих группах подавляющее большинство (59,9%) опрошенных не имели достоверных признаков и симптомов тревоги. При этом среди женщин достоверно выше распространенность субклинической и клинической тревоги, чем среди мужчин ($\chi^2 = 14,8$). Такие результаты можно объяснить тем, что девушки в большей степени находятся в состоянии постоянной готовности реагировать на любую эмоционально сложную ситуацию, а также проявление эмоций и настроения у девушек зачастую доминируют над контролем, самообладанием и импульсивностью [1]. В ходе исследования были получены данные, показывающие, что большинство опрошенных (80,6%) не имеют признаков и симптомов депрессии. Так же, уровень субклинической и клинической депрессии практически не отличается в обеих группах ($\chi^2 = 1,29$).

Во всей выборке был изучен индекс массы тела (ИМТ): 50 человек (12,6%) имеют ИМТ ниже нормы (18,5-24,9 – норма), 255 человек (64,7%) имеют нормальный показатель ИМТ и 87 человек (22,7%) имеют избыточный ИМТ.

В ходе исследования был проведен анализ связи между высоким или низким индексом массы тела и наличием субклинически и клинически выраженной тревоги/депрессией. Согласно настоящему исследованию корреляции между этими показателями не обнаружено. То есть можно сделать вывод, что вне зависимости от избытка или дефицита массы тела у обследуемых студентов одинаково встречаются признаки тревоги и депрессии.

Выявленный нами уровень распространенности тревоги и депрессии, в целом, соответствует популяционной распространенности этих явлений [2,4].

Отсутствие значимой связи между показателями тревоги, депрессии и ИМТ можно объяснить тем, что подавляющее большинство студентов имеют нормальный уровень ИМТ, а также, возможно, их большей осведомленностью о нормах питания и здорового образа жизни [4].

Также было исследовано гендерное соотношение по вышеперечисленным шкалам и ИМТ: результаты оказались такими же, то есть статистически значимой связи нет (рисунок 1, 2). Следовательно, можно предположить, что вне зависимости от пола показатель ИМТ не имеет связи с наличием тревожно-депрессивных состояний у студентов-медиков.

Заключение

У большинства опрошенных студентов уровень тревоги и депрессии в пределах популяционной распространенности этих синдромов. Исследование показало отсутствие корреляции между уровнем ИМТ и наличием тревожно-депрессивных состояний у студентов-медиков.

Литература:

1. Баранова, М. А. Сравнение уровней тревоги и депрессии, когнитивных функций у студентов первого и третьего курсов / М. А. Баранова, А. Андреев // Морфологический альманах имени В.Г. Ковешникова. – 2018. – Т. 16. – № 2. – С. 3-8.
2. Закроева А.Г., Андриянова О.В., Солодовников А.Г. и др. Сравнительный анализ распространенности некоторых хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска в сельской и городской популяциях среднего Урала. Профилактическая медицина. 2013;(6):94 –102
3. Махмудова, А. А. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) / А. А. Махмудова // Инновации. Наука. Образование. – 2021. – № 26. – С. 1830-1835.
4. Распространенность биологических факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и тревожно-депрессивной симптоматики во взаимосвязи с уровнем лептина сыворотки крови среди студенческой молодежи / Е. С. Гаврилова, Л. М. Яшина, Д. А. Яшин, В. А. Сумеркина // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-3. – С. 478-482.
5. ZigmondAS, SnaithRP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. PMID: 6880820.

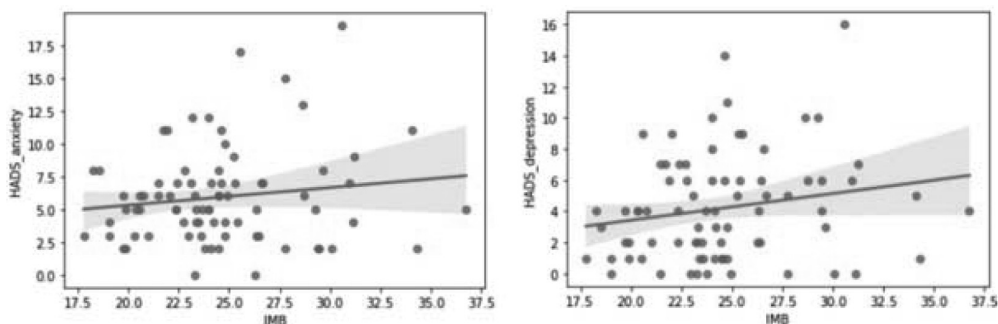


Рисунок 1 –Корреляционные зависимости между тревогой/депрессией и ИМТ у мужчин

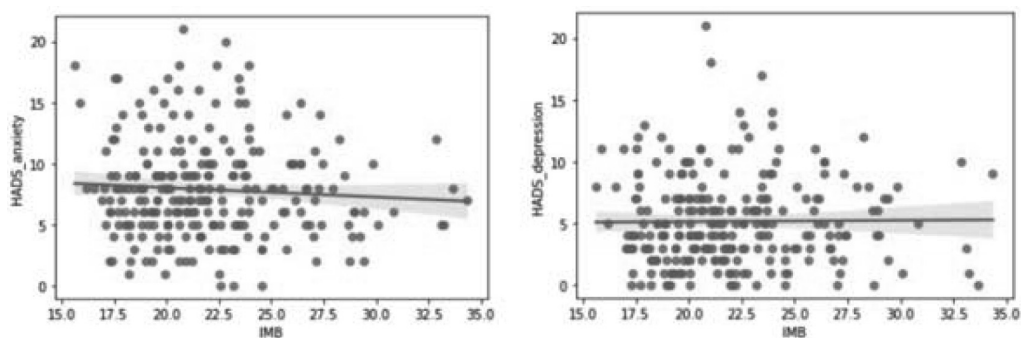


Рисунок 2 – Корреляционные зависимости между тревогой/депрессией и ИМТ у женщин

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕНОСА ОСТАТКОВ ВЗАИМОРАСЧЕТОВ С КОНТРАГЕНТАМИ ИЗ КОМПОНЕНТЫ 1С: ТОРГОВЛЯ И СКЛАД ВЕРСИИ 7.7 В КОМПОНЕНТУ 1С: БУХГАЛТЕРИЯ ПРЕДПРИЯТИЯ ВЕРСИИ 3.0.

Корельская А.О.¹, Земцовский А.Е.², Меньшиков А.М.³

1 – ФГАОУ ВО Северный (Арктический) федеральный университет, магистрант,
e-mail: keldaars@mail.ru

2 – ФГАОУ ВО Северный (Арктический) федеральный университет,
канд.техн.наук, доцент, e-mail: alz200@yandex.ru.

3 – ФГАОУ ВО Северный (Арктический) федеральный университет,
канд.техн.наук, доцент, e-mail: alm2005@mail.ru;

Аннотация. В статье представлена технология переноса остатков взаиморасчетов с контрагентами из компоненты 1С: Торговля и склад 7.7 в версию 1С: Бухгалтерия предприятия 3.0.

Ключевые слова: документы переноса данных, загрузка данных из MS Excel.

Несмотря на то, что программный продукт «1С: Торговля и склад» версии 7.7 до сих пор широко используется на предприятиях торговли, тем не менее, всё больше пользователей задумывается о переходе на новые, более функциональные версии, например, «1С: Управление торговлей» или «1С: Бухгалтерия предприятия». Последний вариант выбирают пользователи, которые хотят сразу видеть все движения документов в виде бухгалтерских проводок, а по итогу месяца, квартала или года без дополнительных манипуляций формировать регламентированные отчеты.

Компонента «1С: Торговля и склад 7.7» имеет типовой функционал выгрузки данных. Однако, для документов ввода остатков взаиморасчетов с контрагентами в нем нет правил обмена. Кроме того, для формирования документов ввода остатков взаиморасчетов приходится вводить эти суммы вручную, поскольку штатного инструмента для автоматического заполнения этих документов нет. Для среднего торгового предприятия справочник контрагентов может содержать до 5 тысяч наименований контрагентов и более. Ввод большого количества данных вручную сильно растягивает во времени процесс перехода к новой платформе. В связи с отмеченными проблемами, нами разработана технология и инструменты для выгрузки остатков взаиморасчетов с контрагентами из компоненты «1С: Торговля и склад 7.7» с дальнейшей загрузкой данных в компоненту «1С: Бухгалтерия предприятия 3.0».

Кратко технология выгрузки-загрузки данных выглядит следующим образом: на первом этапе в компоненте «1С: Торговля и склад 7.7» формируются стандартный отчет «Ведомость по контрагентам». Для получения развернутой картины в виде отдельного долга контрагента как покупателя и как поставщика при формировании отчета в поле «Вид отчета» устанавливается последовательно «По покупателям» и «По поставщикам». Отчеты сохраняются в формате MS Excel.

На втором этапе необходимо сделать копию базы данных «1С: Торговля и склад 7.7», удалив из неё все документы и партии. Далее, в рабочей базе с помощью специально созданной нами обработки загрузить данные отчетов в пустую базу данных (копию) «1С: Торговля и склад 7.7». При этом сформируются документы «Корректировка долга». Интерфейс обработки представлен на рис.1 и рис.2.

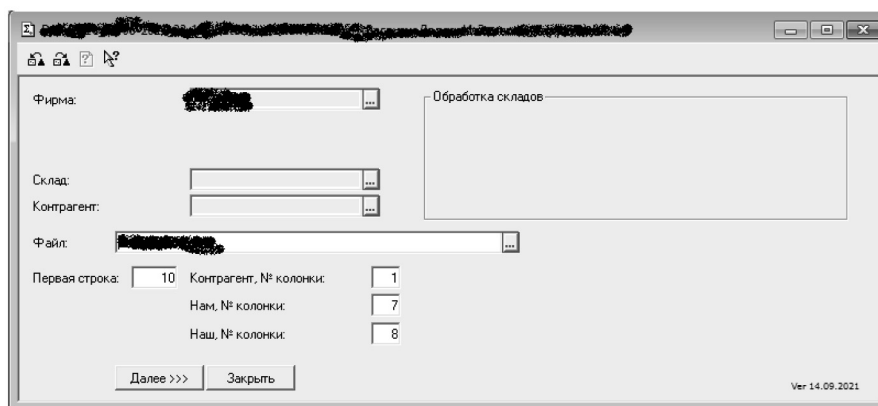


Рисунок 1 – Выбор фирмы и файла для загрузки данных из таблицы MS Excel.

№	Название	Контрагент	Наш долг	Долг нам
1			3828.40	
2				3498.23
3				39580.35
4				2364.00
5			30000.00	
6				928.38
7				36264.97
8				56.98
9				369.45
10			60000.00	
11				240.88

Рисунок 2 – Сформированная таблица долгов.

Документы выгрузки необходимо формировать отдельно по долгу покупателя и долгу поставщика. Для удобства работы с документами «Корректировка долга» в обработку нами добавлена начальная дата документов. Таким образом, документы «Корректировка долга» окажутся сформированными разными датами по критерию «Долг наш» и «Долг нам». Сформированные документы необходимо провести.

На третьем этапе необходимо воспользоваться стандартной обработкой «ВыгрузкаВ_Бух30.ert». Обработка создаёт файл формата XML, который с помощью стандартной обработки «ЗагрузкаДанныхИзТиС.ertf» загружается в компоненту «1С: Бухгалтерия предприятия 3.0», формируя документы «Корректировка долга». Однако, эти документы по-умолчанию формируют проводки д91-к60 или д62-к91. Для корректного формирования остатков взаиморасчетов с контрагентами необходимо, чтобы проводки имели вид: д000-к60 или д62-к000. Это легко сделать, воспользовавшись штатным инструментом «Администрирование|Обслуживание|Корректировка данных|Групповое изменение реквизитов». В связи с тем, что нами в компоненте «1С: Торговля и склад 7.7» документы «Корректировка долга» формировались для покупателя и поставщика отдельно, а также отдельно формировались документы по критерию «Долг наш» и «Долг нам», выполнить групповое изменение реквизитов не составляет никакого труда.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ВЫДЕЛЕНИЯ ГУМИНОВЫХ КИСЛОТ

Корельская Т.А., Майер Л.В., Журавлева Е.А., Айвазова Е.А., Онохина Н.А., Зубова Н.А.
ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет (г. Архангельск) Минздрава России

Аннотация: предложен способ выделения гуминовых кислот из торфа, предполагающий подбор оптимальных условий выделения (температура, гидромодуль) с уменьшением расходования реагентов и увеличения выхода.

Ключевые слова: гуминовые кислоты, торф, способы выделения, адсорбция.

Гуминовые вещества – это основная органическая составляющая почвы, воды и твердых горючий ископаемых. Они содержатся также в буром угле (86 %) и торфе [1].

Гуминовые вещества обладают достаточно разнообразной биологической активностью и используются в различных областях промышленности: в химической промышленности (способность сорбировать различные вещества, восстанавливать ряд соединений), в сельском хозяйстве (оказывать стимулирующее действие на рост и развитие растений), в нефтедобывающей промышленности (для рекультивации нефтезагрязненных почв) [1].

В природе не существует соединений с идентичным набором таких же важных химических и биологических свойств, какими обладают гуминовые соединения. Все это определяет перспективность использования гуминовых веществ в медицине качестве потенциальных лекарственных средств нового поколения. Исследования в области разработок новых биологически активных соединений показали, что гуминовые вещества различного генеза обладают иммуномодулирующим и противовоспалительным действиями, что позволяет использовать их для профилактики и лечения хронических дерматозов, atopических дерматитов, аллергических ринитов и других заболеваний, сопровождающихся воспалительными и аллергическими реакциями, что подтверждено доклиническими и клиническими испытаниями. Перспективным является применение гуминовых веществ как противогрибковых, противовирусных средств [2].

В настоящее время перспективным направлением является использование природного сырья для получения веществ, используемых в хозяйственной деятельности человека. Именно поэтому актуальным

является использования торфа, которым богата Архангельская область, как ценного природного сырья для получения гуминовых кислот. Однако выделение препаратов гуминовых кислот из природных объектов процесс длительный, трудоемкий, требующий большого расхода реагентов, поэтому необходимо совершенствовать данный процесс.

Существуют различные методы выделения гуминовых кислот ГК [3]. Однако в препаратах гуминовых кислот, выделенных из различных природных объектов, структурные и функциональные параметры неоднозначны, что обусловлено многообразием веществ, принимающих участие в образовании ГК, условиями, в которых находятся эти кислоты в процессе своего образования и дальнейших превращений.

В процессе усовершенствования и оптимизации методики выделения ГК [3] из верхового торфа решались следующие задачи:

1. Достижение максимального выхода ГК в подобранных условиях;
2. Определение оптимального расхода реагента;
3. Минимизация разрушающего воздействия реагента на ГК.

Известным способом выделения гуминовых кислот из различных природных объектов является обработка их водными растворами щелочей и щелочных солей с образованием растворимых гуматов и подкислением раствора для осаждения свободных гуминовых кислот. Наиболее дешевым и доступным реагентом является гидроксид натрия, который применяется в различных концентрациях. Количество требуемых щелочных обработок при этом варьируется от одной до десяти, экстрагирование проводится при 20°, 40°, 80° и 100° С [4].

Экспериментальная часть Образцы торфа, отобранные на территории Приморского района Архангельской области, высушивались до воздушно-сухого состояния.

Выделение гуминовых кислот из торфа методом щелочной экстракции с последующим осаждением раствором серной кислоты до pH 2 проводилось при значениях гидромодуля (соотношения массы навески торфа к объему экстрагирующего раствора) от 20 до 100. В качестве реагентов для экстракции использовались растворы: 0,1N раствор гидроксида натрия (4%) с добавлением пиррофосфата натрия и без него и 1% раствор гидроксида натрия. Определение влажности торфа проводили по ГОСТ 28268-69. Определение зольности торфа и выделенных ГК проводили по ГОСТ 27784-88. ИК-спектры ГК получали методом однократного нарушенного полного отражения (НПВО) на оборудовании Центра коллективного пользования НО «Арктика» (САФУ).

Результаты и их обсуждение Влажность образцов торфа, предварительно высушенного до воздушно-сухого состояния составила 11%, зольность исходного образца воздушно-сухого торфа -7%. В зависимости от природы экстрагирующего реагента и значения гидромодуля выход гуминовых кислот, выделенных из образцов верхового торфа Архангельской области, находился в диапазоне от 0,15 до 17,5%. Это согласуется с литературными данными [4], где выход ГК обычно составляют 2-20%.

Таким образом, наиболее полное извлечение ГК происходит при использовании водного раствора щелочи NaOH с концентрацией 1% и значении гидромодуля – 100 (табл. 2). Добавление пиррофосфата натрия в раствор и увеличение объема щелочи для экстракции ГК не обеспечивает повышения выхода продукта (табл. 1).

Таблица 1

Зависимость практического выхода ГК от величины гидромодуля при использовании пиррофосфатно-щелочного реагента

Гидромодуль	10	25	31	33	50	33	100
Масса ГК, г	0,15	0,15	0,1	0,11	0,15	1,0	0,03
Выход ГК, %	0,375	0,75	0,625	0,92	1,88	8,33	0,75

Таблица 2

Зависимость практического выхода ГК от величины гидромодуля при использовании щелочного реагента

Гидромодуль	25	20	100	50	100	100	100	100	100
Масса ГК, г	0,03	0,63	0,53	0,8	0,88	0,74	0,68	0,57	11,25
Выход ГК, %	0, 15	3,14	10,6	10	17,5	14,8	13,6	11,4	12,5

На получение неизменных и неокисленных ГК с хорошими качественными характеристиками влияет температура и продолжительность экспозиции. Поэтому оптимальным температурным режимом процесса выделения ГК из торфа считается нагревание щелочно-торфяной смеси по модифицированной методике 1 до 80°С и выдерживание смеси в течении 1 часа при непрерывном перемешивании.

При изучении функционального состава гуминовых кислот, выделенных по модифицированным методикам при использовании пиррофосфатно-щелочного реагента и щелочного реагентов, получены спектры ИК, полосы поглощения и форма которых аналогичны спектрам ГК, полученным другими авторами (рис.1, рис.2) [5].

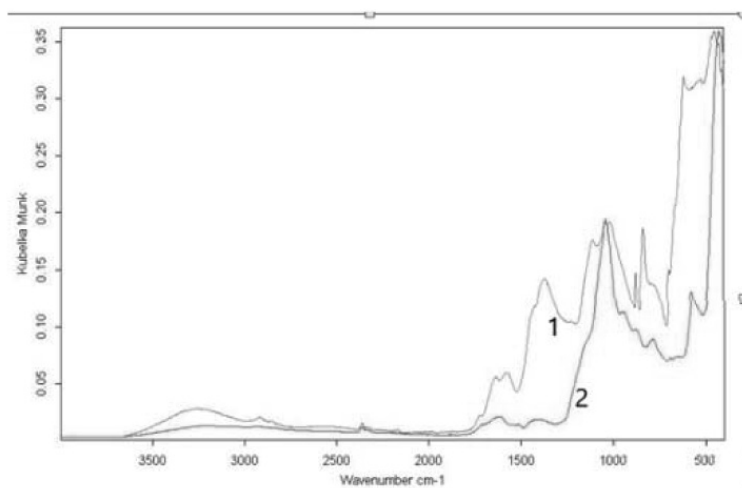


Рис.1.ИК-спектры гуминовых кислот: 1-экстрагирующий реагент ($\text{NaOH}+\text{Na}_2\text{P}_4\text{O}_7$);
2 - экстрагирующий реагент NaOH (модифицированная методика 1).

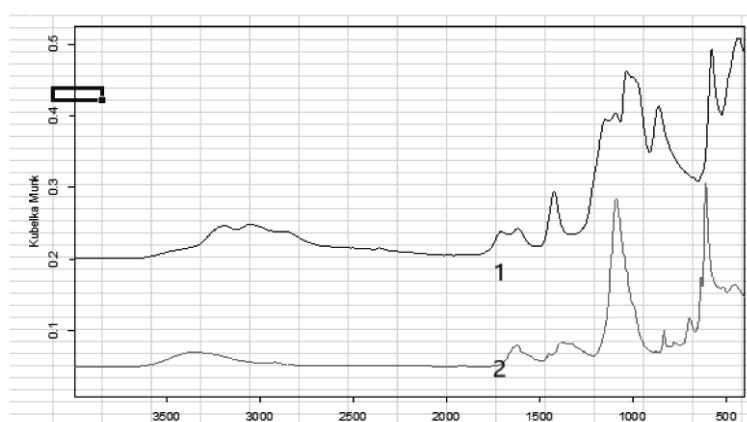


Рис. 2. ИК-спектры гуминовых кислот: 1 – ГК, выделенные по методике Кононовой-Бельчиковой;
2 – ГК, выделенные по модифицированной методике 1

На основании выше приведенных данных может быть рекомендована следующая методика выделения гуминовых веществ из верхового торфа: экстрагирующий реагент 1%, рекомендуемый гидромодуль 100, рН щелочно-торфяной смеси 13, температурный режим – нагревание в течение 1 часа при 80°C . Коагуляция гуминовых кислот проводится концентрированной серной кислотой до $\text{pH}=2$. Отмытый осадок гуминовых кислот растворяется в 4% растворе NaOH, пропускают через катионит и высушивается до воздушно-сухого состояния.

Список литературы

1. Пурыгин, П. П. Гуминовые кислоты: их выделение, структура и применение в биологии, химии и медицине / П. П. Пурыгин, И. А. Потапова, Д. В. Воробьев // Актуальные проблемы биологии, химии и медицины. – Одесса: Физическое лицо – предприниматель Куприенко Сергей Васильевич, 2014. – С. 180-196.
2. Биологическая активность гуминовых веществ: перспективы и проблемы их применения в медицине (обзор) / И. А. Савченко, И. Н. Корнеева, Е. А. Лукша, К. К. Пасечник // Журнал МедиАль. – 2019. – № 1(23). – С. 54-60. – DOI 10.21145/2225-0026-2019-1-54-60.
3. Роганов В.Р., Касимова Л.В., Тельянова А.В., Елисеева И.В. Исследование способов извлечения из низинного торфа гуминовых препаратов/ Современные проблемы науки и образования. Электронный научный журнал ISSN: 2070-7428. «Перечень» ВАК. ИФ РИНЦ = 0,931. ГОУ ВПО Пензенский государственный технологический университет. 2014. № 6.
4. Гостищева М.В., Федько И.В., Писниченко Е.О. Сравнительная характеристика методов выделения гуминовых кислот из торфов с целью получения гуминовых препаратов// Доклады ТУСУРа. Автоматизированные системы обработки информации, управления и проектирования. 2004 г. С.66-69.
5. Комиссарова И.Д., Логинов Л.Ф., Стрельцова И.Н. Спектры поглощения гуминовых кислот//Труды Тюменского СХИ.1971. Т. 14.С.75-91.

СОЧЕТАНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Коробова О.Д., Рупасова О.В.

Северный государственный медицинский университет.

Кафедра инфекционных болезней, 6 курс педиатрический факультет

E-mail: Olya.korobowa2012@yandex.ru, halloo.93@mail.ru

Научный руководитель: к.м.н., доц. Рогушина Н.Л.

Аннотация: представлен клинический случай течения менингококковой инфекции в сочетании с новой коронавирусной инфекцией у пациента, госпитализированного в инфекционный стационар.

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция COVID – 19, менингококковая инфекция, менингококкемия, менингит.

Введение: новая коронавирусная инфекция (COVID – 19) – острое инфекционное заболевание, вызываемое новым штаммом коронавируса SARS CoV – 2, с воздушно-капельным и контактно-бытовым путем передачи [1]. Коронавирусы представляют собой оболочечные несегментированные вирусы, РНК-содержащие, принадлежат к семейству Coronaviridae, отряд Nidovirales. В настоящее время новая коронавирусная инфекция может протекать в сочетании с разными инфекционными заболеваниями, в том числе и с бактериальными. Так по данным зарубежной литературы был описан клинический случай менингококковой инфекции и новой коронавирусной инфекции у пациента двадцати двух лет [2].

Цель: описать клинический случай течения менингококковой инфекции и новой коронавирусной инфекции у ребенка, госпитализированного в стационар.

Пациент, 12 лет. Заболел остро с повышения температуры до 37,2С, появилась боль в горле и заложенность носа с необильным слизистым отделяемым. С учетом анамнеза (контакта с братом с ранее установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID – 19) и появления симптомов острой респираторной вирусной инфекции у пациента был взят мазок на COVID -19. Была выделена РНК вируса COVID – 19. Заболевание протекало без особенностей в форме назофарингита. На 9 сутки от начала заболевания появился абдоминальный болевой синдром, однократная рвота, жидкий стул, повышение температуры до 38,0С. Ребенок был госпитализирован в центральную районную больницу, затем в отделение реанимации и интенсивной терапии Архангельской областной детской клинической больницы им. П.Г. Выжлецова. При поступлении состояние тяжелое с угнетением сознания до сопора, фотореакция слабая, вынужденное положение, на боку с согнутыми руками и ногами, прижатыми к животу. Повышение температуры до 38,6С, тахикардия, тахипное, снижение артериального давления, нарушение микроциркуляции, пульс на периферии слабого наполнения, печень выступает на один сантиметр из-под края реберной дуги, живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Менингеальные симптомы резко положительные. На коже грудной клетки и ягодиц наблюдалась геморрагическая сыпь. В крови воспалительные изменения: лейкоцитоз (38,8 тыс.), нейтрофилез (81%), повышение скорости оседания эритроцитов (30 мм/ч) и С-реактивного белка до 60 норм, субкомпенсированный метаболический ацидоз. При стабилизации состояния с лечебно-диагностической целью проведена люмбальная пункция. В общем анализе ликвора: ликвор мутноватый, положительная реакция Панди (3+), белок – 3,7 г/л, лактат – 10 ммоль/л, нейтрофильный плеоцитоз (цитоз 7466*10⁶/л, полинуклеары 87%, мононуклеары 13%). При исследовании ликвора в полимеразной цепной реакции (ПЦР) обнаружена ДНК *Neisseria Meningitidis*. По данным компьютерной томографии головного мозга патологических изменений не обнаружено. На фоне проводимой антибактериальной терапии, антикоагулянтной терапии, инфузионной терапии, вазопрессорной поддержки, симптоматической терапии была отмечена положительная динамика. На 3 сутки госпитализации зафиксировано снижение температуры, регресс общемозговой симптоматики, а на 7 – 8 сутки исчезновение менингеальных симптомов и на 10 сутки санация ликвора. При контрольном обследовании получен отрицательный мазок на COVID – 19.

Таким образом, с учетом клинической картины, лабораторных данных был поставлен диагноз: менингококковая инфекция менингококкемия, менингит, тяжелой степени. Осложнение: септический шок. Сопутствующий: Новая коронавирусная инфекция вирус идентифицирован, ринофарингит.

Исход: при выписке состояние удовлетворительное, с регрессированной мозговой симптоматикой, активных жалоб не предъявлял. Пациент был выписан под амбулаторное наблюдение участкового педиатра, невропатолога по месту жительства в течение 2 лет.

Дискуссия случая: особенностями данного клинического случая являются развитие генерализованной менингококковой инфекции на фоне коронавирусной инфекции. Так как пациент был болен коронавирусной инфекцией, то необходимо было провести дифференциальную диагностику с мультисистемным воспалительным синдромом. Имелись данные в пользу этого диагноза: сыпь на коже, гипотония, симптомы

поражения желудочно-кишечного тракта (болевого абдоминальный синдром, однократная рвота, жидкий стул), повышение уровня маркеров воспаления (скорости оседания эритроцитов, С-реактивного белка и прокальцитонина), положительный результат ПЦР на COVID-19 от 10.08.21. Однако при обследовании было обнаружено резко положительные менингеальные симптомы, что позволяет заподозрить генерализованную менингеальную инфекцию. По данным исследования ликвора методом ПЦР было обнаружено ДНК *Neisseria Meningitidis*. Что подтверждает диагноз генерализованной менингококковой инфекции. Поскольку важнейшей прогностической единицей является выраженность синдрома интоксикации и местных изменений, прогноз исхода заболевания – благоприятный.

Заключение: Представленный случай интересен тем, что является редким на фоне пандемии коронавирусной инфекции. Возможно предположить, что коронавирусная инфекция может способствовать присоединению вторичной бактериальной инфекции, осложняя течение основного заболевания, в том числе и менингококковой инфекции. Новизна данного клинического случая состоит в том, что во время пандемии коронавирусной инфекции наблюдались единичные случаи течения коронавирусной и менингококковой инфекций. Поэтому необходимо иметь настороженность в отношении данного сочетания инфекционных заболеваний.

Литература

1. Бухтияров, И.В. Новая коронавирусная инфекция COVID – 19: профессиональные аспекты сохранения здоровья и безопасности медицинских работников: методические рекомендации / под редакцией И.В. Бухтиярова, Ю.Ю. Горбянского. – М.: АМТ, ФГБНУ «НИИ МТ», 2021. – 132 с.
2. S.D.Gallacher. Meningococcal meningitis and COVID – 19 co-infection / S.D. Gallacher, A. Seaton // BMJ Case Rep – 2020 – Vol 13 – e237366

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БРАТЬЕВ БЛИЗНЕЦОВ

Крайнова И.Н.¹, Шабеева М.А.², Егоров А.Н.³

ГБУЗ АО «АОДКБ»

E-mail: 1-vitpost1982@yandex.ru, 2 – shabaevamaria@bk.ru, 3 – an.egorov@aodkb29.ru

Аннотация: проблема синдрома внезапной смерти (СВС) детей актуальна во всем мире. На сегодняшний день ведущими патогенетическими механизмами возникновения данного синдрома считаются кардиореспираторные нарушения.

Ключевые слова: синдром внезапной смерти (СВС), синдром удлиненного интервала QT, дети.

Под синдромом внезапной смерти понимают неожиданную ненасильственную смерть видимо здорового ребенка, при которой отсутствуют адекватные для объяснения причины смерти, данные анамнеза и патоморфологического исследования [8].

В течение десятилетий рассматривались различные гипотезы и теории механизмов развития синдрома внезапной смерти младенцев. В основе современной теории, объясняющей причины и механизмы развития синдрома, последний представлен как мультифакторное явление, на возникновение которого влияют особенности развития младенца, окружающая среда и наличие факторов биологического риска [6]. К последним факторам как раз и относятся риски развития жизнеугрожающих аритмий у детей с наследственными заболеваниями, связанными с поражением ионных каналов кардиомиоцитов («первичные электрические» заболевания сердца или «каналопатии»).

Синдром удлиненного интервала QT (СУQT) это наиболее распространенный и изученный вариант каналопатии. Это генетически детерминированное заболевание с высоким риском ВСС, характеризующееся удлинением интервала QT, приступами потери сознания, обусловленные желудочковой тахикардией.

Цифры распространенности СУQT ежегодно растут в связи с внедрением в широкую практику генетического тестирования и составляет до 1/2000 живорожденных [2, 3].

Внезапная сердечная смерть может быть первой манифестацией СУQT в 12% случаев, и в 4% случаев это может произойти на первом году жизни [4].

На сегодня описано более 15 вариантов мутаций данного синдрома. Зачастую СУQT не имеет проявлений в фенотипе, поэтому нормальные показатели интервала QT у родителей не исключают наличие заболевания у детей. Кроме того, примерно в 30% случаев синдром связан с вновь появившимися мутациями («de novo» mutations), что было продемонстрировано в ряде сообщений [1, 5].

В данной статье мы хотим предоставить клинический случай вероятного синдрома удлиненного интервала QT.

Анамнез заболевания: 25.08.21 ребенок К в возрасте 1 года 3 месяцев поступает в отделение реанимации ГБУЗ АО «АОДКБ» по экстренным показаниям.

Известно, что днем 25.08.21 дома ребенок ел кекс, подавился, стал задыхаться (со слов матери). Родители пытались удалить пищу из дыхательных путей, безуспешно. Ребенок посинел и потерял сознание. Вызвана бригада скорой помощи. В это время родителями проводилась сердечно легочная реанимация. Время гипоксии составило примерно 20 минут.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 1 беременности (двойня), протекавшей на фоне анемии, ОРЗ без повышения температуры (ринит), вагинита в 30 недель, отеков голеней, протеинурии с 36 недель. Лекарственная терапия во время беременности: йодомарин, фолиевая кислота, флебодиа, акввамарис, флуомизин.

Роды: 1 (1 плод). Срок гестации: 39 нед. 1 период родов: 7 ч 50 мин. 2 период родов: 24 мин. Безводный период: 11 ч 44 мин. Характер вод: светлые. В родах – амниотомия, стимуляция окситоцином. Вес: 2980 гр, рост 48 см, окружность головы 35 см, окружность груди 32 см. Оценка по шкале Апгар: 9/9 баллов.

Состояние ребенка при рождении: удовлетворительное. Динамика состояния ребенка: в периоде адаптации – желтушный синдром, потребовавший назначения фототерапии. МУМТ 5,4% на 4 сутки жизни, вес при выписке 2815 гр. Выписаны из перинатального центра на 7 сутки с ДЗ- Гемолитическая болезнь новорожденного – АВО изоиммунизация плода и новорожденного, желтушная форма, легкое течение. Двойня, рожденная в стационаре – первый ребенок.

Аудиологический скрининг: 30.04.2020. AS/AD норма.

Рос и развивался соответственно возрасту, нервно-психическое развитие 1 группа. У врачей узких специальностей не наблюдался. ЭКГ в возрасте 1 года по приказу №514 – не читабельно из-за выраженного беспорядка (больше количество артефактов).

Второй ребенок из двойни умер дома в возрасте 11 суток, заключение лечебно-контрольной комиссии по педиатрии: учитывая анамнез, обстоятельства наступления смерти, отсутствие каких либо клинически значимых заболеваний, повреждений, внешних воздействий, данные судебно-медицинского заключения, причиной смерти ребенка, вероятно, является синдром внезапной смерти (СВДС).

Состояние при поступлении в ГБУЗ АО «АОДКБ» крайне тяжелое. Сознание – кома, на манипуляции реакции нет. Атония. Неврологический статус – шкала комы Глазко 3 балла. Температура- 36,4С. Дыхание проводится с обеих сторон, жесткое. Тоны сердца ясные, ЧСС 170 в минуту. Пульс на периферии удовлетворительного наполнения. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Моча светлая. Дефекация в памперсе.

В газах крови декомпенсированный лактат ацидоз (лактат 15). Диагноз – кома, состояние после сердечно-легочной реанимации и клинической смерти. Механическая асфиксия.

При поступлении была проведена экстренная бронхоскопия – данных по наличию инородного тела в бронхах не выявлено.

В динамике при наблюдении ребенка на неоднократных ЭКГ – отмечалось пограничное значение скорректированного интервала Q_t – 442 – 444 – 454 – 457 мсек, однократно зафиксирован Q_{tc} – 488 мсек. Проведен ХМ – ЭКГ – при автоматическом анализе – средний скорректированный QT интервал за сутки 510 мсек (410-540 мсек). Зарегистрировано значительное удлинение QT интервала до 540 в течение 17 часов 21 минуты. При ручном пересчете – QTC на минимальной ЧСС – 488-499 мсек. QTC на максимальной ЧСС 475-494 мсек.

Других нарушений ритма и проведения при неоднократном ЭКГ и ХМ-ЭКГ зафиксировано не было. По данным эхокардиографии – органической патологии не выявлено. Камеры сердца не расширены, систолическая функция не нарушена.

Выводы:

1. Учитывая отсутствие инородного тела в бронхах при бронхоскопии возникают сомнения в основном диагнозе – механическая асфиксия.

2. Учитывая осложненный наследственный анамнез (второй плод из двойни умер внезапно без каких либо значимых причин), а также рассматривая результаты обследования по удлинению интервала QT, нельзя исключить, что основной причиной данного состояния ребенка стало внезапная остановка кровообращения, вызванная развитием жизнеугрожающей аритмии, приведшей к клинической смерти.

3. Необходимо проводить ЭКГ скрининг всем детям в возрасте одного месяца для раннего выявления признаков первичных электрических заболеваний и своевременного начала терапии.

4. Родителям ребенка необходимо пройти генетическое обследование. Учитывая их возраст, нельзя отрицать вероятность новой беременности.

Литература:

1. Opdal S. H., Rognum T. O. The Sudden Infant Death Syndrome Gene: Does It Exist? // Pediatrics. – 2004.
2. Schwartz P.J. Practical issues in the management of the long QT syndrome: focus on diagnosis and therapy. Swiss Med Wkly. 2013 Oct 2;

3. Skinner JR, Winbo A, Abrams D, Vohra J, Wilde AA. Channelopathies That Lead to Sudden Cardiac Death: Clinical and Genetic Aspects. Heart Lung Circ. 2019 Jan;
4. Schwartz P. J., Priori S. G., Napolitano C. The long QT syn-drome // Cardiac electrophysiology: From cell to bedside /D. P. Zipes, J. Jalife (eds.). – Philadelphia: WB Saunders, 2000.
5. Wedekind H., Smits J. P., Shulze-Bahr E. et al. De Novo Mutation in the SCN5A gene associated with early onset of sudden infant death // Ibid. – 2001.
6. Бокерия Л. А., Неминуший Н. М. Аритмии сердца в структуре синдрома внезапной смерти младенцев // Анналы аритмологии. 2005. №4.
7. Бокерия О. Л., Санакоев М. К. Синдром удлиненного Q-T-интервала // Анналы аритмологии. 2015. №2.
8. Кравцова Л.А. Синдром внезапной смерти младенцев (SIDS) –Что нового? // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2021. №2
9. Кравцова Л. А., Школьников М. А. Синдром внезапной смерти младенцев – взгляд на проблему из XXI века // Вопросы современной педиатрии. 2011. №2.
10. Макаров Л. М. Спорт и внезапная смерть у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2017. №1.
11. Школьников М. А., Харлап М. С., Ильдарова Р. А. Генетически детерминированные нарушения ритма сердца // Российский кардиологический журнал. 2011. №1.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ONLINE-СЕРВИСОВ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ

Крылова В.Д.

Северный государственный медицинский университет. Студент ВСО СГМУ

E-mail: kvd31@yandex.ru

Аннотация: статья посвящена проблемам сохранения здоровья населения Арктической зоны, которое испытывает воздействие множества факторов, негативно влияющих на состояние здоровья. Рассматриваются перспективы использования online-сервисов для поддержания здоровья, работоспособности и продолжительности активной жизни северян.

Ключевые слова: Арктическая зона, здоровье, здоровьесберегающие технологии, online-сервисы

Практически каждый десятый житель нашей страны предпочитает не обращаться за медицинской помощью в случае болезни ни в какие медицинские учреждения. Такие тенденции демонстрируют данные Комплексного наблюдения условий жизни населения за 2016 г., проводимого Росстатом, которые показывают, что 33% респондентов не обращаются за медицинской помощью, когда в ней есть потребность, из них половина лечится самостоятельно (53%). Среди причин не обращения за профессиональной медицинской помощью отмечается отсутствие времени на посещение медицинских учреждений (24%), недовольство работой медицинских организаций (29%), неверие в эффективность лечения (20%), возможность получить лечение только на платной основе (12%) [6]. Недоступность медицинских ресурсов в современное время является острой проблемой, поэтому стоит задуматься о методах диагностики и профилактики различных заболеваний методом электронных технологий. Именно поэтому целью настоящего исследования выступает изучение возможностей использования современных online-сервисов для поддержания здоровья населения в условиях Арктической зоны.

Арктическая зона – это территория с суровыми погодными условиями, жизнь там требует определенных усилий. На жителей севера воздействуют определенные факторы, которые в той или иной степени негативно влияют на состояние здоровья населения, в первую очередь к ним относятся особенности климата – продолжительный зимний период с низкими отрицательными температурами, короткое лето, малая естественная освещенность территории осенью и зимой и недостаток ультрафиолетового облучения; густые туманы, сильные ветры, высокая относительная влажность воздуха в районах побережья морей и океанов, резкая динамика атмосферного давления и др.

При длительном пребывании в экстремальных условиях Арктической зоны, при этом систематически не занимаясь своим здоровьем, рано или поздно происходит истощение внутренних резервов организма и возникает недостаточность процессов регенерации и детоксикации. То есть организм хуже восстанавливается после болезни и накапливает больше вредных веществ. И это приводит к его быстрому износу и старению [3].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, под здоровьем понимают не только отсутствие заболеваний, но и абсолютное психическое, физическое и социальное благополучие человека,

гармоничная не только для организма, но и для окружающей среды, способность человека к полноценному выполнению основных социальных функций, адаптация в социуме [4].

В биосоциальной модели (Лисицын Ю.П.) здоровье рассматривают как гармоничное единство социальных и биологических качеств человека, позволяющих ему успешно адаптироваться к постоянно меняющимся условиям внешней среды и быть полноценным членом семьи и общества. Причем среди факторов, влияющих на здоровье человека, внешняя среда занимает лишь 20 %, а образ жизни – 50% [1]. Поэтому, несмотря на негативное влияние на здоровье населения Арктической зоны особенностей климата, важное значение занимает здоровый образ жизни населения.

Исследователи в сфере здравоохранения отмечают, что безответственное отношение населения к состоянию своего здоровья остается серьезной проблемой, которая прослеживается от недостаточной компетентностью населения в области здоровья до трудностей в получении своевременной квалифицированной медицинской помощи [6].

Одним из подходов к решению данной проблемы является развитие цифровых технологий в здравоохранении, создании онлайн-сервисов для поддержки здоровья человека и повышения информированности населения в области здоровья.

Современная медицина все более усложняется. Одним из главным ее трендов является процесс интеграции с цифровыми технологиями [7].

В настоящее время вкладываются огромные средства в развитие цифровых технологий в сфере здравоохранения. В настоящее время разработаны и успешно функционируют медицинские информационные системы, совершенствуются телемедицинские технологии [2]. Одним из направлений является создание онлайн-сервисов для поддержания здоровья. Онлайн-сервисы представляют собой специальные разработанные сайты или приложения, предоставляющие всевозможные услуги по отслеживанию нормальных показателей здоровья, профилактике заболеваний и ведению здорового образа жизни для отдельного человека, которые существенно экономят время. Они позволяют отслеживать отдельные показатели состояния здоровья, которые могут колебаться в зависимости от имеющихся или развивающихся заболеваний; поддерживать рациональное питание, прием лекарственных средств; усваивать основы лечебной или профилактической физкультуры.

Создание и внедрение онлайн-сервисов для поддержки здоровья позволит просветит население об индикаторах здоровья собственного тела, каждый человек будет понимать, что необходимо заботиться и наблюдать за своим организмом и его изменениями, заниматься профилактикой заболеваний или поддерживать их безопасное течение. В ближайшем будущем с помощью цифровых технологий будет намного легче дифференцировать какое-либо заболевание и предотвращать его, также будет постепенно снижаться нагрузка на больницы и поликлиники, ведь каждый научится оценивать и поддерживать свое состояние и с помощью таких сервисов.

Представляет большой интерес узкоспециализированные сервисы, например которые напоминают о приеме лекарственных средств, необходимости покупки новой упаковки (Mediasafe, Мои таблетки Light). Некоторые из них позволяют вносить данные о весе, давлении, уровне глюкозы в крови, сохранять отчеты о приеме лекарств и отправлять их врачу. Для людей, страдающих сахарным диабетом, существуют приложения – дневники самоконтроля, такие как DiaMeter: Ваш дневник диабета, MedM Диабет. Существует приложения для отслеживания данных об артериальном давлении и пульсе (Кардио Журнал, MedM Blood Pressure).

Для женщин созданы приложения для отслеживания менструального цикла, овуляции, позволяют вносить данные о менструации, весе, симптомах, настроении, занятиях сексом и прочие показатели, касающиеся женской репродуктивной системы и т.д. (Flo, WomanLog, Clue). Цифровые сервисы прогнозируют овуляцию, напомним о необходимости выпить гормональные препараты, помогут сделать самообследование груди.

Помимо специализированных приложений, существуют онлайн-сервисы, которые помогают вести здоровый образ жизни, следить за своим питанием и физическими нагрузками (Heartify, Health, Welltory, Herbalife Assistant).

Особый интерес представляют комплексные платформы, такие как СберЗдоровье, предоставляющие различные медицинские услуги: онлайн консультации, запись на прием, диагностику и комплексное обследование, вызов врача на дом, обслуживание по программам ДМС, ветеринарную помощь, а также «Дневник здоровья» – дистанционный мониторинг пациентов с хроническими заболеваниями.

С помощью медицинских онлайн-сервисов можно значительно улучшить уровень здоровья популяции, повысить качество общих медицинских знаний о своем теле и научить профилактике и заботе о своем организме, что важно в суровых условиях Арктической зоны.

Мобильные технологии шаг за шагом входят в систему здравоохранения, упрощая и модернизируя многие процессы. Современные мобильные медицинские приложения позволяют врачам в режиме онлайн проводить удаленный прием пациентов. Медицинские онлайн-сервисы помогают сохранить время, энергию и ментальное здоровье [5].

Резюмируя все вышесказанное, важной проблемой здравоохранения Арктической зоны является недоступность медицинских ресурсов из-за нехватки времени, неодобрительного отношения к медицине,

платных услуг и т.д. Арктическая зона – суровая климатическая территория, жизнь на которой вызывает определенные трудности, а также некоторые факторы влияют негативно на здоровье населения. Одним из решений этой проблемы является создание онлайн-сервисов для поддержания здоровья, которые призывают к необходимости поддержания здорового образа жизни, поднимают уровень общих медицинских знаний о своем здоровье, о нормальных и патологических его показателях, о профилактике заболеваний и эффективной поддержке хронических патологий. Поэтому цифровая медицина, которая с каждым днем развивается все быстрее и быстрее, открывает возможности по увеличению заинтересованности и упрощению поддержания своего здоровья, а также своевременной информированности о рисках наступления неблагоприятных исходов.

Литература:

1. Васильева Е.Ю. Основы психологии для студентов медицинских вузов: учебное пособие / Е.Ю. Васильева. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2018. – 134 с.
2. Муслимов М. И. Цифровое здравоохранение – как фактор революционных преобразований в отрасли // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2018. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsifrovoye-zdravoohranenie-kak-faktor-revolutsionnyh-preobrazovaniy-v-otrasli> (дата обращения: 26.10.2021).
3. Никитин Ю.П., Хаснулин В.И., Гудков А.Б. Современные проблемы северной медицины и усилия ученых по их решению // Журнал медико-биологических исследований. 2014. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennyye-problemy-severnoy-meditsiny-i-usiliya-uchenyh-po-ih-resheniyu> (27.11.2021).
4. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе URL: <http://el.z-pdf.ru/31pedagogika/16815-1-nk-smirnovzdrovesberegayuschieobrazovatelnie-tehnologii-sovremennoy-shkole-m-apk-pro-2002-121spechataetsya-r.php/> (дата обращения: 26.08.2018)).
5. Терещенко С. Н., Терещенко Ю. Н. Рынок «Mobile health» // Вестник НГУЭУ. 2011. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rynok-mobile-health> (дата обращения: 26.10.2021).
6. Тумусов Ф. С., Косенков Д. А. Современные тенденции в системе здравоохранения Российской Федерации. – М.: Издание Государственной Думы, 2019. – 80с.
7. Хрустицкая Л.Б., Телешева Т.Ю. XXI век – глобальная информатизация и «Мобилизация» медицины и здравоохранения // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. 2015. №4 (16). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/xxi-vek-globalnaya-informatizatsiya-i-mobilizatsiya-meditsiny-i-zdravoohraneniya> (дата обращения: 26.10.2021).

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ COVID-ИНФЕКЦИИ В ГБУЗ АО «АОКБ»

Крючкова О.М. 1, Дьячков С.К. 2, Цуканова М.В. 3.

1 – Врач акушер-гинеколог ГБУЗ АО «АОКБ» Перинатальный центр.

Email: pchelachka23112007@yandex.ru.

2 – К.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии СГМУ.

Врач родового отделения ГБУЗ АО «АОКБ» Перинатальный центр.

3 – Врач акушер-гинеколог. E-mail: 79214907996@yandex.ru

Аннотация: С конца 2019 года мир столкнулся с проблемой мирового масштаба, в виде пандемии коронавирусной инфекции. Пандемия коснулась всех групп населения, в том числе и беременных женщин. В нашей исследовании мы рассмотрели заболеваемость группы беременных по Архангельской области, и составили они 0,6% от всех заболевших. Важной задачей нашей работы стали: поиск факторов риска тяжелого течения инфекции, клинические особенности течения данного заболевания у беременных и возможность передачи инфекции от матери к новорожденному, и влияние заболевания на состояние плодов и новорожденных.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, беременные

Материалы и методы: нами был проведен ретроспективный анализ 65 историй болезни по материалам работы инфекционного отделения ГБУЗ АО «АОКБ» за период апрель 2020 – февраль 2021 года.

Всего за исследуемый период по Архангельской области выявлено 350 случаев заражения беременных женщин, вне зависимости от срока гестации. Большая часть женщин 81,4% (285), получали лечение по месту жительства. 18,5% (65) беременных лечились на базе ГБУЗ АО «АОКБ». По распределению заболевших по территориальному принципу, лидирующими по Архангельской области стали: Архангельск (30,7%) и Северодвинск (30,7%). Другие районы области в совокупности составили менее 40% случаев.

Согласно временным методическим рекомендациям по «Профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции» 10 версии, выделяют 4 степени тяжести течения заболевания [1]. Практически у половины исследуемых беременных инфекция протекала со средней степенью тяжести (47,6%), у 40% легкой степени тяжести, тяжелое течение отмечалось у 9% беременных, и 3% крайнетяжелого течения (1 из которых, привел к случаю материнской смертности).

Основными жалобами, которые предъявляли беременные, были повышение температуры (75%) и кашель (72%). Слабость отмечали 32% женщин, 42% заложенность носа, 34% потерю вкуса и запаха. Что сопоставимо с клиническими особенностями течения заболевания и вне беременности. По клиническим вариантам и проявлениям коронавирусной инфекции: в 30%(23) протекала в виде острой респираторной вирусной инфекции, пневмония без ДН наблюдалась у 42%(32) женщин, у 13% (10) была пневмония с дыхательной недостаточностью, сепсис наблюдался у 3 % (2).

По инструментальной диагностике, в частности при компьютерной томографии, у 64% (42) беременных была выявлена пневмония. По степени поражения легких чаще процесс носил двухсторонний характер, и картина соответствовала КТ-1 (поражение около 25% легких)- 45%(19) и КТ-2 (от 25-50% легких) – 31%(13). КТ 3-4 7%, КТ-4 7%(3).

По характеристике беременных: значительную долю (в сумме около 60%) составили женщины в позднем репродуктивном возрасте (от 30 лет и старше). 82% женщин были повторнобеременные. Практически все женщины не курили. 74% беременных изначально уже имели экстрагенитальную патологию. По видам экстрагенитальной патологии четко выделить группу заболевания, которая могла бы влиять на течение коронавирусной инфекции не удалось. В 25%(20) встретились заболевания желудочно-кишечного тракта, в 17%(14) заболевания почек, в 13%(11) – сердечно-сосудистые заболевания и в 9% заболевания дыхательных путей. Интересные данные получились по соотношению беременных с нормальной массой тела и повышенной, которую имели 75,4% женщин(49). У 63% женщин (у 41 женщины) были осложнения связанные с беременностью. Среди выявленных осложнений лидирующее место заняла анемия 41% (23). У 29% (16) женщин был ГСД и гестационный гипотиреоз. Артериальная гипертензия и отеки, вызванные беременностью были выявлены у 16% женщин (9), преэклампсия развилась у 5%.

Мы рассмотрели влияние коронавирусной инфекции на состояния плода путем УЗ-диагностики. Установлено, что в 95% случаев ЧСС плода была в норме, количество околоплодных вод у 86% так же было нормальное. По результатам доплерометрии так же значимых изменений не было выявлено. В 55% кровотоки были не нарушены.

По итогу после лечения 53,8% (35) женщин были выписаны беременными домой. У 43% (28) состоялись роды и у 3%(2) выкидыши. Что касаясь способа родоразрешения, то у 60,7 % женщин роды велись через естественные родовые пути, и у 29,5% роды начались спонтанно, а у 70,5% были индуцированные. Основными показаниями к индукции родов послужили: хронологическое перенашивание (30,7%), умеренная ПЭ и нестабильность АГ (22,9 %), ложные схватки (23%). У 15,3% женщин индукция родов была проведена в связи с развитием и прогрессированием дыхательной недостаточности. 39,3 % беременных были родоразрешены оперативным путём, и в 40% кесарево сечение было выполнено в связи с прогрессированием дыхательной недостаточности при коронавирусной инфекции. Остальные 60% были родоразрешены по акушерским показаниям. У 42,9% женщин (у 16 женщин) состоялись преждевременные роды, и если рассматривать их в частности, то 66% были в сроке 34-36 недель. В 25% в сроке 32-33 недели, и только в 1 случае роды были в экстремально ранние сроки. Большую часть новорожденных после родов находились в удовлетворительном состоянии, лишь 1 ребенок родился на 2/4 балла, и это было обусловлено недоношенностью. Кровопотеря при родоразрешении в зависимости от способа родоразрешения, при кесаревом сечении составила в среднем 614 мл, а через естественные родовые пути 335 мл, и в 1 случае зарегистрировано гипотоническое послеродовое кровотечение.

По лабораторной диагностике новорожденных, 100% ПЦР мазков (взятых дважды) на коронавирусную инфекцию были отрицательные.

Выводы:

Прогноз как для матери, так и для плода во многом зависит от срока гестации, в котором возникло данное заболевание, наличия фоновых заболеваний и преморбидного фона (курение, ожирение).

Каких либо специфических дополнительных симптомов во время беременности, по сравнению с не беременными, не было выявлено.

В настоящее время не получено достоверных данных о возможной передаче восходящим путем COVID-19 и нет доказательств того, что нарушение роста плода, а также нарушения в состоянии фетоплацентарного комплекса связано с заболеванием матери новой коронавирусной инфекцией.

Коронавирусная инфекция не является абсолютным показанием для родоразрешения, а также метод родоразрешения в большинстве случаев определяется наличием дополнительно акушерской патологии.

Комплексное лечение пациенток, в частности при антикоагулянтной терапии, в последующем, не сказались на кровопотерю при родоразрешении.

Литература:

1. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Временные методические рекомендации. Минздрав России. Версия 10. 08.02.2021. – 261 с.
2. Организация медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным при новой коронавирусной инфекции COVID-19. Методические рекомендации. Минздрав России. Версия 3. 25.01.2021. – 119 с.
3. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy Information for healthcare professionals. Version 7: Published Thursday 9 April 2020 – 54 p.

СОВРЕМЕННЫЕ КЛАСТЕРЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО РИСКА

Маленина И.В.¹, Белозерова Е.В.¹, Вилова Т.В.²

1 – Северный государственный медицинский университет. Кафедра терапевтической стоматологии. Студент 5 курса стоматологического факультета.

2 – профессор, д.м.н., профессор кафедры. E-mail: kafter@nsmu.ru

Научный руководитель: д.м.н., проф. Вилова Т.В.

Аннотация: Воспалительные заболевания пародонта занимают второе место по распространенности среди всех стоматологических заболеваний. Воспалительные поражения пародонта являются довольно сложной проблемой, имеющей не только медицинскую, но и социальную значимость, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости, большим разнообразием клинической картины и характером течения патологического процесса. Постановка правильного диагноза, определение стадии заболевания, а также выяснение этиологии и патогенетических изменений является основной целью обследования пациента с заболеванием пародонта.

Ключевые слова: полость рта, заболевания пародонта, факторы риска.

Пародонтит – заболевание зубочелюстной системы, характеризующееся развитием острого или хронического воспалительного процесса, деструкцией тканей пародонта и атрофией костной ткани альвеол [4]. Частота встречаемости хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта у взрослого населения старше 35 лет достигает 47% [8]. В этиологии заболеваний пародонта присутствуют: продукты жизнедеятельности микроорганизмов в зубном налете, гигиенический режим полости рта, способный усиливать или ослаблять патогенетический потенциал микроорганизмов и продуктов их обмена, общие факторы, регулирующие метаболизм тканей полости рта, от которых зависит характер ответной реакции на патогенные воздействия. Несмотря на неоспоримую ценность, некоторые методы обследования, такие как: рентгенологическое, микробиологическое и генетическое исследования являются дополнительными методами.

Соответственно, знание современных положений и классификаций заболеваний и состояний пародонта и периимплантных тканей необходимо как клиницистам для проведения качественной диагностики и лечения пациентов, так и исследователям для изучения этиологии, патогенеза, течения и лечения заболеваний и состояний [3, 6, 7].

Целью настоящего исследования явилось изучить работы, в которых были отражены современные диагностические критерии пародонтального риска и прогрессирования пародонтита для оптимизации диагностики и пародонтологической практики.

Изучены 53 отечественных и иностранных источников, проведен сравнительный анализ пародонтологической практики, сделаны выводы.

Пародонтит развивается в результате воздействия одного или нескольких этиологических факторов, которые могут носить как местный (перегрузка пародонта, повреждающее действие микробных скоплений биопленки десневой борозды, ятрогенные причины), так и общий (авитаминозы, атеросклеротические изменения сосудов, эндокринная патология, снижение резистентности организма) характер [4].

Прогноз течения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов напрямую зависит от раннего выявления неблагоприятных факторов, которые можно условно разделить на местные (локальные) и общие (системные), приводящие к повышенному риску возникновения и прогрессирования заболевания за счет создания условий для патогенной микрофлоры.

К основным кластерам пародонтального риска и прогрессирования пародонтита относят местные – кровоточивость десен при зондировании, количество карманов глубиной больше 4-5 мм и более, количество отсутствующих зубов, степень резорбции костной ткани, и общие – системные заболевания, количество выкуриваемых сигарет в день [8].

В исследовании [2] кровоточивость оценивали по индексу (ВОЗ) нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (CРITN, код 1). Доля кровоточивости десен у пациентов разных возрастных групп (от 20 до

60 и больше лет) составляла в среднем $39,3 \pm 3,22\%$. Наибольший процент кровоточивости наблюдался у пациентов в возрасте 30-39 лет и составлял $45,5 \pm 4,53\%$, наименьший – в группе 60 лет и старше – $27,9 \pm 1,23\%$.

Согласно исследованию [2], пародонтальные сегменты с карманами глубиной 4-5 мм (индекс CPITN, код 3) у разных возрастных групп составляли в среднем $3,00 \pm 0,37\%$, преобладая в группе 40–49 лет ($4,25 \pm 0,43\%$) и 50–59 лет ($4,06 \pm 0,57\%$). В молодом возрасте (20-29 лет) значение пародонтального кармана глубиной 4-5 мм составляло $1,45 \pm 0,19\%$.

При наличии дефекта зубного ряда распространенность заболеваний пародонта выше на 12,3%. Интенсивность по индексу CPI также выше на 19,7% за счет увеличения сегментов с кровоточивостью и наличием – после 5 лет адентии – пародонтальных карманов у зубов, ограничивающих область дефекта [5].

Рентгенологическая картина зависит от степени тяжести пародонтита. Прогрессирование резорбции кости, утрата прикрепления десны к кости и увеличение пародонтального кармана протекают не непрерывно, но фазами – активными и неактивными. Рентгенологическая характеристика изменений костной ткани обосновывает классификацию пародонтита с учетом степени тяжести, распространенности процесса и сложности лечения заболевания.

В исследовании [1] анализ показателей липидного спектра крови выявил повышение уровня общего холестерина у пациентов с пародонтитом тяжелой степени по сравнению с контрольной группой ($5,8 \pm 0,16$ ммоль/л против $5,3 \pm 0,2$ ммоль/л) ($p=0,04$), повышение ЛПНП у пациентов с пародонтитом средней степени ($4,1 \pm 0,17$ ммоль/л) по сравнению с пациентами с пародонтитом легкой степени тяжести ($3,7 \pm 0,17$ ммоль/л) ($p=0,05$) и контрольной группой ($3,6 \pm 0,2$ ммоль/л) ($p=0,03$).

У пациентов-курильщиков в возрасте от 21 до 65 лет преобладает хронический генерализованный пародонтит различной тяжести (ЛС – 22%, СС – 40%, ТС – 37%). Полученные результаты сравнивались с распределением нозологических форм для некурящей группы (ЛС – 50%, СС – 21%, ТС – 12%). На основании этих данных установлено, что курение осложняет течение средней степени тяжести в 1,9 раза, а тяжелой степени – в 3,2 раза [6, 7].

Таким образом, согласно Клиническим рекомендациям (протоколам лечения), под влиянием повреждающего фактора возникает гибель эпителия и разрушение связочного аппарата зубов, деструкция костной ткани. Развивающиеся в пародонте патологические процессы приводят к увеличению подвижности зуба, в результате чего происходит увеличение влияния механического фактора на сосудистую систему, который способствует прогрессированию воспаления и нарастанию клинических проявлений. При пародонтитах, обусловленных общесоматическими заболеваниями, местные факторы осложняют воспалительный процесс. Современными критериями пародонтологического риска являются кровоточивость десен, количество глубоких карманов, число отсутствующих зубов, степень резорбции костной ткани. Системными контролируемыми и/или изменяемыми факторами являются системные заболевания, вредная привычка курение сигарет. Корректное проведение диагностического исследования повышает ценность информации для пациента, дает мотивацию на проведение лечения и возможность полноценной консультации с коллегами.

Литература:

1. Аврамова Т. В. Взаимосвязь воспалительных заболеваний пародонта и факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний // *Стоматология*. 2016. №3. С. 61.
2. Ашуrow Г. Г., Джураев Д. Э., Каримов С. М., Султанов М. Ш. Результаты оценки состояния тканей пародонта у взрослого населения с аномалиями зубочелюстной системы // *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2019. № 4. С. 9–14.
3. Грудянов А. И., Кемурария И. В. Изменение регионального кровотока при пародонтите различной степени под влиянием курения сигарет (предварительное сообщение) // *Пародонтология*. 2010. № 4 (57). С. 12–15.
4. Клинические рекомендации (протоколы лечения) при диагнозе пародонтит (утверждены Решением Совета СтАР 23.04.2013 с изменениями и дополнениями на основании Постановления № 15 Совета СтАР от 30.09.2014. Актуализированы 02.08.2018). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://e-stomatology.herokuapp.com/director/protokols/index.html>
5. Кузнецов А. В. Частичное отсутствие зубов как фактор биомеханического влияния на состояние костной ткани челюсти (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дис... д-ра мед. наук. М: ИПК ФМБА, 2012. 38 с.
6. Орехова Л. Ю., Осипова М. В., Белова Е. А., Жаворонкова М. Д. Влияние компонентов табачного дыма на развитие и течение заболеваний пародонта // *Пародонтология*. 2014. № 3 (72). С. 18–23.
7. Осипова М. В., Орехова Л. Ю., Белова Е. А. Эпидемиологические показатели и модель развития, профилактики и лечения воспалительных заболеваний пародонта у курящего населения // *Проблемы стоматологии*. 2018. № 4. С. 38–44.
8. Papapanou, Panos N. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions // *J. Clin. Periodontol*. 2018. Vol. 45 № 20. P. 219–229.

ФИЗИОЛОГИЯ ВАХТОВОГО ТРУДА В АРКТИКЕ

Молокова Э.Ю., Хоменко В.А.

Северный государственный медицинский университет.

Кафедра гигиены и медицинской экологии. Студентки 3 курса лечебного факультета.

E-mail: elly.mol@mail.ru, leraho29@mail.ru

Научный руководитель: д.м.н., проф., Засл. работник высшей школы РФ Гудков А.Б.

Аннотация: Решением многих ресурсных и экономических вопросов для России является освоение Арктики. Работа на такой территории возможна только с использованием вахтовой организации труда, которая является экономически целесообразной для государства. Цель работы – провести анализ источников литературы по вопросам вахтовой организации труда в Арктической зоне, установить физиологические особенности состояния организма вахтовых работников. Методы: Проанализированы статьи по исследованиям особенностей вахтового труда на Арктических территориях, размещённые в библиографических и реферативных базах данных РИНЦ, Scopus и КиберЛенинка. Результаты: В Трудовом Кодексе РФ имеется определение вахтового метода организации производства. Различают две разновидности вахтового метода. В динамике вахтового периода организм работников находится в состоянии функционального напряжения: наблюдается повышенная реактивность сердечно-сосудистой системы, снижается величина физической работоспособности, в механизмах регуляции преобладает симпатический отдел вегетативной нервной системы, имеется напряжение иммунно-структурного гомеостаза. Выводы: В вахтовый период наблюдается напряжение многих функциональных систем организма человека, изменяется величина физической работоспособности.

Ключевые слова: Арктика, вахтовый труд, вахтовики, физиологические состояния

Цель работы – провести анализ источников литературы по вопросам вахтовой организации труда в Арктической зоне, установить физиологические особенности состояния организма вахтовых работников. Арктическая зона (АЗ) обеспечивает добычу более 80 процентов природного газа и 17 процентов нефти (включая газовый конденсат) в Российской Федерации [1]. Россия – страна, которая активно использует ресурсы Арктики для создания надежной экономической и стратегической поддержки обширных территорий страны. Экстремальные природно-климатические условия создают трудности в реализации установленных планов и программ по добыче ресурсов. Наиболее оптимальным вариантом труда в такой обстановке является вахтовый метод организации труда [2].

Вахтовый труд (вахта) представляет собой особый вид интенсивной трудовой деятельности человека, связанный с неоднократными перемещениями, климато-зональными контрастами, зонально-временными градиентами и напряжением компенсаторно-приспособительных механизмов организма на фоне незавершенной адаптации [3]. В соответствии со ст. 297 ТК РФ, вахтовый метод – особая форма осуществления трудового процесса вне места постоянного проживания работников, когда не может быть обеспечено ежедневное их возвращение к месту постоянного проживания [4].

Различают две разновидности вахтового метода: внутрирегиональный и межрегиональный (или вахтово-экспедиционный). Внутрирегиональный вахтовый метод предполагает относительно небольшую продолжительность вахт (обычно от 7 до 10 суток), нахождение места постоянного жительства работников в одном регионе с местом производственной деятельности организации. Для межрегионального метода характерны более длительные вахты, а также значительная удаленность места выполнения работ от места постоянного проживания работников [5].

Арктика – это ресурсная база России. Это доказывается тем фактом, что нефть залегает подо льдами и насчитывает порядка 83 миллиардов баррелей нефти – это приходится на 10 миллиардов тонн, что составляет 13% от мировых запасов, которые еще не разведаны [10]. В Арктической зоне сконцентрирована основная доля добычи природного газа – 91 % (от общероссийских разведанных запасов), часть запасов других полезных ископаемых, сосредоточенных на арктическом побережье: золото – 40%; платиновый металл – 47%; сурьма, олово, вольфрам, ртуть, апатиты – 50%; уголь, никель, кобальт, марганец, хром – 90% [6].

Работа в условиях Крайнего Севера оказывает серьезное влияние на функциональное состояние организма человека и сопровождается напряжением регуляторных и адаптационных систем, снижением функциональных резервов и внутренних ресурсов организма, повышением заболеваемости или частым рецидивом уже имеющихся заболеваний. В первые дни производственной деятельности наблюдается повышенная реактивность системы кровообращения с появлением избыточности реагирования сердца на физическую нагрузку, происходит мобилизация функциональных резервов, отмечаются низкие величины физической работоспособности, в механизмах регуляции преобладает симпатический отдел вегетативной нервной системы. В середине вахтового периода наступает относительное восстановление функции кардиореспираторной системы, повышается физическая работоспособность, усиливается тонус

парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. В конце вахты функциональное состояние организма рабочих зависит от сезона года. Кроме того, при вахтовом режиме труда у рабочих наблюдается напряжение иммунно-структурного гомеостаза, которое проявляется гиперглобулинемией [7,8].

С увеличением срока вахтового стажа свыше 5 лет для работника местной вахты существенно увеличивается риск развития сердечно-сосудистой, эндокринной, печеночной, желудочной, легочной патологии и алкоголизма. Только у людей, долгое время работающих в Заполярье, описаны «циркумполярный гипоксический синдром», «полярная одышка», «синдром полярного напряжения» и другие аналогичные состояния, а также формируется «полярный адаптивный метаболический тип» (переход на преимущественное использование жиров в питании) [8, 9].

Таким образом, вахтовый труд является одним из самых адаптированных вариантов работы в условиях Арктики. Это, безусловно, создает крепкий экономический и ресурсный базис для нашей страны. Однако нельзя забывать о человеческом факторе в данной работе. Сочетание неблагоприятных природно-климатических особенностей АЗ РФ и социально-производственных факторов при вахтовой организации труда уменьшает величину физической работоспособности вахтовых рабочих. Это вызывает напряжение функциональных систем организма человека, что может спровоцировать различные заболевания и их осложнения, в связи с чем важно обращать особое внимание на состояние здоровья вахтовых рабочих.

Литература:

1. «О Стратегии развития Арктической зоны Российской Федерации и обеспечения национальной безопасности на период до 2035 года» Указ Президента РФ от 26 октября 2020 г. № 645
2. Гудков А. Б. Физиологическая характеристика нетрадиционных режимов организации труда в Заполярье: автореф. дис....д-ра мед. наук, Архангельск 1996.32с.
3. Матюхин В.А., Кривошеков С.Г., Демин Д.В. Физиология перемещений человека и вахтовый труд. – Новосибирск: Наука, 1986. – 198 с.
4. Осипчев И. М. Проблемы вахтового метода работы в современных условиях // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2020. №6. С.173-176.
5. Комментарий к Трудовому кодексу Российской Федерации / Абрамова О. В. и др.; отв. ред. Ю. П. Орловский; Ин-т законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации. – Изд. 5-е, исправ., доп. и перераб. – Москва : ИНФРА- М : Контакт, 2010. – XX, – 1499 с.
6. Таман К. Р., Соломатин В. П., Казак Д. В.; науч. рук. Ю. А. Максимова // Природные ресурсы Арктики и их освоение / Творчество юных – шаг в успешное будущее: Арктика и её освоение: материалы IX Всероссийской научной молодежной конференции с международным участием с элементами научной школы имени профессора М.К. Коровина, г. Томск, 10-14 октября 2016 г. – Томск: Изд-во ТПУ, 2016. С. 134-136.
7. Сарычев А.С., Гудков А.Б., Попова О.Н. Компенсаторно-приспособительные реакции внешнего дыхания у нефтяников в динамике экспедиционного режима труда в Заполярье // Экология человека. – 2011. №3. С. 7-13.
8. Фатеева Н.М., Колпаков В.В. Адаптация человека к условиям Крайнего Севера: влияние экспедиционно-вахтового труда на биоритмы гомеостаза, перекисное окисление липидов и антиоксидантную систему: Монография. – Тюмень. Шадринск: Изд-во ОГУП «Шадринский Дом Печати», 2011. 258 с.
9. Агаджанян Н.А., Колпаков В.В., Фатеева Н.М. Вахтово-экспедиционная организация труда в условиях Севера (Эколого – физиологические аспекты): Монография. – М. Изд – во РУДН, 1999. – 106 с.
10. Recent warming reverses long-term arctic cooling / D. S. Kaufman, D. P. Schneider, C. M. Ammann [et al.] // Science. 2009. Vol. 325. No 5945. P. 1236-1239.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ВАХТОВЫХ РАБОТНИКОВ В АРКТИКЕ

Негодяева А.В., Гудков А.А.

*Северный государственный медицинский университет,
кафедра гигиены и медицинской экологии. 4 курс, лечебный факультет*

E-mail: nastasia.en@gmail.com; Alexey_Gudkov@list.ru

Научный руководитель: д.м.н. Сарычев А.С.

Аннотация: Дальнейшее экономическое освоение природных ресурсов Арктики в силу её неблагоприятных и экстремальных природно-климатических условий будет осуществляться вахтовым методом. Цель работы: провести анализ источников литературы по вопросам физиологических реакций организма вахтовых работников в Арктике. Методы: Осуществлен анализ научных публикаций, размещённых в

библиографических базах данных РИНЦ, КиберЛенинка, Scopus по ключевым словам: вахтовый труд, работники вахтового труда, Арктика. Результаты. Установлено, что в динамике вахтового периода наблюдается мобилизация деятельности сердечно-сосудистой системы (увеличивается минутный объем кровообращения, повышается среднее динамическое давление и периферическое сопротивление сосудов), дыхательной системы (возрастает минутный объем дыхания, дыхательный объем и частота дыхания), возрастает тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы, снижается физическая работоспособность, происходит мобилизация энергетических ресурсов, увеличивается энергетическая стоимость единицы выполненной работы, уменьшается время жизни эритроцитов. Выводы: физиологические реакции организма вахтовых работников в динамике вахтового периода многосторонние и затрагивают деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем, регуляторные механизмы, эритропоэз и биохимические показатели. Все эти реакции направлены на поддержание должной работоспособности в вахтовый период.

Ключевые слова: Арктика, вахтовый труд, работники вахтового труда, физиологические реакции.

Перспективы дальнейшего экономического роста России тесно связаны с освоением Арктики. На арктических территориях сосредоточены основные минеральные и углеводородные ресурсы, определяющие не только современное состояние, но и будущее развитие промышленного производства страны [1]. В связи с этим необходимо постоянное движение в сторону освоения Арктических регионов. При этом природно-климатические условия здесь являются неблагоприятными и даже экстремальными для проживания и работы [2,3].

В настоящее время существуют две модели освоения Арктики: на базе градообразующих предприятий строительство новых поселков или городов (примером могут служить г. Норильск, г. Новый Уренгой) или создание при предприятиях временных жилых комплексов вахтового типа (Сабетта, Ямбург). В рамках второй модели используют только вахтовый метод организации работ.

Вахтовый метод – это особая форма организации работ при использовании работников вне места постоянного жительства, когда не может быть обеспечено их ежедневное возвращение к месту постоянного проживания [4]. Вахта – это период времени, в который включаются время выполнения работ на объекте и междусменный отдых [5], а междовахтовый отдых – это отдых за переработку в пределах графика работы на вахте.

Трудовая деятельность в условиях вахты требует включения компенсаторно-приспособительных реакций организма человека, направленных на уравнивание с внешней средой. Связано это с тем, что вахтовый работник прибывает к месту производства после длительного междовахтового отдыха и практически всегда из более благоприятных природно-климатических условий постоянного места жительства, чем на арктических территориях.

Анализ опубликованных работ, выполненных в рамках этого направления (физиология перемещений человека и вахтовый труд на Севере), позволяют утверждать, что в настоящее время установлены характерные закономерности в деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной систем, регуляторных механизмов, биохимических показателей, эритропоэза и работоспособности (умственной и физической) при различных формах вахтовой организации работ (вахтовая, экспедиционная и экспедиционно-вахтовая) [6-8].

Так, в вахтовый период увеличиваются величины минутного объема кровообращения, частота сердечных сокращений, среднее динамическое давление, периферическое сопротивление сосудов, что увеличивает нагрузку на транспортно-демпферное звено кровообращения. Со стороны дыхательной системы наблюдается повышение минутного объема дыхания, частоты дыхания, увеличивается потребление кислорода и возрастает энергетическая стоимость единицы выполненной работы. Происходят выраженные сдвиги в состоянии вегетативной нервной системы: в вегетативном балансе усиливаются симпатические влияния. Наблюдается мобилизация углеводных, липидных и белковых ресурсов, особенно в холодный период года (зима, весна).

Динамика физической работоспособности при любом типе вахты имеет фазный характер: относительно низкие величины в первые дни вахты (фаза вработывания), затем повышение (фаза устойчивой работоспособности) и уменьшение (фаза снижения работоспособности).

При исследовании эритропоэза установлено, что в динамике вахты увеличивается степень насыщения эритроцитов гемоглобином, число ретикулоцитов, средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах и снижается средняя продолжительность жизни эритроцитов [9].

Следует заметить, что должный уровень работоспособности, как основной показатель функционального состояния организма вахтовика, в период вахты, несмотря на напряженную работу кардиореспираторной системы, регуляторных и биохимических механизмов не всегда может быть обеспечен [6]. При этом длительность периода устойчивой работоспособности определяется типом вахты, сезонными климатическими условиями и организацией междусменного отдыха [10, 11].

Рекомендации по рационализации режимов труда и отдыха для вахтовых работников могут быть разработаны на основе динамики работоспособности, установленной в реальных производственных и климатических условиях [10], поскольку кроме технико-экономических требований к производству следует учитывать и ограничения, присущие человеку как биологическому виду.

Таким образом, физиологические реакции организма вахтовых работников выражаются в мобилизации деятельности сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, вегетативной нервной системы, энергетических ресурсов, кроветворной системы и направлены на обеспечение необходимой величины работоспособности в вахтовый период.

Литература.

1. Юшкин Н.П., Бурцев И.Н. Минеральные ресурсы Российской Арктики // Север как объект комплексных региональных исследований / Отв. ред. В.Н.Лаженцев. – Сыктывкар, 2005.С.50-84.
2. Гудков А.Б., Попова О.Н., Небученных А.А., Богданов М.Ю. Эколого-физиологическая характеристика климатических факторов Арктики. Обзор литературы // Морская медицина. 2017.Т.3,№1.С.7-13.
3. Кубушка О.Н., Гудков А.Б. Особенности структуры жизненной емкости легких у северян старшего школьного возраста // Вестник Поморского университета. Серия: Физиологические и психолого-педагогические науки. 2003. №1.С.42-51.
4. Трудовой кодекс Российской Федерации (ч.1, ст.297)
5. Трудовой кодекс Российской Федерации (ч.1, ст.299)
6. Гудков А.Б. Физиологическая характеристика нетрадиционных режимов организации труда в Заполярье: Автореф. дис....д-ра мед. наук. – Архангельск, 1996.32с.
7. Фатеева Н.М., Колпаков В.В. Адаптация человека к условиям Крайнего Севера: влияние экспедиционно-вахтового труда на биоритмы гемостаза, перекисное окисление липидов и антиоксидантную систему. Монография. – Тюмень. Шадринск: Изд-во ОГУП «Шадринский Дом Печати», 2011.258с.
8. Сарычев А.С., Гудков А.Б., Попова О.Н. Компенсаторно-приспособительные реакции внешнего дыхания у нефтяников в динамике экспедиционного режима труда в Заполярье // Экология человека. 2011. №3.С.7-13.
9. Дёгтева Г.Н. Эколого-физиологические особенности обеспечения жизнедеятельности работников нефтегазопромысловых экспедиций в Заполярье: Дис. д-ра мед. наук.- Архангельск, 1996. 386с.
10. Теддер Ю.Р., Гудков А.Б., Дёгтева Г.Н., Симонова Н.Н. Актуальные вопросы физиологии и психологии вахтового труда в Заполярье. – Архангельск, 1996.127с.
11. Скок Н.И., Белоножко Л.Н. Социально-медицинский аспект вахтовой работы в Арктике // Проблемы сохранения здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Арктике: матер. III междунар.науч.-практ.конф. / под ред. д.м.н.С.А.Горбанёва, д.м.н. Н.М.Фроловой. – СПб.: Издательско-полиграфическая компания «Коста», 2021.С.160-164.

ЧТО ДЕЛАЕТ ПАЦИЕНТА СЛОЖНЫМ? ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Парамонов А.А.

1-Северный (Арктический) Федеральный университет им.М.В.Ломоносова, г.Архангельск

2-Северный государственный медицинский университет, г.Архангельск

1-Аспирант кафедры биологии человека и биотехнических систем

2-магистрант международного факультета врача общей практики

e-mail: aramonovarh@mail.ru

Аннотация: Нередко медицинские работники обвиняют отдельного пациента в антагонистическом отношении или психопатоподобном типе поведения. И хотя есть пациенты, которые ведут себя таким образом вследствие своих личностных особенностей, мы также должны учитывать факторы окружающей среды, которые могут влиять на пациента, их опасения относительно их состояния, отсутствие социальных навыков самовыражения, запутанность, или отсутствие знаний о своём здоровье, а так же давления со стороны других членов семьи. Н В соответствии с вышеизложенным, целью статьи явилось обоснование некоторых из факторов, которые могут усложнить связь «врач-пациент». Рассмотрены факторы, которые влияют на отношение к медицинской деятельности и процессу лечения как со стороны пациента, так и со стороны врача.

Ключевые слова: «врач-пациент», взаимодействие, конфликтный пациент

Каждый врач рано или поздно сталкивается с пациентами, которые могут быть сложными, разочаровывающими и трудными в коммуникации. Часто такие пациенты могут нарушать душевное и психическое равновесие любого медицинского работника. Конечно, в своей практике каждый медицинский работник встречается с пациентами, которые сами по себе аффективно неустойчивы, нетерпеливы, имеют грубые нарушения мышления, или у них просто имеются сложности в рамках коммуникативных навыков. Какова бы ни была причина, когда такой пациент появляется в кабинете врача, задача специалиста – понять проблемы и смягчить обстановку, чтобы сделать приём более продуктивным.

Лечащие врачи воспринимают до 15% встреч с пациентами как сложные или трудные [1]. Хотя, иногда это может быть самым легким решением переложить вину на пациента, и зачастую, различные факторы способствуют этому. Иногда пациент испытывает депрессию или беспокойство, или жалуется на множество тяжелых симптомов, что затрудняет сбор жалоб и анамнеза. Иногда врачи имеют собственный взгляд на процесс лечения и взаимодействия, который не совпадает с ожиданиями пациента. Нередко имеются и другие факторы, например, языковые барьеры, межкультурные проблемы и сообщение плохих новостей.

Таким образом, для лучшего понимания динамики сложных встреч с пациентами, целью данной работы явилось обоснование некоторых из факторов, которые могут усложнить связь «врач-пациент».

Любой опытный врач, вероятно, узнает пациентов, которые демонстрируют многие из следующих моделей поведения. Они часто приводят к дополнительным встречам, после которых как врач, так и пациент могут чувствовать себя неудовлетворенными, или, возможно, неправильно понятым.

При работе с конфликтными пациентами, во время приёма вместо того чтобы спорить с пациентом, необходимо определить границы коммуникации. Кроме того, необходимо обратить внимание на то, как эмоции пациента наполняют встречу и отражают его или ее медицинские проблемы и основные жалобы.

Еще одна стратегия, которая хорошо работает с некоторыми пациентами, заключается в том, чтобы быть осторожным, а не директивным в своих предложениях и советах. Например, пациент может разозлиться, если его заставят ждать слишком долго. Необходимо иметь в виду, что иногда пациенты могут проецировать на врача свои сильные эмоции, которые могут быть результатом взаимодействия с другими медицинскими работниками (например, работники регистратуры, уборщицы и пр.), друзьями или коллегами, и пациент в итоге спроецирует свои чувства на врача, явление, известное в западной литературе как «перенос».

Если пациент испытывает страх или беспокойство по поводу диагноза или лечения, необходимо обсудить этот страх с ним, чтобы врач мог определить, правильно ли его страх отражает ситуацию [3]. Такое понимание может помочь пациенту более эффективно управлять своим страхом.

Конечно, если пациент аффективно заряжен, агрессивен, его нельзя успокоить и, похоже, он склонен к физическому насилию, лучше всего выйти из ситуации и немедленно обратиться в правоохранительные органы или к охране учреждения, чтобы они пришли и защитили вас и сотрудников учреждения.

Навязчивость. Некоторые пациенты могут казаться нуждающимися или чрезмерно навязчивыми. Это может быть частью их общей личности, или они могут бояться и беспокоиться о своем физическом состоянии. Болезни, которые неизлечимы или не поддаются лечению, часто, по целому ряду причин, труднее поддаются контролю над собой. Важно признать, что, хотя все больше пациентов участвуют в совместном принятии решений, некоторые по-прежнему предпочитают, чтобы врач принимал решения за них.

Горе. Если пациенты переживают трудные времена, например, переживают потерю близкого человека, переживают развод или находятся в процессе потери работы, необходимо оценить нормальные стадии горя и их контекст. Эти пациенты могут испытывать сильную психическую боль и нуждаться в некоторой эмоциональной поддержке. Кроме того, разумно следить за признаками депрессии и неадаптивного поведения (например, растущей зависимости от алкоголя или наркотиков), которые препятствуют процессу скорби. В таких случаях, с пациентом надо общаться открыто; не пытаться лечить эмоции и предостерегать от любых импульсивных, изменяющих жизнь решений, которые может принимать пациент.

Манипулятивное поведение. Пациенты, которые занимаются манипулятивным поведением, могут играть на чувстве вины других или угрожать гневом, судебным иском или самоубийством. Их поведение может быть импульсивным и напористым. С этими пациентами необходимо оценить свои собственные эмоции, попытаться понять их ожидания и установить границы, говоря «нет» по мере необходимости.

Важно отметить, что встреча, которая кажется манипулятивной, все равно может включать разумные запросы. Например, обращение за рецептом на бензодиазепин или другой вызывающий зависимость препарат, который с высокой вероятностью используется неправильно. В этих случаях для врача важно проявлять твердость и следовать строгой политике не назначать такой препарат, если в нем нет необходимости.

Отвечая на просьбы об этих лекарствах, просто сообщить: «Я не назначаю данный вид препаратов» или «В соответствии с рекомендациями по охране здоровья мы не назначаем подобные препараты». Этого ответа зачастую достаточно, и врачу не нужно больше объясняться.

Частые ненужные визиты. В последние десятилетия обращение к пациентам как к «часто летающим пассажирам» было резко осуждено как унизительное. Тем не менее, некоторые пациенты приходят на гораздо большее количество раз, чем, вероятно, необходимо. Важно понимать, что эти пациенты могут быть одиноки, напуганы или смущены и искренне ищут помощи. Иногда они здоровы, но все еще обеспокоены, в то время как на других повлияла дезинформация.

С пациентами, которые часто обращаются к врачу, важно помочь определить причины их частых посещений. Необходимо понимать, что в подобных случаях пациенты часто приходят за утешением, облегчением от хронической боли или просто поговорить. Понимание данных причин поможет определить план будущих посещений и направить пациента к материалам для обучения пациентов.

В мощном исследовании, опубликованном в журнале госпитальной медицины, исследователи собрали всеобъемлющую административную базу данных для характеристики пациентов, поступивших пять или

более раз в течение 1-летнего периода. Исследователи обнаружили, что, хотя эти частые посетители составляли 1,6% населения пациентов, на их долю приходилось 8% госпитализаций и 7% прямых затрат [2]

Согласно данному исследованию, госпитализация, как правило, определялась множественными хроническими заболеваниями; большим количеством сопутствующих заболеваний по сравнению с другими госпитализированными пациентами (7,1 против 2,5); и, в меньшей степени, сопутствующими психиатрическими заболеваниями и злоупотреблением психоактивными веществами.

«Пациенты, которые часто поступают в академические медицинские центры США, вероятно, имеют множество сложных хронических заболеваний и могут иметь сопутствующие поведенческие заболевания, которые влияют на их поведение в отношении здоровья, что приводит к острым эпизодам, требующим госпитализации», – пишут авторы. «Эта информация может быть использована для определения решений по предотвращению повторной госпитализации для этой небольшой группы пациентов, которые потребляют крайне непропорционально большую долю ресурсов здравоохранения», – заключили они.

Соматизация, или так называемые «ипохондрики». Некоторые пациенты жалуются на различные неясные или преувеличенные симптомы, а также на сопутствующие психиатрические проблемы, включая тревогу, депрессию и расстройства личности. Эти пациенты часто «ходят по магазинам к врачу» и проходят множество анализов.

Хотя для врача может быть очевидно, что многие из их жалоб не имеют под собой реальной основы, необходимо проявлять сострадание и подчеркивать необходимость регулярных запланированных посещений с решением проблем по мере их возникновения. Если врачу известно о каких-либо прошлых исследованиях, или курсах лечения, желательно поговорить об этом с пациентом и обсудить тот факт, что предыдущее диагностическое тестирование не выявило серьезных заболеваний. Устраняя эти формы поведения, которые растрачивают ресурсы здравоохранения впустую, можно свести их к минимуму и сосредоточить внимание пациента на том, чтобы обратиться к врачу по своим проблемам. Многие врачи считают эффективным заключать «контракт» на встречи с пациентом каждые 2-4 недели для обсуждения любых новых вопросов.

Виноваты ли Отчасти Врачи?

Подавляющее большинство врачей – сострадательные, внимательные и преданные своему делу профессионалы, стремящиеся сделать все возможное для пациента. Тем не менее, врачи – занятые люди, у которых много забот. И, будучи человеком, определенные установки и поведение могут влиять на взаимодействие с пациентами. Важно распознать эти возможные факторы стресса. Некоторые из факторов стресса, влияющих на отношение врачей к пациентам, включают:

Разочарование. Эмоциональное выгорание, разочарование, депрессия и гнев затрагивают все большее число врачей. Эти настроения могут быть связаны как с краткосрочными, так и с долгосрочными проблемами. При взаимодействии с пациентами важно распознавать потенциальные триггеры, которые могут вызвать такие эмоции. Фактически, в Национальном отчете Medscape о выгорании и самоубийствах врачей за 2021 год сказано, что 36% врачей, страдающих депрессией, заявили, что они с большей вероятностью будут выражать раздражение перед своими пациентами, а 13% признаются в выражении разочарования.

Сексуальные домогательства со стороны пациентов. Несмотря на то, что почти 1 из 4 врачей сообщает о сексуальных домогательствах со стороны пациента, об этом явлении очень мало сообщается. Примеры сексуальных домогательств включают нежелательные комментарии сексуального характера; сексуальные намеки; сексуальные тексты, фотографии или электронные письма; или нежелательные прикосновения, объятия или прикосновения.

Что медицинскому персоналу следует делать, если пациент делает сексуальное предложение или обвиняет его в этом? Немедленно выйти из кабинета и обратиться за помощью, и обязательно надо сообщить о сексуальном домогательстве. Затем врач должен подать отчет вышестоящему начальству и договориться о передаче медицинской помощи другому врачу, отделению, или даже организации с четким предупреждением об этом событии. Следует отметить, что психическое состояние пациента, включая слабоумие, стрессовые расстройства и органические поражения головного мозга, могут способствовать вероятности сексуальных домогательств.

Другой важный фактор, который может повлиять на отношение врачей это усталость. Усталость имеет свойство распространяться на все профессиональные аспекты жизни врача, включая взаимодействие с пациентами.

Слишком много посетителей. Иногда в кабинете врача может собраться одновременно слишком много людей. Несмотря на то, что сопровождающие могут быть поддержкой для защиты интересов как врача, так и пациента, надо убедиться, что пациент действительно хочет, чтобы в комнате были другие люди. Надо оценить, действительно ли существует необходимость в том, чтобы другой человек помогал в принятии решений, или с культурной точки зрения присутствие иных лиц в кабинете во время осмотра является обычным явлением.

Другие вопросы, которые следует рассмотреть, заключаются в том, влияет ли посетитель каким-либо образом на пациента или манипулирует им. Если возможно, стоит просить пациента наедине, должен ли посетитель остаться. Всегда надо общаться с пациентом напрямую и изгнать принимающую чью-либо сторону в случае возникновения конфликта.

Языковые барьеры. Врачи должны уметь понимать своих пациентов. К счастью, технологии сделали доступ к виртуальным переводчикам легкодоступным. При общении с пациентом, который говорит на другом языке, надо выделить достаточно времени для приема и стараться переводить все дословно. Одной из проблем при использовании семьи или друзей пациента для интерпретации является «редактирование». Это контрпродуктивно, если информация искажается, редактируется, редактируется или иным образом изменяется.

Плохие новости. Никто не любит сообщать плохие новости, и врачи ничем не отличаются. Прежде чем сообщать пациенту плохие новости, надо оценить, что уже известно и сколько дополнительной информации пациент желает услышать. Необходимо быть откровенным с новостями, оставаясь при этом сострадательным, как дать пациенту, так и всем остальным достаточно времени, чтобы обработать информацию. Как только плохие новости будут переданы, необходимо обобщить предоставленную информацию, обсудить последствия, предложить дополнительную поддержку, спланировать следующие шаги и запланировать последующие действия.

Стратегии перенаправления сложных встреч с пациентами

Обычно врач контролирует только свое собственное отношение и поведение. Знание этого иногда может помочь перенаправить сложную встречу с пациентом и сделать ее более продуктивной. Конечно, врачам хотелось бы, чтобы некоторые пациенты изменили свое отношение и поведение, но в большинстве случаев этого не произойдет. На медицинском персонале лежит ответственность за то, чтобы всем было комфортно справляться (и смягчать) с пациентами, которые могут быть чреватые эмоциями, гневом или другим трудным поведением.

Таким образом, следующие общие рекомендации могут помочь поддерживать продуктивные терапевтические отношения:

- Необходимо быть добрым, сострадательным и чутким. Необходимо помнить, что пациенты могут сталкиваться со сложными и страшными жизненными стрессорами, которые делают их более эмоциональными и неустойчивыми. Пациенты, сталкивающиеся с трудностями, часто хорошо реагируют на доброту.

- Признать любые диагностированные проблемы с ментальным здоровьем. Необходимо сообщать пациентам, что, если они не согласны с диагнозом или лечением, они всегда могут получить второе мнение.

- Учитывайте основные жалобы и ожидания пациента от каждого визита.

- Установите четкие ожидания, ограничения и границы и составьте планы продолжения регулярного ухода.

- Необходимо осознавать, что врач эмоционально привносит в сложную встречу с пациентом. Не позволять разочарованию или гневу овладеть врачом. Доверять коллегам и дать им волю; часто бывает очень полезно выпустить пар, а также получить их идеи, которые помогут врачу справиться с подобными ситуациями.

- Распознавать свои собственные триггеры. Например, может быть легко вывести из себя пациента, страдающего злоупотреблением наркотиками и зависимостью, особенно если он требует отпускаемые по рецепту препараты. Вместо того чтобы расстраиваться, признаться, что этот пациент уязвим и нуждается в помощи нарколога.

- И наконец, помнить пословицу: «Медом вы привлекаете больше мух, чем уксусом». Необходимо быть осторожным и любезным в предложениях, которые врач делает во время встречи с пациентом. Часто напористость и суровость затрудняют поиск точек соприкосновения и совместную работу.

Список литературы:

1. Krebs, EE, JM Garrett, TR Konrad. The difficult doctor? Characteristics of physicians who report frustration with patients: an analysis of survey data. BMC Health Services Research. 2006; 6:128. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/128>

2. Szekendi, M.K., Williams, M.V., Carrier, D., Hensley, L., Thomas, S. and Ceresse, J. (2015), The characteristics of patients frequently admitted to academic medical centers in the United States. J. Hosp. Med., 10: 563-568. <https://doi.org/10.1002/jhm.2375>

3. Wasan, AD, Wootton J, Jamison RN. Dealing with difficult patients in your pain practice. Regional Anesthesia and Pain Medicine. 2005; 30: 184-192.

АКТИВНЫЕ ФОРМЫ КИСЛОРОДА И ПУТИ ИХ ОБЕЗВРЕЖИВАНИЯ В ОРГАНИЗМЕ

Паршевникова А.С.

ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России.

Кафедра клинической биохимии, микробиологии и лабораторной диагностики.

Студентка 4 курса лечебного факультета 2 группы.

Научный руководитель: к.б.н., доцент Сеницкая Е.Н.

Аннотация: В данной статье представлен обзор литературных источников по теме активные формы кислорода (АФК). Освещены виды АФК, их функции, пути образования, влияние на организм человека и способы обезвреживания. Главным образом обезвреживание АФК происходит за счет антиоксидантных систем (АОС). В статье также были рассмотрены классификация антиоксидантов, их свойства и примеры лекарственных средств, обладающих антиоксидантной активностью.

Ключевые слова: свободные радикалы, активные формы кислорода, окислительный стресс, антиоксидантные системы

Цель: провести анализ литературных источников по АФК и действию на них антиоксидантов.

Тип статьи: литературный обзор. Для обзора использовались статьи русских и иностранных авторов за период 2013-2019 гг.

Свободные радикалы представляют собой химические соединения, имеющие высокую реакционную способность, благодаря наличию 1-2 неспаренных электронов на внешней орбитали. Наиболее важными для биологических систем являются кислородные свободные радикалы или АФК, к которым относятся гидроксильный радикал ($\cdot\text{OH}$), супероксидный радикал ($\text{O}_2^{\cdot-}$), пероксид водорода (H_2O_2), синглетный кислород ($^1\text{O}_2$), гипохлорит (ClO^-), пероксинитрит ($\text{O}=\text{N}-\text{O}-\text{O}^-$), оксид азота (II) ($\text{N}-\text{O}$), обладающие высокой окислительной активностью [10].

Основным источником АФК служит дыхательная цепь митохондрий, в которой благодаря «утечке» электронов с I и III митохондриальных ферментных комплексов происходит преобразование поступающего кислорода (около 2-5%) в АФК [1]. Также генератором АФК являются пероксисомы и эндоплазматический ретикулум.

АФК участвуют во многих физиологических процессах, выполняя полезные функции: бактерицидную, иммунную, регуляторную. Однако высокий уровень АФК в клетке приводит к возникновению окислительного стресса (ОС), который может вызывать апоптоз или некроз здоровой клетки. ОС сопровождается повреждением структуры белков, ДНК и перекисным окислением липидов, при котором происходит изменение проницаемости, ионного состава и вязкости клеточных мембран [4].

ОС сопровождает многие серьезные заболевания, такие как атеросклероз, гипертензия, болезнь Альцгеймера, диабет, бесплодие, а также является одной из составляющих процесса старения. Для уменьшения эффекта ОС рекомендуется потребление антиоксидантов.

Антиоксиданты (АО) – это природные или синтетические соединения, замедляющие или предотвращающие окисление органических веществ, способные нейтрализовать свободные радикалы и помогающие снизить интенсивность свободно-радикального окисления, тем самым обеспечивая защиту биологических структур клетки [5]. Выделяют ферментативные и неферментативные АО [3]. Ферментативные АО – супероксиддисмутаза, каталаза, пероксидазы – характеризуются высокой специфичностью действия против определенной АФК [2],[3],[7]. Неферментативные АО включают соединения, которые неферментативно или при помощи ферментов нейтрализуют АФК – каротиноиды, витамин С, α -токоферол, восстановленный глутатион, флавоноиды [3], [6],[7].

Выбор АО при том или ином заболевании является достаточно сложным в виду того, что взаимодействие природных АО с синтетическими лекарственными средствами еще до конца не изучено. Более того некоторые АО могут вызывать аллергические реакции, быть токсичными или не достаточно эффективными. В качестве примера можно рассмотреть витамин Е, который обладает антиоксидантной активностью только в присутствии жирорастворимых восстановителей, в ином случае он быстро инактивируется и переходит в форму токофероксильного радикала – вещества, с противоположным АО действием, усиливая ОС [3], [8].

Идеальный АО должен соответствовать следующим требованиям: обладать выраженным антиоксидантным действием, быть природным, гидрофильным, не синтетическим, иметь хорошую биодоступность, не оказывать токсическое действие, легко выводиться из организма и иметь хорошую совместимость с другими лекарственными средствами [3], [8].

Карнозин – β -аланил-L-гистидин – соответствует практически всем требованиям, предъявляемым к идеальному АО [6], [8], [9]. Являясь АО прямого действия, он способен оказывать и опосредованное действие на систему антирадикальной защиты организма, путём ускорения метаболизма норадреналина и кортизола, которые высвобождаются в кровь в стрессовой ситуации. Низкий уровень этих гормонов в крови ведет к уменьшению выраженности ОС. Карнозин не оказывает побочного действия, отсутствуют привыкание и опасность передозировки, он не накапливается в организме при длительном приёме, а избыток подвергается расщеплению карнозиной на аминокислоты, легко выводимые из организма [2], [6], [9].

Карнозин в небольших количествах содержится в мясе, яйцах, молочных продуктах, особенно в сырах. Он применяется при лечении язвенных заболеваний ЖКТ, полиартритов, значительно снижает побочные эффекты облучения, широко применяется в кардиологии.

Заключение: АФК необходимы для нормального функционирования организма, однако их избыточная концентрация может приводить к патологическим эффектам, например вызывать окислительный стресс.

Важно защищать уязвимые компоненты клетки от действия АФК и свободных радикалов, для этого применяются АО. В качестве природного АО можно использовать карнозин, он безопасен в использовании, не вызывает привыкания, не оказывает побочного действия и легко выводится из организма.

Литература

1. Гривенникова В.Г., Виноградов А.Д. Генерация активных форм кислорода митохондриями // Успехи биол. химии. – 2013. – Т. 53. – С. 245–296.
2. Лудан В. В., Польская Л. В. Роль антиоксидантов в жизнедеятельности организма // ТМБВ. 2019. №3. – 86-92 с.
3. Мартусевич А.К., Карузин К.А., Самойлов А.С. Антиоксидантная терапия: современное состояние, возможности и перспективы // Биорадикалы и антиоксиданты. 2018. №1. С. 5-23.
4. Пинегин Б.В., Воробьева Н.В., Пашенков М.В., Черняк Б.В. Роль митохондриальных активных форм кислорода в активации врожденного иммунитета // Иммунология. Т. 39, №4, 2018.
5. Северин Е.С., Биохимия : Учебник / под ред. Е.С. Северина. – 5-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2016. – 784 с.
6. Стволинский С.Л., Антонова Н.А., Куликова О.И. Липоилкарнозин: синтез, изучение физико-химических и антиоксидантных свойств, биологическая активность // Биомедицинская химия, 2018. Т. 64. № 3. С. 268-275.
7. Шахмарданова С.А., Гулевская О.Н., Селецкая В.В., Зеленская А.В., Хананашвили Я.А., Нефедов Д.А. Антиоксиданты: классификация, фармакотерапевтические свойства, использование в практической медицине // Журнал фундаментальной медицины и биологии №3, 2016.
8. Ярыгина Е.Г., Прокопьева В.Д., Бохан Н.А. Окислительный стресс и его коррекция карнозином // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 4. – С. 106-113.
9. Berezhnoy D.S., Fedorova T.N., Kulikova O.I. Effects of carnosine and lipoic acid in the late stage of Parkinson's disease in rats // Bulletin of RSMU. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow. 2019. № 5.
10. Chabert P, Anger C, Pincemail J, Schini-Kerth VB. Systems biology of free radicals and antioxidants // Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg. 2014.

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ И БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

Першина В.Д.¹, Садкова А.Н.¹, Максимова М.П.¹

1 – ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России. Кафедра клинической биохимии, микробиологии и лабораторной диагностики. Студенты 3 курса педиатрического факультета 2 группы.
Научный руководитель: Кукалевская Н.Н.

Аннотация: В современном мире существует множество методов контрацепции, среди которых каждая женщина может выбрать наиболее подходящий для нее. По данным статистики из всех средств, препятствующих нежелательной беременности, в настоящее время лидируют гормональные контрацептивы. И число женщин, использующих их, постоянно растет. Однако несмотря на популярность данных препаратов, у них имеется немало побочных эффектов, начиная от тромбообразования, изменения толерантности к глюкозе, приводящее к изменениям характерным для сахарного диабета и заканчивая нарушениями гормонального фона и дисбиотическими состояниями микрофлоры влагалища [2].

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, гормональные контрацептивы, микрофлора влагалища

Введение. Микробиота влагалища достаточно уязвима, многие факторы могут привести к нарушениям ее нормального соотношения микроорганизмов. К ним относятся: длительный прием антибиотиков, регулярные переохлаждения, стрессы, нерациональное питание и другие факторы. Остановимся на том, как на данную микрофлору повлияет изменение гормонального фона и статуса иммунной системы при приеме гормональных контрацептивов.

Цель: провести обзор и анализ литературных источников о влиянии гормональных контрацептивов на микрофлору влагалища.

Материалы и методы: анализ литературных источников по влиянию гормональных контрацептивов на микрофлору влагалища при бактериальном вагинозе.

Результаты и их обсуждение. Лактобактерии являются определяющими в микробиоценозе влагалища. В процессе своей жизнедеятельности они могут выделять высокоактивные производные кислорода, которые разрушают липопротеиды клеточной стенки микроорганизмов. При этом сами бактерии защищены

от действия активных форм кислорода – способностью синтезировать ферменты, инактивирующие их (каталазу и супероксиддисмутазу) [6]. Также лактобактерии, расщепляя гликоген, выделяют молочную кислоту. Она определяет кислую среду влагалища и способствует ограничению роста и размножения чувствительных к ней микроорганизмов. Бифидобактерии, как и лактобактерии, относятся кислотопродуцирующим микроорганизмам и участвуют в поддержании во влагалище низких значений pH. Они вместе обеспечивают резистентность влагалища к условно-патогенным микроорганизмам. Поэтому считается, что низкая концентрация этих бактерий предрасполагает к развитию дисбиоза и, как следствие, бактериального вагиноза [3].

Бактериальный вагиноз – это дисбиоз влагалища, сопровождающийся высокой концентрацией облигатно- и факультативно-анаэробных условно-патогенных микроорганизмов (*Gardnerella vaginalis*, *Prevotella/Porphomonas* spp., *Bacteroids* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Eubacterium* spp., *Fusobacterium* spp., *Mobiluncus* spp.) и резким снижением или отсутствием молочнокислых бактерий в отделяемом влагалища [3].

По мнению одних учёных, гормональная контрацепция неизбежно приводит к элиминации из влагалища основного лактобациллярного компонента микрофлоры и колонизации вагинального биотопа экзогенными и эндогенными микроорганизмами. Эти утверждения основаны на том, что частичная блокировка секреции гонадотропинов экзогенно введёнными гормонами сопровождается снижением синтеза эндогенного эстрадиола. Состояние относительной гипострогемии приводит к уменьшению образования гликогена – основного питательного субстрата лактофлоры.

Другие авторы, напротив, подчеркивают протективное действие комбинированной гормональной контрацепции в поддержании стабильности вагинальной экосистемы и предупреждении развития дисбиоза. По их данным после 6 месяцев применения микродозированного таблетированного контрацептива вагинальная микрофлора в 76,9 % случаев была заселена преимущественно короткими палочками, которые авторы, очевидно, расценивают как нормальную микрофлору. Их оказалось в 1,5 раза больше исходного значения, а заселенность кокковой флорой сократилась в 2 раза. Частота выявления ключевых клеток (гарднереллы, адгезированные на вагинальном эпителии) уменьшилась в 4,6 раза. Подобную динамику микробного колебания авторы связывают с утолщением слизистого влагалища за счёт поверхностных слоёв многослойного плоского эпителия на фоне применения комбинированной гормональной контрацепции. Это способствует повышению уровня иммунной защиты против вирусных и бактериальных агентов благодаря увеличению интраэпителиальной концентрации макрофагов и Т-лимфоцитов (CD8, CD3) [1].

Микроскопическое исследование вагинального отделяемого на фоне использования препарата НоваРинг в течение 3 месяцев позволили установить улучшение степени чистоты у 17 % женщин со II степени до I, у 14 % – с III на II степени. Протективное действие гормонального препарата на вагинальный биоценоз обнаруживается у каждой 3 девушки, участвовавшей в исследовании. Позитивное влияние НоваРинга на рост лактобактерий во влагалище подтверждают также результаты исследования Veres, которые считают, что вне зависимости от способа применения комбинированной гормональной контрацепции всегда происходит увеличение концентрации лактобактерий преимущественно за счёт H_2O_2 -продуцирующих штаммов. При интравагинальных формах эпителий влагалища получает наибольшую эстрогенную насыщенность, поэтому применение препарата НоваРинг объективно в 2,7 раза увеличивает популяцию лактобактерий по сравнению с таблетированными контрацептивами [5].

Выводы. На сегодняшний день проблема влияния гормональных контрацептивов на микробиоценоз влагалища хорошо изучена, но, все же, остается открытой. Некоторые авторы считают, что гормональная контрацепция приводит к дисбиозу и в дальнейшем к патологиям (бактериальный вагиноз), другие – что прием гормональных контрацептивов способствует увеличению количества лактобактерий, что улучшает функционирование микробиоты влагалища.

Литература:

1. Воронцова А.В., Коновалов В.И., Звычайный М.А. и др. Цитологическая картина и микробиоценоз влагалища у женщин репродуктивного возраста, применяющих комбинированные оральные контрацептивы «Новинет» и «Регулон» // Рос. вестн. Акушера – гинеколога. – 2001. – №2. – С. 42-44.
2. Камалова, К. А. Комбинированные оральные контрацептивы и вагинальное здоровье / К. А. Камалова, А. Г. Ящук // Медицинский вестник Башкортостана. – 2016. – Т. 11. – № 3(63). – С. 71-74.
3. Кудрявцева, Л. В. Нормоценоз. Бактериальный вагиноз. Комплексная лабораторная диагностика бактериального вагиноза: современное состояние проблемы / Л. В. Кудрявцева, А. Е. Гуцин // Лабораторная служба. – 2013. – Т. 2. – № 1. – С. 3-24.
4. Орлова В. С., Набережнев Ю. И. Состояние и регуляция нормального микробиоценоза влагалища // Актуальные проблемы медицины – 2011 – №22 (117) – С. 15-21.
5. Прилепская В.Н., Летуновская А.Б., Донников А.Е. Микробиоценоз влагалища и полиморфизм генов цитокинов как маркер здоровья женщины (обзор литературы) // Гинекология. – 2015. – Т. 17. – № 2. – С. 4–13.
6. Шмелева, Е. В. Побочные эффекты гормональных контрацептивов / Е. В. Шмелева, Л. Е. Зиганшина, И. Г. Салихов // Казанский медицинский журнал. – 2006. – Т. 87. – № 5. – С. 366-369.

ПРИЧИНЫ ОТКАЗА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОТ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Равлусевич Л.А.

Северный государственный медицинский университет. Архангельская международная школа общественного здоровья. Магистрант 2 курса направления

«Общественное здравоохранение» E-mail: ravlusevich@bk.ru

Научный руководитель: канд. псих. наук, PhD Харькова О.А.

Аннотация: Во время пандемии COVID-19 медицинские работники более других подвержены риску заражения, однако часть медработников отказывается от вакцинации. В статье рассматриваются причины отказа медицинских работников от вакцинации против новой коронавирусной инфекции.

Ключевые слова: медицинские работники, отказ от вакцинации, COVID-19, качественное исследование, интервью

Введение: ВОЗ определила вакцинацию как наиболее эффективную меру в борьбе с пандемией COVID-19 [1]. Для достижения коллективного иммунитета необходимо вакцинировать не менее 80% населения. По состоянию на 2 ноября 2021 года в России полностью привито от коронавируса 32,8% населения [2]. Медицинские работники находятся в зоне высокого риска заражения, однако не все проходят вакцинацию.

Таким образом, целью настоящего исследования явилось описание причин отказа медицинских работников от вакцинации против новой коронавирусной инфекции.

Исследовательский вопрос: Каковы причины отказа медицинских работников от вакцинации против новой коронавирусной инфекции?

Материалы и методы: Участники исследования – медработники (медицинский статист, медсестра, фельдшер), отказавшиеся от вакцинации. Метод сбора данных – однократное полуструктурированное интервью. Сбор данных осуществлялся посредством интернета с использованием программы Skype, запись беседы велась на диктофон с согласия участников исследования. Интервью проводилось в спокойной обстановке, по времени занимало от 12 до 18 минут на 1 человека. В исследовании применялся качественный индуктивный контент-анализ, для кодировки и категоризации единиц использовалась программа OpenCode 4.03. Для валидации полученных данных применялся метод аналитической триангуляции. Все информанты дали устное и письменное информированное согласие на проведение данного исследования.

Результаты исследования: Единицы текста интервью были переведены в печатный формат с последующей выжимкой, формированием кодов и выделением 5 категорий (Таблица 1).

До проведения интервью будущие информанты высказывали «категоричное нет» вакцинации против новой коронавирусной инфекции, несмотря на то, что понимают необходимость вакцинации от других инфекционных заболеваний. Медицинские работники осознают последствия отказа от вакцинации: заражение, распространение вируса, осложнения и смерть (цитата «ИЗ» «...смерть от ковида – самое страшное последствие... страшно попасть в реанимацию... страшно, когда за тебя дышит аппарат... страшно стать инвалидом...»), понимают, что вакцина (цитата «И2» «...предотвращает заболевание и смягчает осложнения, которые может вызвать это заболевание»).

Ответы на заданные информантам в рамках данного исследования вопросы помогли установить истинные причины отказа медицинских работников от вакцинации против новой коронавирусной инфекции.

В ходе анализа причин была выявлена категория «наличие антител после заболевания COVID-19» (категория 1) – (цитата «ИЗ» «...мне повезло, болел... не вижу смысла делать прививку... у меня должны быть антитела»).

Несмотря на то, что прошел год после болезни, фельдшер был абсолютно уверен в защищенности от заражения, хотя знал, что количество антител со временем снижается. Здесь мы можем выделить следующую категорию: «внутренние причины» (категория 2) – излишняя самоуверенность – (цитата «ИЗ» «я был уверен, что второй раз не заболею, у меня даже сомнений не было, я молод, силен и здоров»). Из интервью видно, что медицинские работники считают, что и другие люди не делают прививки, так как надеются не заболеть (цитата «ИЗ» «...минует их чаша сия»).

Однако следует отметить, что основной причиной отказа медицинских работников от вакцинации против новой коронавирусной инфекции является «страх последствий вакцинации» (категория 3): страх неизвестности, страх осложнений после вакцинации и отдаленных последствий (цитата «И1» «...неизвестность последствий от этой вакцины, даже не то, что и как будет в первые десять дней после вакцинации, а что будет через два или три года...»).

Категория 4: «вакцина неэффективна». Фельдшер переболел новой коронавирусной инфекцией, но основной причиной отказа от вакцинации назвал «неэффективность вакцины» (цитата «ИЗ» «...я не до конца уверен в ее эффективности... многие люди, прошедшие вакцинацию, заболевают»).

Категория 5: «вакцина малоизучена». Причиной неэффективности вакцин, по мнению медицинских работников, принявших участие в данном исследовании, является то, что вакцины созданы очень быстро и мало изучены (цитата «И1» «... вакцина новая и не проверена временем»), (цитата «И3» «... даже если она качественная и эффективная, как за такой короткий период времени мы смогли это понять?... нужны серьезные клинические испытания»).

Анализ показал, что несмотря на то, что участвующие в данном, исследовании медицинские работники имеют разные причины отказа от вакцинации против COVID-19 в настоящий период (страх, наличие антител или малоизученность вакцин), в будущем они собираются вакцинироваться (цитата «И2» «меня останавливает мое нынешнее состояние... если бы не было страха, скорее всего вакцинировалась бы» – цитата «И1» «...я не против вакцинации, я за доказательную медицину»; цитата «И3» «...думаю, что буду вакцинироваться, но это будет еще не скоро, ведь я только что перенес COVID-19... надеюсь, что за это время будет создана новая более безопасная вакцина»).

Вывод: Несмотря на огромное количество исследований, проведенных клинических испытаний, медицинские работники не уверены в эффективности и безопасности вакцин и опасаются последствий вакцинации, чем и объясняется их отказ от вакцинации против COVID-19. Необходима разработка дополнительных мер для повышения медицинских работников (обучающие сессии, информационные брошюры, научные конференции и т.п.).

Таблица 1

Коды и категории, позволяющие ответить на исследовательский вопрос «Каковы причины отказа медицинских работников от вакцинации против новой коронавирусной инфекции?»

Категория	Код
Наличие антител после заболевания COVID-19	– Не вакцинировался, потому что болел, повезло; – У меня должны быть антитела.
Внутренние причины (самоуверенность)	«Я был уверен, что второй раз не заболею. У меня даже сомнений не было, я молод, силен и здоров».
Страх последствий вакцинации	– Страх неизвестности, последствий вакцинации; – Получить осложнения после вакцинации; – Боюсь прививаться из-за осложнений ковида; – Боюсь ухудшения здоровья; – Страх прививки превышает страх заражения; – «Не хочу ставить эксперимент на себе»;
Вакцина неэффективна	– Не уверен в эффективности вакцины, не верю, что лучшая; – Вакцина неэффективна, многие заболевают после нее; – Вакцина создана очень быстро, За такое время невозможно создать качественную вакцину; – Буду вакцинироваться, когда будет создана более безопасная вакцина.
Вакцина малоизучена	– Вакцина новая, не проверена; – Не известно, как организм отреагирует на вакцину; – Нужны серьезные клинические испытания; – Не против вакцины, за доказательную медицину.

Литература:

1. Covid-19 vaccines: ethical, legal and practical considerations. Parliamentary Assembly. [Online]. [cited 2021 Oct 31]. Available from: <https://pace.coe.int/en/files/29004/html?#>
2. <https://epivakcorona.ru/skolko-privito-ot-koronavirusa-v-rossii-na-2-noyabrya/>

ВЛИЯНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ 6-12 ЛЕТ СЪЕМНЫМИ АППАРАТАМИ НА ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОБИОТЫ ПОЛОСТИ РТА

Разилова А.В.¹, Мамедов Ад.А.²

1 – ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии, очный аспирант 2 года, E-mail: alina.razilova@gmail.com

2 Мамедов Ад.А. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Научный руководитель: д.м.н., проф., Ад.А.Мамедов

Аннотация: Наличие в полости рта съемного ортодонтического аппарата является причиной изменения состава микрофлоры полости, что может повысить риск кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонта.

Ключевые слова: Зубочелюстные аномалии, съемная ортодонтическая аппаратура, микробиологический статус

Зубочелюстные аномалии – это одна из наиболее важных медико-социальных проблем в детской стоматологии [1]. Своевременная диагностика и раннее лечение зубочелюстных аномалий (ЗЧА) у детей во время сменного прикуса представляет одну из наиболее трудных и спорных вопросов отечественной ортодонтии. По результатам исследований в ротовой полости находится более 700 видов микроорганизмов, многие из которых являются условно-патогенными и патогенными [1, 2]. Установка ортодонтических аппаратов создает в полости рта оптимальный микроклимат для размножения многих микроорганизмов, которые образуют сложные ассоциации в виде биопленок, которые располагаются на поверхности зубов и ортодонтического аппарата и могут снижать иммунный статус полости рта, способствовать развитию кариеса, заболеваний пародонта, являться причиной различных соматических заболеваний [3]. В настоящее время остается не до конца выясненным вопрос о влиянии съемной ортодонтической аппаратуры у детей 6-12 лет на индивидуальную гигиену и микробный пейзаж полости рта. Большинство исследователей считают, что съемные аппараты не осложняют уход за зубами и деснами, в меньшей степени оказывают воздействие на микробиологический статус [4]. Однако существует мнение, что съемные ортодонтические аппараты влияют на здоровье полости рта. Наиболее значимые изменения микрофлоры полости рта наблюдаются к 4 недели лечения [2, 3].

Цель исследования – изучить состояние гигиены и микробиоту полости рта у детей 6-12 лет с зубочелюстными аномалиями при ортодонтическом лечении съемными аппаратами.

Материал и методы. На лечении съемными ортодонтическими аппаратами находилось 35 детей в возрасте 6-12 лет (19 девочек, 16 мальчиков). До начала ортодонтического лечения и через 4 недели после установки аппарата проводилась оценка гигиенического состояния ротовой полости детей. Использовали «Oral Hygiene Indices Simplified» (ИГР-У, ОН-С) по J. C. Green, J. R. Vermillion (1964 г.). Изучение микробиоты полости рта проводилось до и через 4 недели лечения с помощью высокочувствительного современного метода диагностики – масс-спектрометрии микробных маркеров (МСММ), который определяет качественный и количественный состав бактерий, грибов и вирусов, уровень эндотоксина, который появляется вследствие накопления продуктов жизнедеятельности, структурных элементов микробной клетки после ее гибели [3].

Результаты. До начала ортодонтического лечения и через 4 недели после установки аппарата проводилась оценка гигиенического состояния ротовой полости детей. по J. C. Green, J. R. Vermillion (1964 г.). До начала ортодонтического лечения показатель хороший уровень гигиены был у 11 детей (31,4%), удовлетворительный – у 15 детей (42,3%), неудовлетворительный – у 9 (25,7%). При повторной оценке гигиенического состояния полости рта через 4 недели после установки аппарата хороший уровень гигиены был у 6 детей (17,1%), удовлетворительный – у 18 детей (51,4%), неудовлетворительный – у 10 (28,6%), плохой (2,6-3,5 балла) – у 1 (2,8%). Микробиологические нарушения в полости рта характеризовались увеличением суммарного содержания микроорганизмов по сравнению с нормой у 32 детей (91,4%). На слизистой оболочке ротоглотки и ортодонтических аппаратах были выявлены кариесогенные микроорганизмы в концентрациях от 10^5 до 10^{11} КОЕ/мл при норме 10^2 – 10^3 КОЕ/мм² ($p > 0,05$). Были идентифицированы *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus* spp., *Bifidobacterium dentium*, *S.sobrinus*, *S.salivarius*, *S. Vestibularis*, *Actinomyces* spp.. У 11 детей (31,4%), отмечалось увеличение количества *S. Aureus* в 10, 4 раз по сравнению с исходным уровнем. У 30 детей (85,7%) были обнаружены грибы рода *Candida* в 15,8 раз в форме грибково-бактериальных ассоциаций со стафилококками и стрептококками. У 20 детей (57,1%) был выявлен повышенный уровень эндотоксина в 3,6 раз.

Выводы: ортодонтическое лечение съемными аппаратами детей 6-12 лет нарушает индивидуальную гигиену полости рта и изменяет микробиоту ротовой полости. Определение микробиоценоза полости рта позволит разработать персонализированный метод лечения и профилактики стоматологических и общесоматических заболеваний. От успешного развития профилактических мероприятий будут в значительной степени зависеть показатели здоровья детей.

Литература.

1. Персин Л. С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстно-лицевых аномалий и деформаций: Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 640 с.: ил. ISBN 978-5-9704-3882-4 2016г.
2. Мамедов Ад. Геппе Н. Стоматология детского возраста. Учебное пособие.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020.-184 с.
3. Гонтарев С.Н., Чернышова Ю.А., Федорова И.Е., Гонтарева И.С. Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта при использовании съемной и несъемной ортодонтической аппаратуры. Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. 2013; 11 (154):15-18.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА ПЕРЕНОСА ОСТАТКОВ ТОВАРНО-МАТЕРИАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЕЙ ИЗ КОМПОНЕНТЫ 1С: ТОРГОВЛЯ И СКЛАД ВЕРСИИ 7.7 В КОМПОНЕНТУ 1С: БУХГАЛТЕРИЯ ПРЕДПРИЯТИЯ ВЕРСИИ 3.0.

Рыжкова Е.С.¹, Земцовский А.Е.², Меньшиков А.М.³

1 – ФГАОУ ВО Северный (Арктический) федеральный университет, магистрант,
e-mail: keldaars@mail.ru

2 – ФГАОУ ВО Северный (Арктический) федеральный университет, канд.техн.наук,
доцент, e-mail: alz200@yandex.ru.

3 – ФГАОУ ВО Северный (Арктический) федеральный университет, канд.техн.наук,
доцент, e-mail: alm2005@mail.ru

Аннотация. В статье представлена технология переноса остатков товарно-материальных ценностей из компоненты «1С: Торговля и склад 7.7» в компоненту «1С: Бухгалтерия предприятия 3.0».

Ключевые слова: документы переноса остатков ТМЦ, групповое изменение реквизитов.

Несмотря на то, что программный продукт «1С: Торговля и склад версии 7.7 до сих пор популярен на предприятиях торговли из-за своей простоты и надежности, тем не менее, всё больше пользователей планируют переход на более современные и функциональные версии, например, «1С: Управление торговлей», «1С: Управление нашей фирмой», «1С: Бухгалтерия предприятия» и пр. Компонента «1С: Бухгалтерия предприятия» выбирают пользователи, которые хотят сразу видеть все движения документов в виде бухгалтерских проводок. Такой подход освобождает информационную службу предприятия от необходимости переноса информации из одной компоненты в другую, в частности, в «1С: Бухгалтерия предприятия» для формирования отчетной документации в ИФНС, ПФР и другие организации.

Компонента «1С: Торговля и склад 7.7» имеет типовый функционал для перехода на платформу «1С: Предприятие 8». Однако, в случаях, когда в конфигурацию «1С: Торговля и склад 7.7» были внесены изменения, типовый функционал работает с ошибками, исправление которых занимает много времени или исправление ошибок вообще невозможно.

Нами была предложена технология переноса остатков ТМЦ, которая в дальнейшем была опробована на практике и получен положительный результат.

Кратко технология выгрузки-загрузки данных выглядит следующим образом: на первом этапе в компоненте «1С: Торговля и склад 7.7» формируются документ «Инвентаризация (по складу)» по каждому месту хранения ТМЦ в отдельности. Удобно это делать на конец дня 31 декабря. Однако, возможно формирование этого документа на конец произвольной даты.

На втором этапе необходимо модернизировать документ «Инвентаризация (по складу)» так, чтобы появилась возможность отражать фактическое количество ТМЦ равное учетному, а затем обнулить учетное количество в документе. Это даст возможность фактически сформировать документом «Оприходование ТМЦ» начальные остатки по количеству и по сумме. Такие изменения конфигурации были сделаны. Фрагмент дополнений в конфигурации представлен на рисунке 1.

```

//*****
// ЗаполнитьПоУчетКоличеству()
//
// Параметры:
// Нет.
//
// Возвращаемое значение:
// Пустая строка
//
// Описание:
// Производим заполнение фактического количества по учетному.
//
Функция ЗаполнитьПоУчетКоличеству()

    ВыбратьСтроки();
    Пока ПолучатьСтроку() = 1 Цикл
        Количество = КоличествоУчет;
        Сумма
            = СуммаУчет;
        КонецЦикла;

    Возврат "";

КонецФункции // ЗаполнитьПоУчетКоличеству()

Функция ОбнулитьУчет()

    ВыбратьСтроки();
    Пока ПолучатьСтроку() = 1 Цикл
        КоличествоУчет = 0;
        СуммаУчет = 0;
        КонецЦикла;

    Возврат "";

КонецФункции // ОбнулитьУчет()
//*****
```

Рисунок 1 – Дополненный фрагмент модуля формы документа «Инвентаризация (по складу)»

На третьем этапе необходимо воспользоваться стандартной обработкой «ВыгрузкаВ_Бух30.ert». Нужно выгрузить созданный в рабочей базе данных только документ «Инвентаризация ТМЦ». Обработка создаёт файл формата XML, который с помощью стандартной обработки «ЗагрузкаДанныхИзТиС.ertf» надо загрузить в компоненту «1С: Бухгалтерия предприятия 3.0». При этом сформируется документ «Инвентаризация ТМЦ». На основании этого документа сформировать документ «Оприходование ТМЦ». Однако, этот документ по-умолчанию формируют проводки д41-к90. Для корректного отражения остатков ТМЦ по счетам необходимо, чтобы проводки имели вид: д41-к000. Это легко сделать, воспользовавшись штатным инструментом «Администрирование|Обслуживание|Корректировка данных|Групповое изменение реквизитов», заменив счет расчетов с 90 на 000.

АНТИВОЗРАСТНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ (ANTI-AGE СТОМАТОЛОГИЯ)

Сидоренко А.Ю.¹, Соболева Н. Д.¹, Скачкова А.А.¹, Кухтина М.В.², Федотова Н.О.².

1 – Северный государственный медицинский университет.

Кафедра ортопедической стоматологии. Ординаторы. E-mail: i@dr-sidorenko.ru

2 – Северный государственный медицинский университет. Студентки 4 курса

стоматологического факультета. E-mail: natalyafedotova2602@mail.ru

Научные руководители: д.м.н, профессор, Юшманова Т.Н., к.м.н., доц., Скрипова Н.В., к.м.н., доц., Поливаная Е.А., асс. Тихонов В.Н.

Аннотация: в статье представлены результаты сравнительного анализа использования концепции «Антивозрастной стоматологии – Anti-age Dentistry» в частных стоматологических клиниках, что в заключении привело нас к выводу о недостаточном развитии данного направления в исследуемых городах – Архангельск и Северодвинск, и прогрессивном использовании данной концепции в Москве и Санкт-Петербурге.

Ключевые слова: медицина, стоматология, эстетическая стоматология, антивозрастная стоматология – Anti-age Dentistry.

Актуальность: в настоящее время эстетическое направление в стоматологии приобретает все большую популярность. Если в XX веке первостепенным в лечении являлось восстановление нарушенных функций жевания, речи, а эстетическая составляющая оставалась второстепенной, то теперь эстетика стоит в одном ряду с функциональностью. С помощью одного из направлений эстетической стоматологии, так называемой «Anti-age Dentistry», можно добиться эффекта омоложения лица без использования косметологических процедур и манипуляций пластического хирурга.

Актуальность темы обусловлена тем, что все больше женщин и мужчин в старше 40 лет задаются вопросом сохранения своей молодости. С таким запросом пациенты обращаются за медицинской помощью к врачам-косметологам, пластическим хирургам. Но сегодня все чаще можно услышать новый термин – антивозрастная стоматология [3, 4, 7, 8].

Цель: провести анализ частных стоматологических клиник в следующих городах: Архангельск, Северодвинск, Москва, Санкт-Петербург и выявить концептуальное развитие и использование нового направления Антивозрастной стоматологии – «Anti-age Dentistry».

Известно, что в течение жизни зубы подвергаются стираемости, как физиологической, так и, у определённой части пациентов, патологической, что вслед за собой снижает нижнюю треть лица, при этом автоматически изменяется внешний вид [6, 9]. В нарушении эстетики лица также играет роль дистальный сдвиг нижней челюсти, который в той или иной степени происходит у пациентов после 40 лет. В настоящее время с помощью современной концепции, которая называется нейромышечной, можно воссоздать «прежний облик» пациента. В результате достигается эффект омоложения, что немаловажно при сохранении функционального аспекта.

Anti-age (нейромышечная) стоматология (антивозрастная стоматология) – это комплекс лечебно-диагностических мероприятий, направленный на воссоздание функций челюстно-лицевой области, сохранение овала лица, восстановление силы жевательных мышц и функций височно-нижнечелюстного сустава. В процессе данной терапии задействованы все элементы зубочелюстной системы [1, 2, 5, 10].

Нейромышечная стоматология не имеет противопоказаний. Она позволяет решать задачи, связанные с лечением повышенной стираемости зубов, дисколорита эмали, патологических видов прикуса, частичного отсутствия зубов, нарушения симметрии и овала лица, воспалительных заболеваний пародонта, неправильного положения и формы зубов. Лечение по разработанному протоколу помогает сделать лицо пропорциональным и симметричным, что способствует визуальному эффекту омоложения. План лечения и его длительность определяются индивидуально для каждого клинического случая.

Антивозрастной стоматологии свойственен мультидисциплинарный подход к пациенту. В составлении плана лечения принимают участие стоматологи-ортопеды, стоматологи-терапевты, хирурги-имплантологи, пародонтологи. Также в команду специалистов включают оториноларингологов, неврологов, остеопатов, мануальных терапевтов, кинезиологов.

При лечении используется целый комплекс цифрового оборудования, которое позволяет сделать диагностику и лечение более объективным, а не только ориентироваться на мнение пациента или врача. На этапе диагностики или комплексной оценки проведенного лечения могут использоваться различные компьютерные диагностические комплексы, со специализированным программным обеспечением. Например, нейромышечные тесты, когда с помощью электромиографии оценивается качество работы жевательных мышц, электронная аускультация для выявления особенностей работы височно-нижнечелюстных суставов.

Кинезиография – запись движения нижней челюсти и пространственное ориентирование положения нижней челюсти по отношению к верхней челюсти на всех этапах лечения. Также можно выполнить метод определения физиологического прикуса, то есть физиологической точки смыкания зубов. Завершающим этапом является работа с T-Scan (сканирующим микроскопом), помогающим гармонизировать прикус, то есть добиться идеального качества смыкания зубных рядов. В результате жевательная нагрузка распределяется равномерно между новыми зубами [6].

Нами проведен анализ использования указанной концепции в клиниках Архангельска, Северодвинска в сравнительном аспекте с клиниками Москвы и Санкт-Петербурга (рис. 1). Анализ проводился на основании оценки прайс-листов (оценка услуг), информации в социальных сетях, рекламных предложений, так же критериями выбора был опыт врачей и количество врачей работающих в концепции «Антивозрастной стоматологии – Anti-age Dentistry» и личный опрос врачей 25 клиник в г. Архангельск и 25 клиник в г. Северодвинск, так же 25 клиник в г. Москва и 25 клиник в г. Санкт-Петербург. Скомпонованный результат представлен на рисунке 1 – в Архангельской области имеются лишь единичные клиники и специалисты, которые используют данную концепцию в своей практике, в г. Северодвинск – не используют вышеуказанную концепцию в отличие от г. Москва и г. Санкт-Петербург.

Таким образом, anti-age концепция – это современное и актуальное решение проблемы нарушения эстетики и функции в стоматологии, но к сожалению согласно полученным данным количество специалистов, которые развиваются в данном направлении не столь велико, что вероятно обуславливается дорогостоящим оборудованием, большими затратами на обучение специалистов и способностью пациентов выбрать данный вид услуг. Тем не менее данное направление необходимо развивать на территории нашего региона, чтобы повысить качество оказываемых услуг и соответственно качество жизни пациентов.

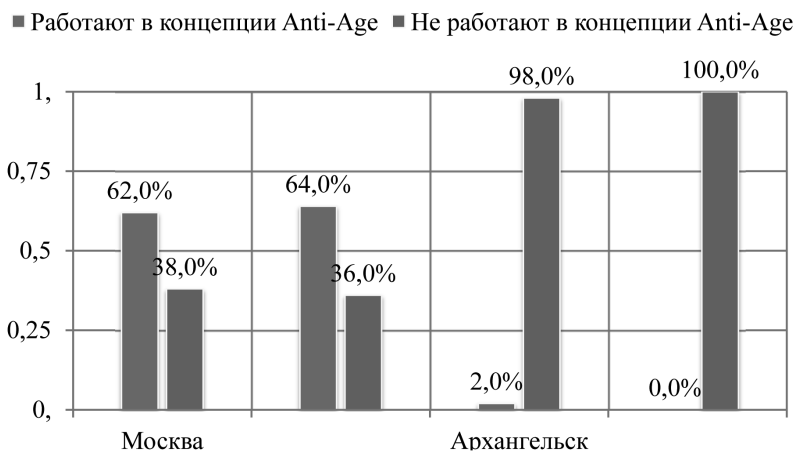


Рисунок 1. Число стоматологических клиник, работающих в концепции антивозрастной стоматологии (в %).

Литература:

1. Булычева Е.А. Дифференцированный подход к разработке патогенетической терапии больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, осложненной гипертонией жевательных мышц: автореф. дис. д-ра мед. наук. – СПб.: ГОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, 2010. – 31 с.
2. Булычева Е.А. Обоснование психосоматической природы расстройств височно-нижнечелюстного сустава, осложненных парафункциями жевательных мышц, и их комплексное лечение // Стоматология. – 2007. – Т.86, №6. – С. 58-61.
3. Гольдштейн Р. Эстетическая стоматология. Т.1. Русское издание под редакцией Соловьевой А.М. – 2003. – 493 с.
4. Кибкало А.П. Познай свое лицо. –М: Медицинская книга, 2007. – 126 с.
5. Пантелеев В.Д. Артикуляционные дисфункции височно-нижнечелюстных суставов. Часть 3 // Институт Стоматологии. – 2002. – №3. – С. 52-54.

6. Пономарев А.В., Потапов В.П., Зотов В.М., Беззубов А.Е. Комплексный подход к оценке состояния функциональной окклюзии у клинически здоровых людей // *Маэстро стоматологии* – 2003. – №4. – С. 50-52.
7. Ронь Г.И., Акмалова Г.М. Эстетическая стоматология и качество жизни пациентов (Обзор литературы) // *Проблемы стоматологии*. 2010. №1. – С. 28-30.
8. Ронкин К. Использование принципов нейромышечной стоматологии при реконструктивном протезировании пациента с патологией прикуса и дисфункцией височнонижнечелюстного сустава (ВНЧС) // *Dental market* #5. – 2006.
9. Славичек Р. Жевательный орган. Функции и дисфункции. – Азбука. – 2008.
10. Солдатова Л.Н. Возрастные особенности патологии височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц: Автореф. дис. канд. мед. наук. – СПб.– 2011. – 26 с.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ С БЕРЕМЕННЫМИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

¹Смирнова А. В., ¹Корягина О.А., ²Воронова Н.Г., ³Лебедева Т.Б.

1-Северный государственный медицинский университет. Кафедра акушерства и гинекологии, студентки V курса, лечебного факультета. E-mail: smirnova.anna.2014.04@yandex.ru

2-БУЗ ВО «Медсанчасть «Северсталь» E-mail: Voronovang35@yandex.ru

3- Северный государственный медицинский университет. К.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии E-mail: LTB2013@yandex.ru

Научный руководитель: к.м.н. Лебедева Т.Б.

Аннотация: Приведены основные показатели работы с беременными в женской консультации (ЖК) БУЗ ВО МСЧ «Северсталь» за 2016 – 2020гг. Выявлены основные направления и тенденции.

Ключевые слова: женская консультация, показатели работы, беременные.

Демографическая ситуация в России побудила развивать новые направления в улучшении деятельности служб родовспоможения и детства. Первым шагом политики в преобразовании амбулаторной составляющей российского здравоохранения стал национальный проект «Здоровье», направленный на усиление первичного звена медицинской помощи. Оказание амбулаторно-поликлинической и акушерско-гинекологической помощи женщинам осуществляет женская консультация [1, 2].

Цель исследования: определить основные тенденции в показателях работы ЖК при наблюдении беременных женщин за 2016–2020 гг.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные годовых отчетов медицинской организации ЖК БУЗ ВО МСЧ «Северсталь» за 2016 – 2020гг. Приведены экстенсивные и интенсивные величины, показатели динамического ряда.

ЖК родильного дома МСЧ «Северсталь» обслуживает 6 акушерско-гинекологических участков. В 2016 году прикрепленного населения было 17949, из них 43 % (7668 пациентки) женщины фертильного возраста; в 2020 г. – 17888 женщин, из них 59% (10221 пациентки) женщины фертильного возраста. В составе ЖК работают 6 врачей акушеров – гинекологов, стоматолог, психолог и терапевт. Ведутся приёмы в кабинетах ультразвуковой диагностики, компьютерной кардиотокографии плода, процедурном и операционном.

Ведение беременных. Обследование беременных производилось согласно приказу от 01 ноября 2012 г. №572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» [3]. За анализируемый период встало на учёт до 12 недель 98–99% беременных (табл. 1). Среди беременностей, взятых на учёт и окончившихся родоразрешением, отмечается стабильный средний уровень числа посещений ЖК беременными женщинами в год (в 2017 – 16/год, 2019- 18/год). Отмечается 100% осмотр терапевтом и стоматологом всех беременных женщин. Всем женщинам проведен полный лабораторный комплекс обследования (100% охват ИФА на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С (в первой половине беременности), на Rh-принадлежность, группу крови и биохимический скрининг). УЗИ исследования матки и плодово-плацентарного комплекса в 1 и 2 триместрах прошли 100% беременных (табл. 2).

Школа материнства. За период 5 лет (2016-2020гг.) количество медицинских абортотворений значительно уменьшилось на 79 человек – 58,5%. Значимый вклад в сохранение беременности вносит работа психолога по доабортному консультированию. Так в 2020 г. встали на учёт по беременности после консультации психолога 9 женщин, а в 2019 г. 14 пациенток. В женской консультации осуществляет свою деятельность «Школа материнства», которая занимается подготовкой беременных к родам, формированием у них позитивного отношения к беременности, пропагандой грудного вскармливания и здорового образа

жизни. В связи с коронавирусной инфекцией в 2020 году данные о работе школы за этот год являются не показательными. За 2019 г. школу материнства посетило 1313 человек. Было проведено 52 групповых занятия, 512 индивидуальных консультирования, 22 консультирования супружеских пар, 26 профилактических бесед с использованием психодиагностики, индивидуальная психо-коррекционная работа – 30.

Статистика исходов беременности. За исследуемый период отмечается значительное уменьшение количества медицинских абортс с 135 в 2016 г. до 56 в 2020 г. – на 79 человек – 58,5% (см. рис.1). Имеет тенденцию к росту динамика показателя соотношения количества родов к количеству абортс (см. рис.1). Среди беременностей, окончившихся родоразрешением: роды в срок у 486 беременных – 94% (2016 г), 437 беременных – 97% (2020 г); преждевременные роды 28 беременных – 6% (2016г.), 15 беременных – 3% (2020 г.). Количество выкидышей имеет тенденцию к росту – самопроизвольные выкидыши 25 беременных – 5% (2016 г), 51 беременных – 11% (2020 г).

Коморбидность родильниц и осложнения беременности. Частота соматической патологии с годами неуклонно возрастает. Среди наиболее распространенных сопутствующих заболеваний беременных – сахарный диабет 2-4,3%, анемия 12-22%, варикозное расширение вен 4-9%, гепатит С, В 0,8-1,8%, миоопия 13-24% (табл. 3). Среди патологий и осложнений, выявленных во время беременности, часто встречаются сифилис, ВИЧ, гепатиты – 0,6-1,2%, патологии плода – 0,4 – 1,7%, ВПР – 0,3–0,6% (табл. 4). Возрастает частота осложнений беременности: гестационном пиелонефритом – 0,0-2%. гипертензией 2-5,2%, гестационным сахарным диабетом 2,7-8%.

Выводы:

1. Показатель ранней постановки на учет (до 12 месяцев) беременных женщин, а также проведение утвержденных приказом нормативных диагностических процедур в срок приближается к 100%.

2. Отмечается значительное снижение количества абортс: темп убыли 2020/2016 = -58,5%, что на фоне практически стабильного уровня количества родов может говорить о высокой роли контрацепции и защищенности, а также информированности женщин.

3. Коморбидные заболевания женщин, вступающих на учет по беременности, имеют стойкую тенденцию к росту – миоопия (24%), анемия (22%), сахарный диабет 1 и 2 типа 4,3%. Во время беременности чаще всего выявляют гипертензию беременных (5,2%) и гестационный сахарный диабет.

4. Значительную роль при планировании семьи и в подготовке беременных к материнству играет психологическая помощь и «Школа материнства», которые функционируют в ЖК.

Литература:

1. Скрябина В.В. Современные тенденции в показателях работы с беременными в городской женской консультации / В.В. Скрябина // Здоровье семьи – 21 век. -2013. – №2. – С.164-176.

2. Нимгирова А.С. Основные показатели деятельности женской консультации / А.С. Нимгирова, А.А. Ромахова, Н.Ф. Водовская // Международный научно-исследовательский журнал. – 2021. – №5. – С.112-115

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»»

Таблица 1

Статистика обращений

показатель/ год	2016	2017	2018	2019	2020
посещения врачей ЖК по акушерско-гинекологическому профилю	32313	35709	34531	38747	34790
обслуживание беременных:					
посещения беременными до родов	8438	5986	7615	6508	7684
посещения в послеродовом периоде	903	728	928	698	904
поступило на учёт	523	436	407	454	509
поступило до 12 недель, в %	512–97,9	433–99,3	404–99,3	447–98,5	503–98,8
в целом за год наблюдалось	869	745	757	695	846

Таблица 2

Ведение беременных (УЗИ-диагностика)

показатель/ год	2016	2017	2018	2019	2020
Всего родов	486	364	464	349	452
УЗИ диагностика в 10-14, 20-24 н, в %	486–100	364–100	464–100	349–100	452–100
УЗИ диагностика в 20-24 н, в %	486–100	364–100	464–100	349–100	452–100
УЗИ диагностика в 32-34 н, в %	458–94,2	347–95,3	460–99,1	342–8,0	437–96,7

Таблица 3

Заболевания беременных, в %

Показатель/ год	2016	2017	2018	2019	2020
сахарный диабет	15–3	16–4,3	10–3	8–2,7	8–2
анемия	105–22	62–17	54–12	65–19	73–16
варикозное расширение вен	33–7	33–9	28–6	23–7	20–4
гепатит С и В	9–1,8	6–1,6	4–0,8	3–0,8	7–1,5
миопия	101–21	88–24	62–13	65–19	75–17

Таблица 4

Патологии, выявленные за время беременности, в %

показатель/ год	2016	2017	2018	2019	2020
ИФА на сифилис, ВИЧ, гепатиты	6–1,2	0–0	0–0	2–0,6	0–0
выявлено патологий плода	9–1,9	5–1,4	7–1,5	6–1,7	2–0,4
выявлено ВПР	3–0,6	2–0,5	3–0,6	1–0,3	2–0,4
пиелонефрит беременных	1–0,2	3–0,8	8–2	3–0,8	9–2
гипертония беременной	18–3,7	19–5,2	11–2,0	19–5,2	18–4,0
сахарный диабет	27–5,5	10–2,7	36–8,0	10–2,7	26–6,0

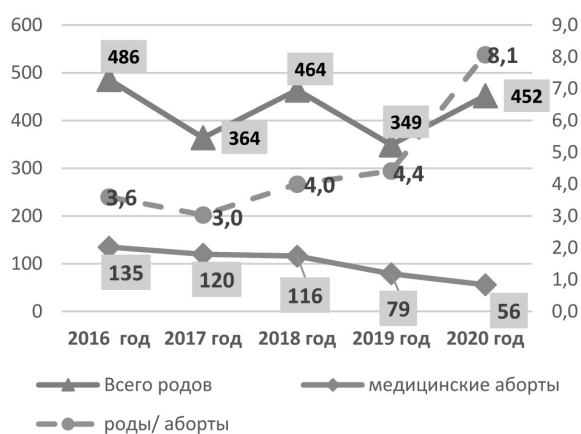


Рисунок 1. Динамика исходов всех беременностей за 2016 - 2020 гг.



Рисунок 2. Динамика исходов желанной беременности за 2016-2020 гг. (в %)

КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРКТИЧЕСКИХ ТЕРРИТОРИЙ

Хоменко В.А., Молокова Э.Ю.

Северный государственный медицинский университет. Кафедра гигиены и медицинской экологии. Студентки 3 курса лечебного факультета.

E-mail: leraho29@mail.ru, elly.mol@mail.ru

Научный руководитель: д.м.н., профессор, заслуженный работник высшей школы РФ

Гудков А.Б.

Аннотация: Цель – провести обзор литературных сведений, посвященный климато-географическим особенностям Арктической зоны. Методы: Проанализированы статьи по вопросам климато-географических характеристик Арктических территорий по базам данных РИНЦ, КиберЛенинка и Scopus. Результаты: наиболее значимыми факторами Арктических территорий для человека являются низкие годовые температуры воздуха, незначительные осадки, длительная полярная ночь и сплошное распространение многолетней мерзлоты. Выводы: для человека Арктические территории являются дискомфортными районами с элементами экстремальности для проживания и трудовой деятельности.

Ключевые слова: Арктические территории, климатические факторы

Цель работы – провести обзор литературных сведений, посвященный климато-географическим особенностям Арктической зоны. Климатические факторы северных территорий, по мнению В. И. Турчинского,

целесообразно подразделять на специфические и неспецифические. К неспецифическим факторам, т. е. встречающимся и в других регионах Земли, относятся холод, низкая абсолютная и высокая относительная влажность, особый аэродинамический режим. Специфические факторы – это изменения фотопериодизма, особенности электромагнитной природы и колебания атмосферного давления, причем их отрицательное воздействие невозможно блокировать социальными и прочими мерами защиты [1].

Одна из ведущих ролей в формировании климата принадлежит солнечной активности [2], интенсивность которой зависит от высоты стояния солнца над горизонтом, массы атмосферы и наличия облаков, через которые проходит солнечная радиация. В Арктике в период незаходящего Солнца значителен приход суммарной солнечной радиации. Интенсивность прямой солнечной радиации из-за большой прозрачности атмосферы на 20% больше, чем в умеренных широтах. Однако значительная облачность (8-9 баллов) и покрытые снегом ледяные поля приводят к многократному отражению солнечных лучей и увеличению рассеянной радиации, составляющей до 70% от суммарной радиации. Суммарная солнечная радиация в июле достигает 700 МДж/м². [3].

Резкая фотопериодичность: длинный световой день в летний период и короткий – в зимний, является визитной карточкой Арктики. Например, полярная ночь на архипелаге Земля Франца-Иосифа длится 125 суток, полярный день – 140 суток [4]. Известно, что Арктика относится к зоне повышенного ультрафиолетового дефицита, поскольку с изменением высоты стояния солнца над горизонтом меняется и спектральный состав прямой солнечной радиации, достигающей земной поверхности. Особенно это касается ультрафиолетовой части солнечного спектра. В связи с этим было предложено понятие «биологической тьмы» [5], т. е. периода отсутствия ультрафиолетового облучения, оказывающего на человека активное биологическое влияние –эритемное, витаминообразующее и бактерицидное. По мнению автора, высота солнцестояния над горизонтом в 20° является предельной для использования ультрафиолетовой части солнечного спектра в терапевтических целях. Однако даже в летний сезон в Арктике условия для усвоения естественной УФ-радиации минимальны по причине не только низкой высоты стояния солнца, но и больших потерь ультрафиолета в туманные и облачные дни, число которых достигает 75–90%, поэтому преобладающее состояние неба даже летом пасмурное. Туманы здесь сравнительно редки зимой и часты летом, что объясняется появлением больших пространств открытой воды [6].

Климат Арктики характеризуется преобладанием арктического воздуха в течение всего года. Подстилающая поверхность в Арктике представлена в основном многолетними льдами толщиной до 3 м и отдельными нагромождениями льда (торосами) высотой 20-25 м. Циклоническая деятельность развита в основном в атлантическом и тихоокеанском секторах Арктики. В приполюсный район циклоны проникают редко, преимущественно летом. Однако это в основном старые циклоны, которые находятся в стадии заполнения. Они небольших размеров, поэтому влияние этих циклонов в приземном слое ограничивается увеличением турбулентности в слое трения и незначительными осадками. В Центральной Арктике осадки часты, но интенсивность их мала. Годовое количество осадков в Арктике не превышает 300-500 мм. Выпадение осадков часто сопровождается метелями. Мощность температурных изменений достигает 25-30 °С при градиенте 7-9 °С/100 м. Поток влаги из вышележащих слоев является источником снегонакопления. Трансформация водяного пара в приземном слое приводит к образованию ледяных игл, облачности, тумана. Следствием стоковых ветров являются: метель, испарение снега, сухость воздуха [3].

Арктических территории отличаются большой относительной влажностью воздуха (65–95%), что обусловлено низкими температурами, однако абсолютное содержание влаги в холодном воздухе мало. Так, в зимний период года содержание влаги в атмосферном воздухе составляет всего лишь 1–3 г/м³ [7]. Результаты исследований, выполненных Б. В. Устюшиным позволили автору определить физиологически допустимую и оптимальную величину абсолютной влажности вдыхаемого воздуха – 5,7 и 9,6 г/м³ соответственно [8]. Следует заметить, что среднегодовое абсолютное содержание влаги в атмосферном воздухе приполярных областей ниже, чем в воздухе пустыни [9]. Необходимо подчеркнуть, что при вдыхании воздуха с низким содержанием водяных паров для увлажнения слизистой оболочки верхних дыхательных путей требуется большое количество секрета. По этой причине потери воды с выдыхаемым воздухом могут достигать 1500 мл в сутки вместо типичных для средней полосы 500 мл [33]. В связи с этим сухой и морозный воздух может оказать высушивающее действие на слизистую оболочку верхних дыхательных путей, ухудшая, таким образом, условия функционирования мерцательного эпителия и косвенно способствуя появлению «простудных заболеваний». С учетом того, что в районах с холодным климатом низкая абсолютная влажность характерна как для открытого пространства, так и для жилых и производственных помещений, сухость воздуха в высоких широтах является постоянным неблагоприятным фактором среды обитания [6].

Таким образом, по сочетанию климатических характеристик и с учетом действия экологических факторов, их совокупности и степени выраженности, Арктические территории в целом могут быть отнесены к зоне дискомфортных районов с ярко выраженными элементами экстремальности, которые определяются холодовым фактором, низким содержанием влаги в атмосферном воздухе, световой аперииодичностью.

Литература:

1. Турчинский В. И. Классификация основных факторов Крайнего Севера, оказывающих влияние на процесс адаптации и здоровье пришлого человека // Основные аспекты географической патологии на Крайнем Севере. – Норильск, 1976. С. 46–48.

2. Витинский Ю. И., Оль А. И., Созонов В. И. Солнце и атмосфера Земли. – Л.: Наука, 1976. 148 с.
3. В. Н. Сорокина, Д. Ю. Гущина; Климатология. География климатов: учебное пособие / Московский гос. ун-т им. М. В. Ломоносова. – Москва: Географический факультет МГУ, 2006. 103 с.
4. Поморская энциклопедия / под ред. Н. П. Лаверова. – Архангельск, 2007. Т. 2. С. 603.
5. Кричагин В. И. Нормирование УФ-лучей, применяемых в профилактических целях. – М., 1958. С. 208–213.
6. Гудков А.Б., Попова О.Н., Небученных А.А., Богданов М.Ю. Эколого-физиологическая характеристика климатических факторов Арктики. Обзор литературы. Морская медицина. 2017. Т.3, №1. С. 7-13.
7. Величковский Б. Т. Причины и механизмы снижения коэффициента использования кислорода в легких человека на Крайнем Севере // Биосфера. – 2010. С. 213–217.
8. Устюшин Б. В. Физиолого-гигиенические аспекты труда человека на открытых территориях Крайнего Севера: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1991. 38 с.
9. Диденко И. И., Борисенкова Р. В., Устюшин Б. В. К вопросу о взаимосвязи функциональных изменений и состояния здоровья с факторами климата Крайнего Севера (обзор) // Гигиена и санитария. 1990. № 7. С. 4–9.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Щербакова А.В., Юдина А.А.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет».

Кафедра гигиены и медицинской экологии. Студенты 6 курса 2 группы

медико-профилактического факультета.

E-mail: alex_andra2019@mail.ru

Научный руководитель: д.м.н., проф., засл. работник высшей школы РФ Гудков А.Б.

Аннотация: Проведен анализ влияния производственных физических факторов на профессиональную заболеваемость на территории Архангельской области за 2010 – 2020 годы. Установлено, что отмечается статистически значимая убыль профессиональной заболеваемости от воздействия физических факторов за последние 10 лет на 17,6%.

Ключевые слова: Архангельская область, профессиональная заболеваемость, физические факторы.

Введение. Профессиональные заболевания у работников являются как показателями вредных и опасных условий труда, так и важным экономическим фактором. В настоящее время экономические затраты на компенсацию профессиональных заболеваний составляют 4-5% от общего валового национального дохода [1]. Постоянно изменяющиеся условия производственной среды, несоблюдение условий охраны труда, а также нарушение санитарно-эпидемиологических требований на рабочих местах влекут за собой развитие профессиональных заболеваний [1-3].

Архангельская область частично относится к Арктической зоне Российской Федерации (АЗ РФ) и отличается неблагоприятными климатическими условиями для проживания и работы [4,5]. Основными этиологическими причинами возникновения профессиональных заболеваний продолжают оставаться воздействие на работников повышенных уровней вредных физических факторов и тяжелого физического труда.

Цель. Провести анализ профессиональной заболеваемости на территории Архангельской области за 2010 – 2020 годы.

Материалы и методы. Изучены публикации о влиянии производственных физических факторов на профессиональную заболеваемость, размещенные в базах данных РИНЦ, а также данные ежегодных государственных докладов Управления Роспотребнадзора по Архангельской области с 2010 по 2020 годы.

Основными физическими факторами на производстве, обуславливающими появление профессиональной патологии служат конструктивные недостатки машин, механизмов, оборудования, инструментов, а также несовершенство технологического процесса, несовершенство рабочих мест и средств индивидуальной защиты.

Показатели физических факторов, таких как шум, вибрация, низкий уровень температур регламентированы СанПиН 1.2.3685-21 “Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания” и должны реализовываться работодателями при организации труда работников [6].

В целях улучшения условий труда и предупреждения развития профессиональных заболеваний в Архангельской области издано распоряжение Правительства от 13.09.2011 №516-рп «О состоянии охраны труда в Архангельской области», а также реализуется государственная программа «Содействие занятости населения Архангельской области, улучшение условий и охраны труда (2014-2020 годы)» [цит. по 7].

Результаты. Структура профессиональных заболеваний в зависимости от воздействия производственных физических факторов в Архангельской области за 2010-2010 годы изучена по данным государственных докладов [8-11].

При анализе представленных результатов привлекает внимание тот факт, что за период с 2010 по 2020 год уровень профессиональной заболеваемости в Архангельской области снизился на 17,6 % (Таблица 1), что свидетельствует об эффективности реализуемой региональной программы, одной из задач которой является улучшение условий охраны труда и снижение развития профессиональной патологии.

Выводы. Таким образом, за последние 10 лет отмечается статистически значимое снижение профессиональной заболеваемости от воздействия физических факторов на 17,6%.

Для дальнейшего снижения профессиональной заболеваемости работодателям необходимо: (1) обеспечить безопасные условия труда, руководствуясь требованиями СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания»; (2) усовершенствовать технологический процесс на производстве; (3) своевременно организовывать профилактические осмотры согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 28 января 2021 г. N 29н [12] для исключения развития профессиональных заболеваний.

Мероприятия, направленные на оптимизацию условий труда, разработка региональных законодательных документов, деятельность надзорных органов способствовали существенному снижению профессиональной заболеваемости в Архангельской области.

Таблица 1

Структура профессиональных заболеваний в зависимости от воздействия производственных физических факторов в Архангельской области за 2010-2010 годы (%)

Нозологические формы	Годы										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Заболевания, связанные с воздействием физических факторов	72,1	72,8	70,3	58,4	41,2	71,0	68,0	55,0	47,6	60,0	54,5

Литература:

1. Скрипаль Б.А., Чашин В.П., Гудков А.Б., Никанов А.Н., Дядик Н.В. Профессиональный риск в горнохимической промышленности в Арктике: монография / под общ. ред. В.П. Чашина.–Апатиты: ФИЦ КНЦ РАН, 2020. 129 с.
2. Бузинов Р.В., Зайцева Т.Н., Лазарева Н.К., Гудков А.Б. Социально –гигиенический мониторинг в Архангельской области: достижения и перспективы: Монография / Под общ. ред. А.Б. Гудкова. – Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2005. 260 с.
3. Карпин В.А., Гудков А.Б., Катюхин В.Н., Зуевская Т.В., Игнатов М.К., Мусатова Н.В. Мониторинг заболеваемости коренного населения Ханты-Мансийского автономного округа // Экология человека. 2003. №3. С.3-5.
4. Алексеевская Е.В. Влияние погодных факторов высоких широт на развитие сосудистых катастроф // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2020. №2 (45).С. 6-7.
5. Мироновская А.В., Бузинов Р.В., Гудков А.Б. Прогнозная оценка неотложной сердечно-сосудистой патологии у населения северной урбанизированной территории // Здравоохранение Российской Федерации. 2011. №5. С.66-67.
6. Санитарные правила СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению и (или) безвредности для человека факторов среды обитания»: постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 г. С. 306-313.
7. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2015 году» – Архангельск, 2016. С. 69-73.
8. Региональный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке и защите прав потребителей в Архангельской области в 2010 году». – Архангельск, 2011. С.122.
9. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2016 году»– Архангельск, 2017. С. 72-76.
10. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2018 году»– Архангельск, 2019. С. 69-73.
11. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2020 году» – Архангельск, 2021. С. 69-73.
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 января 2021 г. N 29н «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры» (Зарегистрировано в Минюсте России 29.01.2021 N 62277)

EXPERIENCE OF COVID-19 PATIENTS DURING HOSPITALIZATION: A QUALITATIVE STUDY

Akinlagun Taiwo Adebisi

Northern State Medical University.

Department of Public Health, Health Care and Social Work

2nd-year master's student in the field of "Public health"

(Arkhangelsk International School of Public Health)

E-mail: Akinlaguntaiwo@gmail.com

Scientific Supervisor: Kharkova Olga Aleksandrovna, Candidate of Psychological Sciences, PhD,

Associate Professor of the Department of Psychology and Pedagogy, NSMU

Annotation: Epidemic outbreak of the COVID-19 has become widespread in Russia and also across the globe, this research characterizes patient experiences during hospitalization.

Keywords: COVID-19; Pandemic; Patients; experience; hospitalization; qualitative research

Introduction: In December 2019, an unknown pneumonia disease with clinical symptoms very similar to viral pneumonia was found in Wuhan, China and the World Health Organization named the virus COVID-19 [1]. In the last two decades, this is the third type of coronavirus that has surfaced and has caused a global outbreak, transmission of complications and mortality.

In Russia on January 31 2020 the virus was first confirmed, when two citizens from China in Chita and Siberia both tested positive for the virus, with both cases being contained. Prompt actions such as prevention measures were taken and it includes restricting the border with China and testing.

Epidemic outbreak of the disease has become widespread in Russia, causing changes in people's living conditions, confusion and distress. According to the statistics published by the Ministry of Health of Russia, a total of 8,352,601 cases of infection with coronavirus COVID-19 by 27 October 2021 and 233,898 of them have passed away [2].

Understanding of experiences of COVID-19 patients can help identify the problems and challenges of people suffering from the latter and can effectively manage this disease. In addition, the results of this research can be helpful for recovery programmes and also social prevention plans, which could help contribute to the timely and effective return of affected people to the ways of life before the pandemic.

Aims: This study aims to describe the experience of COVID-19 patients during hospitalization.

Research Questions: What is the experience of a patient with COVID-19 During hospitalization?

Material and method of study: Four people were selected. The age of the people participating in the study ranged from 20 to 50 years. All interviews were conducted online through zoom video conferencing which was suitable for them. Interviews were undertaken in October 2021.

Description of the data collection method: The qualitative study was carried out using one semi-structured interview.

Description of the analysis methods: The analysis was carried out using qualitative inductive content analysis.

Research result: The study used qualitative content analysis and used the program Open Code 4.02 for encoding and categorizing units text (Table 1).

Table 1

Codes and categories, answering the research question "What is the experience of a patient with COVID-19 during hospitalization?"

Category	Code
Attitude towards the disease.	"Denial of the disease" "Fear of the disease" "Fear of death and seeing other people die"
Negative feelings and emotions during hospitalization.	"I felt helpless" "I was lonely" "Hopelessness"
Concerns and worries	"scared of losing a job" "worried to have infected my family member and others" "Health concerns"
Post-discharge problems and concerns.	"fear of re-infection" "fear of complications"

The categories were taken from the interviews to meet the main goal of this study, which is to bring to light and interpret the experience of a patient with COVID-19 During hospitalization. Findings were summarized

into four categories: (1) Attitude towards the disease, (2) Negative feelings and emotions during hospitalization, (3) Concerns and worries and (4) Post-discharge problems and concerns.

Let's describe the categories in detail:

Attitude towards the disease: The first category of experience of participants with the disease was when their symptoms first started and with the ongoing pandemic, they were different stories and news that resulted in which some participants expressed denial of the disease, fear of death, fear of the disease when clinical symptoms and signs of COVID-19 started.

Death anxiety is complicated and it consists of the fear of one's death and other people's death [4]. "P1: I was scared because I knew a close family member that died from the disease." "P2: I first noticed my symptoms when I had cough and fever, and thought it was just the regular flu because coronavirus was not sporadic and not well known yet, but 3 days later I had a severe fever, body pain, cough and was weak so I had to go to the hospital and at the hospital, I tested positive and was immediately admitted."

Negative feelings and emotions during hospitalization: The second category of experience includes the negative feeling and emotions during hospitalization with COVID-19. Aside from being treated for COVID-19 symptoms three of the participant said they felt helpless, hopeless and lonely because they were confined in a room and was mostly on bed rest and couldn't communicate with the outside. "P2: I was asleep for two-thirds of my stay, but when I woke up I felt helpless, extremely weak and tired".

Concerns and worries: The third category extracted from the participant were concerns and worries that occupied the participant minds during hospitalization. One of the participants was worried about losing her job "P2: I was scared of losing my job after recovery because I had to stay in hospital for 7 days" Another participant expressed concern regarding the health of their family members and friends due to a history of close contact with them and blamed themselves. "P3: I was worried to have infected my family and friends because they were quarantined for some days during my hospital days."

Since covid-19 is a continuing threat to the personal, physical wellbeing of people. One participant expressed concerns about health "P4: I was scared about my health and recovery thinking "I'll never get back to how I was"

Post-discharge problems and concerns: The last category was the post-discharge problem and concerns of the participants after their discharge from the hospital. Participants expressed fear of re-infection because of all stories and news they heard "P1: Because despite being vaccinated you can also get infected". P2: Because it keeps getting worse every day with new mutations of the virus and feels like it never going to end". Some participants had complained of health problems after recovery. "

Conclusion

This research described the experience of COVID-19 patients during hospitalization, which was summarized into four categories as the participant's attitude towards the disease, their negative feelings and emotions during hospitalization, concerns and worries and also Post-discharge problems. In general, being hospitalized with COVID-19 and having all movement restricted had a great deal of impact on patients' experiences which were mostly influenced by stress, physical and mental well-being.

References

- 1.Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q. Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. *Int J Antimicrob Agents*. 2020;55(6):105948.
- 2.Ministry of Health and Medical Education of Russia, стопкоронавирус.рф
- 3.Харькова О.А., Холматова К.К., Кузнецов В.Н., Гржибовский А.М. Качественное исследование с применением контент-анализа и программы OpenCode. *Психическое здоровье*. 2018; (11): 3-10
- 4.Draper EJ, Hillen MA, Moors M, Ket JC, van Laarhoven HW, Henselmans I. Relationship between physicians' death anxiety and medical communication and decision-making: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2019; 102 (2): 266-274.

WHY FOREIGN STUDENTS STUDYING IN MEDICAL UNIVERSITY START DRINKING ALCOHOL: A QUALITATIVE STUDY

Akinlagun Kehinde Adeniyi

1 – Northern State Medical University.

Department of Public Health, Health Care and Social Work,

2nd-year master's student in the field of "Public health"

(Arkhangelsk International School of Public Health)

E-mail: adeniyi.akinlagun@gmail.com

Scientific adviser: Candidate of Psychological Sciences, PhD Kharkova Olga Aleksandrovna

Annotation: Constant alcohol consumption can lead to a host of preventable outcomes like death, injury and illness around the world. In a recent study conducted in India, it was concluded that alcohol abuse will have a great impact on population at risk, and is also recommended that government input that can help mitigate the problem should be implemented.

Keywords: alcohol consumption, Indian students, qualitative study

Introduction: University students report exciting and empowering experiences throughout their university lives, but these are also associated with stressful periods because of a lot of academic workloads, pressure to excel, and competition among other students [1]. Some students turn to alcohol and other substances in order to cope with these situations [2]. Academic performances of medical students can be greatly impacted if stress and depression faced by students are not properly addressed [3].

Aim: This study aims to determine the reasons why foreign students (Indians) start drinking alcohol after admission into medical university.

Research question: Why foreign (Indian) students start drinking alcohol in Russia?

Material and method of study: Four Indian students from year two to year five were selected. Students in this study are defined as young adults, aged 18–24 years. All interviews were conducted at a time, date, and location suitable for the student. Interviews were done in October 2021. The collection of data was carried out in the hostel, the conversation was taken down on a note

Description of the data collection method: data collection was carried out in a one-time semi-structured interview.

Description of method of analysis: The analysis was carried out using qualitative inductive content analysis.

Research result: The study used qualitative content analysis and used the program OpenCode 4.02 for encoding and categorizing units text (Table 1).

Table 1

Codes and categories answering research question “Why foreign students start consume alcohol after admission to the medical university?”

Category	Code
Increased Freedom	Freedom; Parental supervision; Home; Guardian supervision;
Peer Pressure	Outing with friends; Coolness; Party;
Personal Choice	Mood enhancement; Happiness; Birthday;
Coping Motives	Relaxation; Celebratory mood; Stress relieve; Tension;

Four drinking motives among Indian students studying in the Medical University were outlined based on answers obtained through the interview.

The first category students stated as seen in all groups that less parental or guardian supervision made it easy to consume alcohol because the fear of being caught was not present as illustrated by responses got from “P1: Freedom to do whatever we like, No parent or guardian to monitor our movements” and “P4: Because we are not allowed to drink at home. My parents and brothers don’t drink and are against it”. Their motivation to start drinking was when they became free and not under the supervision of their parents or guardians.

In the second category, the reason was peer pressure. Students consumed alcohol when they went to have fun with friends “P4: I took alcohol in my first couple of months in Russia in the club at m33 during the Orientation party for new students with my friends” and “P1: I consumed alcohol in my first year in Russia and did so when I went out with my friends”.

Also, students consume alcohol for coping reasons due to the challenging environment medical education presents. Some students find ways of relieving this tension by turning to alcohol, as stated by the “P4: I always feel stress-free. I forget all my worries” and it also helps some forget about their tense day, which was stated by “P3: It makes me think less about my stressful day or week at the university”

Finally, some students gave no specific reason for consuming alcohol. Alcohol consumption was done for personal reasons as stated by “P2: My first time was around my 2nd or 3rd year. No specific reason, just felt like” and another was in a celebratory mood and decided to take some alcohol to celebrate without any pressure from anybody “P3: This year was my first time. I took some wine on my birthday”

Conclusion

Alcohol consumption among foreign medical students is most common during their medical undergraduate years. They impact students' life and how they try to cope with the pressure of medical education and life in general. As indicated previously, the most common reasons for alcohol consumption are coping motives and also peer pressure. Other reasons were also given, like personal choice and increased freedom.

Public health prevention programs should be implemented among foreign medical students to reduce excessive drinking and harmful behaviours.

References

1. Tosevski DL, Milovancevic MP, Gajic SD. Personality and psychopathology of university students. *Curr Opin Psychiatry* 2010;23:48. 10.1097/YCO.0b013e328333d625
2. Zvauya, R.; Oyeboode, F.; Day, E.J.; Thomas, C.P.; Jones, L.A. A comparison of stress levels, coping styles and psychological morbidity between graduate-entry and traditional undergraduate medical students during the first 2 years at a UK medical school. *BMC Res. Notes* 2017, 10, 93
3. Yoo, H.H.; Cha, S.W.; Lee, S.Y. Patterns of Alcohol Consumption and Drinking Motives among Korean Medical Students. *Med. Sci. Monit.* 2020, 26, e921613

PANDEMICS: CAUSES AND OUTCOMES

Erykalova S.P., Alenina M.V.

sixth-year students of the Faculty of General Medicine, Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia, e-mail: esp1234@list.ru

Supervisor: Khokhlova L. A., Dr. of Ps.Sc., Ass.prof., Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia, e-mail: lkhokhlova@rambler.ru

Abstract: The manuscript reviews causes of global pandemics (plague, Spanish flu, cholera and new coronavirus infection), their outcomes and role in the history.

Keywords: pandemics, causes, outcomes, plague, Spanish flu, cholera, Covid 19

Introduction

Despite the fact that man is considered to be the “crown” of evolution, he is very vulnerable and sometimes is unable to resist even the most primitive forms of life including viruses and bacteria, which can cause infectious diseases and mass population mortality. Pandemic is a progressive spread of an infectious disease among people, covering several countries or continents. The global pandemics that have claimed millions of lives are considered to be plague, Spanish flu and cholera. New coronavirus infection (COVID-19) is likely to be in this list too.

Study objective was to review scientific literature available on pandemics and determine their most common causes and outcomes.

Materials and methods: literature relevant to pandemics

Results and discussion

There were three major plague pandemics in the history: Justinian's plague in 540-570 (25-100 million people died), the second plague pandemic that ripped in the XIV-XIX centuries (killed 75-200 million people), the third plague pandemic was in 1855-1910 (it was only in China and India that 12 million people died) [1]. Hunger and lack of hygiene contributed to the outbreak of pandemics. The Justinian plague began in Egypt, the second and third plague pandemics began in China. Plague spread along trade routes. All three pandemics have left the economies of states in decline. As a result of the first pandemic the Roman Empire lost $\frac{3}{4}$ of its territory and its leading position in the world. The second pandemic put an end to the feudal system, led to the mechanization of labor and emergence of the first anti-epidemic measures. In 1348 the concept of “quarantine” was first introduced. Plague doctors were allowed to perform autopsies and there was a development spurt of human anatomy. In 1894, bacteriologist A. Yersen isolated the plague bacillus, and subsequently created an anti-plague serum. In 1897 V.Khavkin created a vaccine against plague and in 1943 Z.Waxman discovered streptomycin. All these plague pandemics stopped on their own. Plague outbreaks are still occurring today. From 2011 to 2020, 6347 (892 were fatal) cases of plague were registered on the territory of 11 states. Most cases were in the Republic of Madagascar due to insufficient preventive measures in the presence of natural infectious foci there [5]. However, outbreaks don't reach the scale of a pandemic due to timely anti-epidemic measures and the availability of effective etiotropic treatment [1,2,5].

The Spanish flu pandemic (1918-1919) caused by the influenza A (H1N1) virus began in the United States and killed 50 million people [1]. The pandemic began among military personnel at the front during the First World War. The lightning-fast spread of the pandemic was facilitated by a large overcrowding of people, lack

of hygiene, airborne transmission of infection, the impossibility of isolating patients, a lack of medical personnel and adequate medical care as well as the lack of the desire to eliminate the infection. All attention was focused on the military action. During the pandemic, there was an increase in inflation. Factories were closed. Social security began to develop, the cost of labor increased due to a decrease in the working-age population (the infection mainly affected citizens aged 20-40). The first self-service store chain appeared. Regimen-restrictive, disinfective and sanitary-hygienic measures as well as individual protection equipment took the first place among the methods of combating influenza. The pandemic stopped when the population immunity to the "Spanish flu" developed. Influenza A (H1N1) virus re-pandemic claimed 100,000 to 400,000 deaths in 2009 [7]. Every year the world is faced with seasonal flu. Its constant circulation in the biosphere and extreme mutability makes the vaccine less effective. Vaccination doesn't always help to avoid infection, but it significantly facilitates the course of the disease. In case of antigenic shift and the formation of a mosaic virus that is not recognized by the human immune system, there are national guidelines for pandemic preparedness [1,7].

From 1817 to 1975 there were seven cholera pandemics, all of which began in India due to poor sanitary and hygienic conditions, primitive prevention methods, poor water supply, and lack of adequate medical care. Until 1860 alone, cholera claimed the lives of about 40 million people [1]. But it was cholera outbreaks that contributed to the development of sewerage and water supply systems technologies. In 1883 R. Koch isolated the pathogen, in 1892 V. Khavkin invented a vaccine. Cholera was eradicated with antibiotics and a vaccine. In 2010-2019 4 359 209 cases of cholera were registered in the world, predominant localization being in Asian countries [4]. The intensification of the epidemic process was facilitated by natural and social emergencies, insufficient sanitary and hygienic measures. There are three oral cholera vaccines in the world. Pandemics prevention requires strengthening hygiene skills, community mobilization, water and sanitation interventions [1,3,4].

The COVID-19 pandemic began at the end of 2019 in the Chinese city of Wuhan and spread rapidly due to the high population density in China and the developed transport network.

As of November 2021, 5 million people died from COVID-19 in the world [6]. Recession, an increase in unemployment and poverty are among the consequences of the pandemic.

During the pandemic, digitalization rates increased in all spheres of society especially in social ones including distance learning, telemedicine, etc. Vaccines against COVID-19 were invented. As a result of quarantine the release of carbon dioxide into the atmosphere in spring of 2021 was 200 million tons less as compared to pandemic free periods.

Conclusion

Thus, pandemics often occur during periods of social and economic distress (hunger, wars) and under conditions of inadequate hygiene. Infections originate in densely populated cities and spread throughout highways. Pandemics stop on their own when population immunity (natural or artificial) is developed or an effective etiotropic treatment is found. Pandemics negatively affect the world demographic situation leading to recession, higher unemployment and poverty. At the same time, there is a marked breakthrough in medicine. People's thinking and their attitude to life are changing. The causative agents of the above-described diseases are still circulating in nature, and there is a risk of developing pandemics. There is also a number of preventive measures to minimize it.

References:

1. Geniberg T.V. Pandemics and their impact on national economic systems // Bulletin of the Pacific State University. 2020. -№ 4 (59). -P. 63-72.
2. Kaganov B.S., Sergiev V.P. Black death. I. Plague in medieval Europe. Infectious diseases. -2017. -T. 15. -No. 2. -P. 81-94.
3. Legostaeva I.V. The character and stages of the cholera epidemic spread in the 19th century. // Questions of history. -2021. -No. 8-1. -P. 279-287.
4. Moskvitina E.A., Kyrilenko M.L., Yanovich E.G. Cholera: Monitoring of the epidemiological situation in the world and Russia (2010-2019). Forecast for 2020. // Problems of highly dangerous infections. -2020. -№2. - P. 38-47.
5. Forecast of epizootic activity of natural plague foci in the Russian Federation for 2021. Russian Research Anti-Plague Institute «Microbe» URL: <http://microbe.ru/files/Plague2021.pdf>
6. Weekly epidemiological update on COVID-19 – 2 November 2021. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---2-november-2021>
7. WHO/Europe | Pandemic influenza. URL: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/communicable-diseases/influenza/pandemic-influenza>

150 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ОСНОВОПОЛОЖНИКА ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ, ПРОФЕССОРА ВЛАДИМИРА АНДРЕЕВИЧА ОППЕЛЯ

Ананьина М.О.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет».

Отдел истории медицины. Студент 1 курса лечебного факультета.

E-mail: mariaananina42@gmail.com

Научные руководители: д.м.н., проф., Быков В.П.; Андреева А.В.

Аннотация: В статье рассказывается о жизни и профессиональной деятельности российского хирурга В. А. Опделя, представлены его научные труды.

Ключевые слова: Оппель, история медицины, хирург.

В 2022 г. исполняется 150 лет со дня рождения основоположника военно-полевой хирургии Владимира Андреевича Опделя. Наше желание изучать хирургию пробудило интерес к жизни и деятельности Владимира Андреевича. Жизнь великого хирурга – достойный пример для молодого ученого, а профессиональная деятельность – источник теоретических знаний и опыта открытий. В музейном комплексе Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова мы узнали много интересных подробностей о жизни и деятельности Владимира Андреевича.

Владимир Андреевич Оппель родился в 1872 г. в Санкт-Петербурге в дворянской семье. После окончания с серебряной медалью гимназии в 1891 г. он поступил в Военно-медицинскую академию и закончил её с поощрительной именной денежной премией Пальцева в 1896 г. Владимир Андреевич был оставлен в академии при госпитальной хирургической клинике заниматься научной работой [1]. Он для себя решил: «быть хирургом – ученым, а не хирургом – ремесленником» [2]. Возможно, интерес к науке и медицине передался ему от его прадеда – Христофора Фёдоровича Опделя, известного в России доктора медицины.

В 1899 г. Владимир Андреевич успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Лимфангиомы», в которой представил чёткую классификацию лимфангиом, изложил оригинальную концепцию их патогенеза и предложил методы их лечения. После защиты диссертации он поехал в двухгодичную научную командировку в Европу изучать последние достижения медицинской науки и практики [3].

После возвращения в Россию в 1902 г. Владимир Андреевич продолжил работу в госпитальной хирургической клинике Военно-медицинской академии. В его жизни можно выделить два периода: жизнь в мирное время и жизнь в военное время.

В мирное время Владимир Андреевич искал новые пути для развития хирургии в тесном сотрудничестве с физиологией, биохимией и эндокринологией. Его труды по сосудистой хирургии и хирургической эндокринологии были признаны новаторскими и по достоинству оценены. Одной из известных его работ была монография «Коллатеральное кровообращение» (1911 г.), за которую он удостоился избрания почётным членом Королевского медико-хирургического общества Англии в 1913 г. В этой работе он раскрыл деятельность вен и коллатеральных артерий при таких сосудистых заболеваниях, как облитерирующий эндартериит и артериальный тромбоз, которые могут приводить к развитию ишемической гангрены [3].

Во время Первой мировой и Гражданской войн вся профессиональная деятельность Владимира Андреевича была связана с военно-полевой хирургией.

Он побывал на всех фронтах в качестве консультанта, фронтового хирурга, начальника санитарной части. На войне преобладала система эвакуации. На первых этапах эвакуации первичная хирургическая обработка ран отсутствовала, была только перевязка. Это приводило к пагубным последствиям, у раненых возникало большое количество инфекционных осложнений. По выражению Владимира Андреевича, «хирургия плелась в хвосте инфекции, а не обгоняла её». Причина такой низкой хирургической активности, по мнению Владимира Андреевича, была в авторитете Н.И. Пирогова. Учение об эвакуации было разработано Н.И. Пироговым в 19 веке. Он сдержанно относился к хирургическим операциям на передовых этапах эвакуации. В доантисептический период развития хирургии эти положения были основаны на отрицательных результатах оперативного лечения, полученных Н.И. Пироговым при оказании помощи раненым на Кавказе, в Крыму, на Балканах. Однако к началу Первой мировой войны в самой хирургии произошли революционные изменения. Были открыты антисептики, была понята причина развития гнойных осложнений, была возможность их предупреждения хирургическим путем [2].

В 1916 г. Владимир Андреевич высказал идею совместить эвакуацию раненых с активным хирургическим лечением и назвал эту систему «этапным лечением раненых». Для её успешного функционирования он предложил провести специализацию госпиталей и создать хирургический резерв. Только в 1929 г.

система этапного лечения раненых была положена в основу военно-медицинской доктрины Российского государства.

Если посмотреть дальнейшую судьбу системы этапного лечения, то мы увидим, что во время Второй мировой войны (1941-1945) система этапного лечения получила дальнейшее развитие на основе эвакуации по назначению. В современную эпоху – эпоху локальных войн и вооруженных конфликтов – декларируется сокращение многоэтапности хирургической помощи благодаря приближению к раненым специализированной хирургической помощи.

Основной работой Владимира Андреевича по военной хирургии была книга «Очерки хирургии войны», в которой он, обобщив весь свой опыт, полученный на войне, раскрыл вопросы военно-полевой хирургии, как лечебного, так и организационного характера.

Благодаря Владимиру Андреевичу в августе 1931 года была открыта первая в стране кафедра военно-полевой хирургии ВМА им. С.М. Кирова, которой он руководил до конца жизни.

В 1932 г Владимир Андреевич скончался в возрасте 59 лет.

Из воспоминаний коллег Владимира Андреевича следует, что это был аккуратный, точный по времени человек. Благодаря своему темпераменту, своему ораторскому искусству, полету своей творческой мысли у него не было равнодушных слушателей. Отмечают необыкновенную гуманность Опделя. Его изречение «Человек человеку человек» лучше всего характеризует его отношение к больным [2].

Таким образом, Владимир Андреевич Опдель внёс значительный вклад в развитие медицины и медицинского образования. Его система этапного лечения раненых легла в основу военно-полевой хирургии Российского государства и спасла жизни миллионам раненых во время Второй мировой войны. Его работы по сосудистой хирургии и хирургической эндокринологии открыли новые пути для развития хирургии. Именем Владимира Андреевича Опделя названо большое количество методов и способов оперативного вмешательства, проба, симптом, синдром. Деятельность выдающегося хирурга продолжилась талантливыми учениками его хирургической школы.

Список литературы

1. Чернов А. А., Джумабоев Ш. Д., Остроушко А. П., Андреев А.А. Владимир Андреевич Опдель (145 лет со дня рождения)// Молодежный инвестиционный вестник. – 2017. – Том. 6. – №2. – С.313-314.
2. Буравцов В.И. Владимир Андреевич Опдель. – СПб.: Издат. дом СПбМАПО, 2005. – С. 20, 82,39.
3. Галустьян В.Г. Влияние Владимира Андреевича Опделя на развитие хирургии в СССР// Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2018. – Том. 3. – №3(22). – С.83, 84.
4. Бессмертные имена нашей академии//Vivat Academia.-СПб.: Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, 2007.-№105.-с.4-5
5. Очерки истории российской военно-полевой хирургии в портретах выдающихся хирургов/Под ред. проф. Е.К. Гуманенко.-СПб: ИД «Фолиант», 2006

140 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АКАДЕМИКА В.Ф. ЗЕЛЕНИНА

Анфилова А.А., Скрасанова Н.А.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) МЗ РФ.
Студент 3 курса факультета клинической психологии и социальной работы

Научные руководители: Андреева А.В.; Самбуров Г.О.

Аннотация: в статье представлен жизненный путь известного терапевта академика В.Ф. Зеленина и его вклад в развитие электрокардиологии.

Ключевые слова: Зеленин, кардиология, экспериментальная терапия, усовершенствование медицины, исследование сердца.

Актуальность и отношение к выбранной теме: В современном мире число заболеваний сердечно-сосудистой и нервной системы растет, а сидячий образ жизни и внутреннее напряжение способствуют этому. Мы считаем, что для разработки новых лекарств необходимо изучить историю создания первых. По нашему мнению, В.Ф. Зеленин – отличный терапевт, которого можно считать примером для будущих специалистов. Данная статья несет в себе ознакомительный характер, призывающая молодых врачей заниматься наукой и улучшать российскую медицину.

Активное развитие российской медицины пришлось на XIX-XX вв. В данный период многие ученые совершали важные научные открытия, что способствовало улучшению диагностики и лечения заболеваний.

Советский терапевт-клиницист, доктор медицинских наук, действительный член Академии медицинских наук СССР, заслуженный деятель науки РСФСР Владимир Филиппович Зеленин (1881 – 1968) (рис.1) известен в истории медицины как создатель капель, названных его именем [4].



В.Ф. Зеленин

Владимир Филиппович родился с. Красное Орловской губернии. Он был 13-м ребенком в многодетной купеческой семье. В 14 лет ему пришлось заниматься репетиторством, чтобы заработать на жизнь, т.к. отец потерял состояние. В своих анкетных документах («жизнеописаниях») В.Ф. Зеленин отмечал участие в студенческие годы в революционных событиях: был исключен из Военно-медицинской академии «в 1902 г. после ареста и тюремного заключения, из-за подготовки демонстрации у Казанского собора 8 февраля». После окончания в 1907 г. с отличием медицинского Московского университета пошел служить младшим врачом 1-й Гренадерской артиллерийской бригады (вышел в отставку в 1913 г.), работая над диссертацией в университетском Фармакологическом институте [2].

Глубокие знания и большое желание совершенствовать русскую науку сподвигли Владимира Филипповича написать диссертацию «Изменение электрокардиограммы под влиянием фармакологических средств группы дигиталина». После её успешной защиты в 1911 г. он был командирован в Германию «для усовершенствования по внутренней медицине», где в больнице

А. Гофмана (Дюссельдорф) изучал работу аппарата «Bock-Thoma», способного регистрировать показания сразу электро-, фонокардиограммы и пульса сонной артерии для количественной оценки структуры сердечного цикла. В 1915 г. В.Ф. Зеленин опубликовал монографию «Болезни сердца, характеризующиеся расстройством ритма», обобщив проделанную работу и подчеркнув главное в изучении электрокардиограмм [2, 4].

Преподавательскую деятельность В.Ф. Зеленин начал в 1913 г. приват-доцентом на кафедре факультетской терапии мед. факультета Московского университета, где проработал 4 года. В 1918-1919 гг. он организовал и занял место главы Государственной высшей мед. школы, ставшей впоследствии Московским, затем – 3-м медицинским институтом. В 1924 г. основал Клинический институт функциональной диагностики и экспериментальной терапии (позднее переименованный в Медико-биологический институт), ставший одним из лучших учебных заведений страны, а его выпускники рекомендовали себя, как квалифицированные клиницисты [2, 4].

В 1934 г. В. Ф. Зеленину присвоили степень доктора мед. наук. Во время Великой Отечественной войны он был консультантом эвакогоспиталя Омского военного округа, а в сентябре 1943 г. вернулся в Москву из эвакуации. В 1944 г. утверждён действительным членом Академии медицинских наук СССР, тогда же занял должность директора Института терапии АМН СССР [2, 4].

В. Зеленин был первым русским клиницистом, применившим метод электрокардиографии для исследования сердца и начавшим введение кино в мед. образовании. Поддерживался трёхступенчатый подход к обучению: пропедевтика, факультетская и госпитальная клиники. [2, 4].

В 1947 г. издал 1-е учебное пособие по терапии – «Учебник частной патологии и терапии внутренних болезней». Последние 15 лет жизни профессор работал над руководством по заболеваниям сердечно-сосудистой системы. В работе «Болезни сердечно-сосудистой системы» указывалось на взаимосвязь развития заболевания и состояния организма в целом, а главной задачей являлась профилактика. Большое внимание уделялось продвижению лечебной физкультуры и спорта. Кроме того, были подведены итоги улучшения отечественной кардиологии в первой половине XX столетия. Также большую известность имела изданная в 1955 г. книга «Как укрепить сердце», переведенная на английский, испанский и хинди, раскрывающая методы профилактики, лечения и реабилитации больных [2, 4, 5].

Как вспоминают современники, одной из блестящих особенностей Зеленина как врача была восхитительная способность успокоить больного, внушить ему веру в свои силы. Он предполагал основными причинами возникновения болей в области сердца – психосоматические аспекты болезней, переживания, неврозы сердца, вегетативные нарушения. Первыми для лечения назначались успокаивающие средства. Для нормализации таких состояний он предлагал различные варианты лекарственных препаратов на основе растительных компонентов (валерианы, мяты перечной, боярышника, горицвета, ландыша майского). Один из рецептов такой травяной микстуры, названный в честь своего создателя, «ушел в народ». Сам ученый никак не выделял его и не претендовал на авторство. Капли Зеленина обладали седативным и спазмолитическим действием, благодаря чему нормализовалось общее состояние организма. Многие годы капли Зеленина ценились пациентами, страдающими сердечными расстройствами, и ценятся до сих пор. Сейчас известно, что капли помогают также при спазмах желудочно-кишечного тракта, почечной и печеночной колике, снижении аппетита и различных гастритах [1, 3, 4].

Так, В.Ф. Зеленин сделал большой вклад в развитие кардиологии, улучшение диагностики и лечения заболеваний сердечной системы.

Литература и ресурсы Интернет:

1. Большой справочник лекарственных средств / Л.Е. Загиншина. – 2011.
2. Академик В.Ф. Зеленин: загадки судьбы ученого и его начинаний / В.И. Бородулин // История медицины. – 2014. – с. 82-90.

3. Пять врачей, в честь которых названы лекарства / Фармацевтический вестник (дата обращения: 26.11.2021) <https://pharmvestnik.ru/content/articles/pjatj-vrachej-v-chestj-kotoryx-nazvany-lekarstva.html>

4. О «каплях Зеленина» и о нем самом. Режим доступа: <http://klub-mastera.narod.ru/index/0-206> (дата обращения: 26.11.2021)

5. Когда болит сердце. Режим доступа: http://www.vidania.ru/literatura/zdorovye/kogda_bolit_serdce.html (дата обращения 26.11.2021)

150 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ССЫЛЬНОГО ИСТОРИКА Н.Я. НОВОМБЕРГСКОГО

Воронович К.В., Кокшарова А.А.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) МЗ РФ. Отдел истории медицины. Студенты 1 курса лечебного факультета. E-mail: rozing@bk.ru aa.koksharova@yandex.ru

Научный руководитель: Самбуров Г.О.

Аннотация: ссыльный ученый, доктор исторических наук, исследователь в области истории медицины и многих других направлений Н.Я. Новомбергский работал в Архангельске, оставив след в истории высшего образования на Севере.

Ключевые слова: Новомбергский, история медицины, АГМИ, АГПИ.

В 2021 г. исполнилось 150 лет со дня рождения Николая Яковлевича Новомбергского – великого ученого, доктора исторических наук, доктора полицейского права, профессора, экономиста и правоведа, который посвятил жизнь изучению истории и права, являлся крупнейшим знатоком Сибири и Европейского Севера России, был выдающимся педагогом. С 1932 г. до последних дней жизни он трудился в Архангельске.

Николай Яковлевич родился в мае 1871 г. в небогатой семье в Кубанской области (в н.вр. – Краснодарский край РФ). Несмотря на все жизненные сложности, он сумел окончить гимназию, давая частные уроки и подрабатывая репортером в газете «Северный Кавказ». После окончания гимназии Николай поступил в крупнейшее высшее учебное заведение – Императорский Дерптский университет, откуда перевелся в Варшавский университет, где перешел на юридический факультет, посещал лекции профессоров по разным специальностям. На последнем курсе он получил золотую медаль победителя конкурса студенческих работ за исследование



«Аптекарский приказ: Его устройство, заботы о государевом и народном здоровье и значение в развитии медицинских средств и познаний в России». Он отлично учился и был удостоен кандидатской степени [1].

Молодой ученый переезжает в Сибирь, где трудится как чиновник по особым поручениям при Тобольском губернаторе, принимает участие в статистическом исследовании положения переселенцев одного из уездов с целью выработки действенных мер по поддержке местного населения. По итогам работы издает первый печатный труд, который запретили распространять. В 1900 г. он переехал в Иркутск, через год перевелся на Дальний Восток, где подготовил к печати критический по отношению к власти труд «Остров Сахалин» [2].

В 1900-е гг. Николай Яковлевич Новомбергский изучает историю русского права и историю медицины допетровской Руси, публикуется. С 1905 г. он исполняет обязанности министра внутренних дел, сочетает научную работу с преподавательской [2].

Научные интересы Николая Яковлевича были связаны, главным образом, с историей отечественного здравоохранения XVI-XVIII вв. Результатом большой исследовательской работы стал целый ряд его ценных научных исследований в области истории медицины допетровской и петровской эпохи. Среди этих работ 5-томный труд «Материалы по истории медицины в России» (1905-1910 гг.) и 2-х томная монография «Слово и дело государевы» (1908 -1910 гг.). В 1908 г. Новомбергскому Н.Я. присудили премию им. графа А. С. Уварова (большую) за труд «Врачебное строение в допетровской Руси». В 1911 г. Новомбергский Н.Я. был избран членом-корреспондентом Харьковского ветеринарного института «Во внимание трудов по истории ветеринарии».

В 1929 г. Николай Яковлевич переехал в Ленинград, где подготовил к печати очередные научные работы, находился под наблюдением полиции. Его обвиняли в том, что он в своих работах призывал к «реставрации капитализма, укреплению в деревне единоличных хозяйств». В 1930 г. он был арестован и осужден по 58 статье за контрреволюционную деятельность. В мае 1932 г. ученый прибыл в Архангельск,

где был поставлен на учет как административно высланный. В возрасте 63 лет Н.Я. Новомбергский освобожден условно-досрочно по инвалидности и остался жить в Архангельске, где создал семью [1; 3]. Его жизнь в Архангельске стала известна благодаря единично сохранившимся историческим источникам, которые свидетельствуют о его преподавательской деятельности в вузах. Опубликованные воспоминания тех, кто знал профессора, стали достойным дополнением для архивных документов. Так, например, известный архангельский историк, профессор Овсянкин Е.И., который был его учеником и запомнил слова педагога: «Если Вы, молодые люди, будете заниматься наукой, то надо делать это систематически. Пусть немного, но всегда... Историей можно заниматься всюду. Записывайте свидетельства людей о минувших событиях, ищите документы на местах. История России сказочно богата, она вершилась всюду, и обо всем этом надо терпеливо собирать сведения и писать ...» [1].

В годы Великой Отечественной войны Н.Я. Новомбергский был профессором истории в Архангельском государственном педагогическом институте (АГПИ) и по совместительству – в Архангельском государственном медицинском институте (АГМИ). За свои труды в годы войны профессор награжден медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне» [4].

Представляют интерес публикации Новомбергского в архангельской прессе. В 1940-е гг. он писал о деятельности Северного географического общества, членом которого стал после окончания ссылки. Одна из статей была опубликована в газете «Правда Севера» в декабре 1944 г. [2].

Николай Яковлевич скончался 17 февраля 1949 г., похоронен на архангельском городском кладбище (на Быку), около Свято-Ильинского собора. Рядом с ним похоронена его жена – Заслуженный врач РСФСР М.И. Юрьева (1881 -1962), которая много лет проработала в больнице им. Н.А. Семашко [1].

Важно отметить, что долгое время точное расположение могилы Новомбергского Н.Я. оставалось неизвестным. Студенты исторического факультета САФУ совместно с волонтерами СГМУ и краеведами смогли отыскать место захоронения. Они проделали большой труд, составив при этом план-карту, как найти могилу ученого на кладбище [1,3]. Подробности этой работы представлены в группе «Некрополь АГМИ-АГМА-СГМУ», созданной сотрудниками вуза для увековечивания памяти о выдающихся ученых, которые внесли свой вклад в развитие архангельской науки [6].

В завершении – цитата Н.Я. Новомбергского: «В истории нет мелких тем, есть лишь мелкие исследователи», которая доказывает, что ученый являлся крупнейшим специалистом и знатоком своего дела [5].

Список источников:

1. Андреева А.В., Самбуров Г.О., Иванов Д.В. Имя профессора Н.Я. Новомбергского в истории отечества и истории медицины // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2020. № 4. С. 62-67.
2. Андреева А.В., Самбуров Г.О., Иванов Д.В. Николай Яковлевич Новомбергский (К 150-летию со дня рождения) // Памятные даты Архангельской области... : календарь / Гос. арх. Арханг. обл. – Архангельск, 2020. – С. 73-80.
3. Новомбергский Николай Яковлевич. – Текст : электронный ресурс // http://www.hrono.ru/biograf/bio_n/novombergs.php : [сайт]. – URL: (дата обращения: 21.09.2021).
4. Новомбергский Николай Яковлевич 1871. – Текст : электронный ресурс // [https://ru.openlist.wiki/Новомбергский_Николай_Яковлевич_\(1871\)](https://ru.openlist.wiki/Новомбергский_Николай_Яковлевич_(1871)) : [сайт]. – URL: (дата обращения: 03.10.2021).
5. Николай Яковлевич Новомбергский. – Текст : электронный ресурс // <https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/1064588> : [сайт]. – URL: (дата обращения: 30.09.2021).
6. Некрополь АГМИ – АГМА – СГМУ. – Текст : электронный ресурс <https://vk.com/club205217830> [группа ВК]. – URL: (дата обращения: 1.10.2021)

185 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ОСНОВОПОЛОЖНИКА ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НЕВРОПАТОЛОГИИ А.Я. КОЖЕВНИКОВА

Воронцова Д.Д., Головкин М.К.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)

Минздрава России. Отдел истории медицины. Студенты 1 курса лечебного факультета.

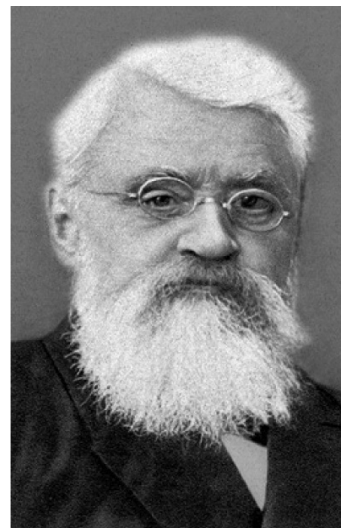
E-mail: vorontsova.darya02@mail.ru, marinagkonst@gmail.com

Научный руководитель: Андреева А.В.

Аннотация: В данной статье содержится информация о научной деятельности выдающегося невропатолога, заслуженного профессора и доктора медицины Кожевникова А.Я., представлены краткая биография учёного и основополагающие открытия.

Ключевые слова: неврология, невропатология, Московский университет, нервные и душевные болезни, Московское общество неврологов.

Ещё несколько веков назад в медицине не было ни одного гуманного способа избавления от неврологических расстройств. Лишь с недавнего времени началось изучение заболеваний этой природы и поиск лечения. Одной из выдающихся личностей в истории развития отечественной неврологии является Алексей Яковлевич Кожевников. Благодаря его труду появились московская научная школа неврологов и Московское общество невропатологов и психиатров, а по его инициативе был выпущен журнал «Невропатология и психиатрия», также этот учёный стал основоположником изучения такого явления, как алкогольный паралич, открыл кортикальную эпилепсию и изучил её механизмы. Вряд ли бы без этого учёного у современного поколения сейчас была качественная научная база для того, чтобы эффективно лечить пациентов с неврологическими заболеваниями. Статья была создана с целью почтить память Алексея Кожевникова и рассказать о его труде, ведь каждый человек должен знать историю основоположников [1].



Родился А.Я. Кожевников 7 марта 1836 г. в Рязани, где окончил мужскую гимназию с серебряной медалью. Родители хотели отдать мальчика в училище, но Алексей был очень любознательным и трудолюбивым ребёнком, что сильно изменило его будущее. Сразу после окончания гимназии в 1853 г. А.Я. Кожевников поступил без экзаменов в Московский университет на медицинский факультет. Способности этого студента удивляли профессоров, поэтому часто Алексей участвовал в научных работах. После окончания университета и сдачи экзаменов в 1858 г. он был утвержден в звании лекаря и оставался ординатором при акушерской клинике. Позже, после сдачи специального экзамена 29 апреля 1859 г. ему было присвоено звание акушера [1].

Известно, что А.Я. Кожевников учился у И. В. Варвинского, который был товарищем президента Физико-медицинского общества, терапевтом и заслуженным профессором Московского университета. Именно Иосиф Васильевич предложил Алексею Яковлевичу сдать экзамены на степень доктора, после чего начинающий учёный был зачислен в 1861 г. ассистентом в терапевтическую клинику при госпитале [1;6].

Спустя непродолжительное время А.Я. Кожевников претендовал на звание доктора медицины и 22 мая 1865 г. успешно защитил диссертацию о прогрессирующей мышечной дистрофии, описанной Дюшенном. Вскоре Алексей Яковлевич стал преподавать курс по нервным и душевным болезням. Чтобы эффективно обучать студентов, он на несколько лет отправился в командировку по Европе, где посещал лаборатории, клиники, психиатрические диспансеры в Берлине, Вене, Мюнхене и других городах, слушал лекции Шарко и Гризингера, осваивая современные способы преподавания [2].

Вернувшись из зарубежной командировки 6 марта 1869 г. А.Я. Кожевников получил доцентуру по нервным и душевным болезням при Московском университете и разрабатывал собственную программу обучения. 8 декабря 1869 г. Министр народного просвещения разрешил учредить неврологическое отделение на 19 коек в Ново-Екатерининской больнице, которое в будущем стало клинической базой для курса нервных и душевных болезней. 12 декабря 1869 г. доцент Алексей Яковлевич представил декану факультета программу преподавания курса, которая была основополагающей в истории развития невропатологии. Позднее был открыт клинический музей нервных болезней им. А.Я. Кожевникова, в котором хранится оригинал первой программы чтений по нервным болезням и психиатрии на 1869-1870 гг. Программа содержала достаточно широкий спектр заболеваний нервной системы опухолевой, сосудистой, инфекционной и паразитарной природы [3].

2 октября 1870 г. Алексей Яковлевич был избран руководителем кафедры специальной патологии и терапии, на которой 2 года преподавал собственный курс по нервным, душевным, кожным и венерическим болезням, а также общий курс по частной патологии. Несмотря на количество сложного научного материала, курс отличался от других своей ясностью и простотой изложения, что упрощало учебный процесс. Из-за активного участия в научной деятельности А.Я. Кожевников в 1872 г. передал чтение курсов В.И. Ельцинскому и Д.И. Найдёнову [4].

А.Я. Кожевников оставался руководителем кафедры специальной патологии и терапии до открытия Московским университетом в 1884 г. кафедры нервных и душевных болезней, с переходом на которую он был назначен первым ординарным профессором. В 1887 г. принимал участие в 1-ом съезде русских психиатров, после чего было создано Московское общество невропатологов и психиатров, основанное на одноимённом научном кружке, созданным в 1850 г. и проводимым Алексеем Яковлевичем. Учёный продолжал активно заниматься научной деятельностью, организацией съездов и открытием психиатрических клиник, не обращая внимания на тяжелую болезнь. В 1889 г. вышло учебное пособие «Курс нервных болезней», в 1891 г. было опубликовано наблюдение об алкогольном параличе, а в 1894 г. появился труд «Особый вид кортикальной эпилепсии», который помог людям с данным диагнозом начать полноценно жить. Это были одни из последних работ [5].

Скончался Алексей Яковлевич 10 января 1902 г. в Москве. За собой А.Я. Кожевников оставил большое количество трудов по нервным и душевным болезням из-за создания Московского общества

невропатологов и активной работы над открытием и организацией клиник, но это были многолетние узконаправленные исследования, которые послужили мощным толчком в истории развития отечественной невропатологии. С целью увековечивания памяти учёного с 1990 г. возобновились годовые заседания Московского Общества неврологов, появилась клиника имени А.Я. Кожевникова, и с 1996 г. издается «Неврологический журнал», открытие которого сопровождалось портретом этого выдающегося человека.

Список литературы:

- 1.Извекова Э. И. КОЖЕВНИКОВ Алексей Яковлевич // Императорский Московский университет: 1755–1917: энциклопедический словарь / составители А. Ю. Андреев, Д. А. Цыганков. – М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2010. – С. 337–338. – М., 2000.
- 2.Бадалян Л. О. Невропатология. – С.9. – М., 2000.
3. Выдающиеся ученые Центрального института усовершенствования врачей // Под редакцией Л.К. Мошетовой и др. – М.: ООО «УИЦ – XXI век», 2010.
- 4.Волков В. А., Куликова М. В. Московские профессора XVIII – начала XX веков. Естественные и технические науки. – М.: Янус-К; Московские учебники и картолитография, 2003. – С. 46–47. – 294 с. – 2000.
- 5.Россолимо Г. И. «Характеристика личности и деятельности профессора А.Я.Кожевникова», М., 1927. – С. 5–15
6. Куприянов П. С. ВАРВИНСКИЙ Иосиф Васильевич // А. Ю. Андреев, Д. А. Цыганков Императорский Московский университет: 1755–1917: энциклопедический словарь. – М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 2010. – С. 98–111. – М., 2000.

В ПАМЯТЬ О ВЫПУСКНИКАХ АГМИ 1946 ГОДА

*Воронцова Д. Д., Лысенко А. Д., Пилицина У. Д., Черкасова А. А.
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)
Минздрава России. Отдел истории медицины. Студенты 1 курса лечебного факультета.
Научный руководитель: Андреева А.В.*

Актуальность: В статье представлены результаты исследовательской работы в музее СГМУ, в ходе которой были изучены личные дела студентов АГМИ выпуска 1946 года.

Ключевые слова: Выпускник, АГМИ, война, Смирнова, кафедра биохимии.

В 2021 году исполнилось 75 лет со дня первого послевоенного выпуска врачей, обучавшихся в Архангельском государственном медицинском институте (АГМИ) до 1946 г. На долю студентов и выпускников выпали тяжелые военные годы и связанные с этим реорганизации в обучении. Не все смогли окончить АГМИ вместе со своими однокурсниками, поступившими в 1941 г. Некоторых студентов призывали в РККА в качестве медсестер и фельдшеров, другие ушли добровольцами на фронт и флот. Судьбы многих студентов остались неизвестными. Биографии погибших, пропавших без вести и не вернувшихся по разным причинам для продолжения обучения в АГМИ, остаются неизученными.

Для проведения исследования были использованы личные дела студентов и описи архивных документов вуза, а также публикации о выпускниках АГМИ, ставших в дальнейшем известными врачами и учеными. Для дополнения материалов продолжается сбор воспоминаний родственников и коллег, изучаются электронные ресурсы. О выпускниках АГМИ военных лет 1941–1944 гг. в музее СГМУ подготовлено четыре издания научно-публицистического сборника, в котором представлены биографии более 900 человек [1]. В настоящее время готовится к выходу в свет 5-е дополненное и расширенное издание. Аналогичный сборник будет подготовлен о первом послевоенном выпуске АГМИ.

На основе архивных данных известно, что в 1946 г. состоялось сразу два выпуска студентов Архангельского мединститута, поскольку в 1945 г. выпуска не было. Первый выпуск АГМИ 1946 г. прошел 28 февраля. Приказом № 21 по АГМИ 122 студентам была присвоена квалификация врача и выданы установленные дипломы. Второй выпуск был проведен 1 июля 1946 г. в соответствии с приказом № 52, по которому 49 студентам была присвоена квалификация врача и выданы дипломы. В соответствии с п.17 «Положения о государственных экзаменационных комиссиях высших учебных заведений», утвержденного постановлением Совета Народных Комиссаров СССР от 1938 г. за № 609 и на основании Постановления Государственной Экзаменационной Комиссии при АГМИ была присвоена квалификация врача и выдан диплом с отличием четырем студентам февральского выпуска, а именно: А.П. Вабсон, М.Г. Смирновой, М.П. Селляр, Н.В. Шкроб. В июльском выпуске отличников было трое, среди них: Р.А. Власова, Н.М. Похвалина, Н.И. Шишкина [6].

Одной из самых известных выпускниц АГМИ 1946 г. является Мария Григорьевна Смирнова (в

студенческие годы Откупщикова), ставшая доктором биологических наук, профессором и посвятившая всю свою трудовую жизнь кафедре биохимии АГМИ [5].

Мария Григорьевна родилась 7 ноября 1922 г. в Мезени Архангельской губернии. В 1927 г. Мария переехала с родителями в Архангельск, где сначала училась в школе № 1, затем перевелась в школу № 6, директором которой был назначен ее отец Г.А. Откупщиков. Во время учебы Мария активно занималась общественной работой, была комсомолкой, председателем отряда, пионервожатой, затем – секретарем школьного комитета ВЛКСМ. В 1941 г. Мария Откупщикова была зачислена в число студентов АГМИ. Училась отлично. Её интерес к химии и биологии не угас. Со второго курса она активно занималась в студенческом научном кружке при кафедре биохимии, где под руководством профессора И. И. Матусиса в годы войны была организована лаборатория для приготовления витаминного напитка из хвои и шиповника [2].

Кроме учебной и научной деятельности она продолжала активную общественную работу, в т.ч. в комитете ВЛКСМ АГМИ. Она участвовала в организации и проведении комсомольских мероприятий, направленных на помощь фронту. Вместе с однокурсниками она дежурила в госпиталях, трудилась на разгрузке и погрузке в порту, о чем свидетельствуют выписки в архивном деле [4].

В 1946 г. М.Г. Смирнова окончила АГМИ, где осталась работать старшим лаборантом, затем ассистентом, с 1956 г. – доцентом кафедры биохимии. В 1955 г. защитила кандидатскую диссертацию «Влияние некоторых лекарственных веществ на содержание в организме восстановленной аскорбиновой кислоты». Вместе с профессором М.Д. Кивериным являлась соавтором учебного пособия «Номенклатура органических соединений» и учебника «Органическая химия». Защитила докторскую диссертацию «Фосфооридаза и глюкокиназа кожи и влияние на их активность аскорбиновой кислоты и ультрафиолетового облучения». В течение нескольких лет с 1980 по 1985 г. до выхода на заслуженный отдых М.Г. Смирнова возглавляла кафедру биохимии, которую ей передал ее наставник и учитель, профессор М.Д. Киверин [2].

За свой труд Мария Григорьевна награждена орденом «Дружбы народов», знаком «Отличнику здравоохранения» (1957), медалью «За доблестный труд. В ознаменование 100-летия со дня рождения В.И.Ленина». Ударник коммунистического труда. В 1972 г. занесена в «Книгу Почета» АГМИ. Автор более 40 научных работ. Постоянно участвовала в общественной жизни института, была редактором стенгазеты «Медик», заместителем редактора газеты «Медик Севера».

М.Г. Смирнова ушла из жизни 1 июня 1999 г., похоронена на Жаровихинском кладбище в Архангельске [3].

Вклад профессора М.Г. Смирновой в архангельскую медицину и науку неоспорим, ее труды остаются актуальными, что подтверждает исследование, в ходе которого были изучены разнообразные исторические источники.

Исследование по теме продолжается. Планируется выпуск сборника «Выпускники Архангельского государственного медицинского института военных лет 1946 г.». В книге будут представлены краткие биографии студентов военного времени и их путь становления после выпуска АГМИ.

Литература:

1. Выпускники Архангельского государственного медицинского института военных лет, 1941–1944 гг. / сост.: А.В. Андреева, М.Г. Чирцова. – 4-е доп. изд. – Архангельск: КИРА, 2016. – 411 с.
2. Достояние Севера: АГМИ – АГМА – СГМУ: сборник статей / под ред. Л.Н. Горбатовой. – Архангельск, 2017. – 400 с.
3. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2012 год / сост.: А.В. Андреева. – Архангельск, 2012. – 280 с.
4. Архив СГМУ. Фонд 98. Личное дело выпускницы АГМИ 1946 г. М.Г. Откупщиковой – Смирновой.
5. Архив СГМУ. Фонд 98. Личное дело профессора АГМИ М.Г. Смирновой.
6. Архив СГМУ. Фонд 98. Списки выпускников АГМИ 1946 г.

В ПАМЯТЬ ОБ ОСНОВОПОЛОЖНИКЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ Н.М. МАКСИМОВИЧЕ-АМБОДИКЕ

Воронцова Д.Д., Головки М.К.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)

Минздрава России. Отдел истории медицины. Студенты 1 курса лечебного факультета.

E-mail: vorontsova.darya02@mail.ru, marinagkonst@gmail.com

Научный руководитель: Андреева А.В.

Аннотация: В статье содержится информация о жизни и научной деятельности основоположника русского акушерства и педиатрии, заслуженного профессора и доктора медицины Н.М. Амбодика.

Ключевые слова: акушерство, педиатрия, повивальное дело, бабычи школы.



Выдающийся ученый второй половины XVIII века Нестор Максимович Максимович-Амбодик является основоположником русского акушерства и педиатрии. Также он известен как основоположник русской фармакогнозии и медицинской терминологии. Первыми русскими учебными пособиями по праву считают созданные им фундаментальные работы в области акушерства, педиатрии, медицинской ботаники и фармакогнозии, без которых успешное развитие медицинского образования и подготовка акушерских кадров в России были бы невозможны.

Нестор Максимович родился 27 октября 1744 г. в украинском селе Веприк (в н. вр. – административный центр Веприкского сельского совета Гадячского района Полтавской области Украины). После окончания сельской приходской школы он продолжил своё образование в Киево-Могилянской академии, где в основном обучался гуманитарным наукам. С окончанием в 1768 г. академии Нестор Амбодик отправился в Москву в распоряжение учреждённой годом раньше по инициативе императрицы Екатерины II законодательной «Комиссии о сочинении проекта нового Уложения», где оценили его высокий уровень подготовки и направили студентом на медицинский факультет Московского университета. После года обучения Нестор Максимович в качестве волонтера перевелся в Санкт-Петербургскую хирургическую школу при адмиралтейском и сухопутном военных госпиталях [1].

В 1770 г. он и ещё два студента по особой стипендии из фонда княгини Е.Д. Голицыной-Кантемир были направлены учиться медицине и повивальному делу в Страсбургский университет. Там Н.М. Амбодик стал учеником знаменитого профессора Ридера. Свою диссертацию на учёное звание доктора медицины 26 сентября 1775 г. защитил по теме: «О печени человека», которая получила восхищенный отзыв декана медицинского факультета Страсбургского университета Я.Р. Шпильмана. На протяжении следующего года Н.М. Амбодик знакомился с врачебным делом Германии. По приезду в Санкт-Петербург в сентябре 1776 г. и сдачи обязательного экзамена в Медицинской Коллегии для подтверждения своей квалификации, Нестор Максимович был принят младшим доктором Петербургского морского госпиталя. В 1777 г. для углубления знаний по акушерскому делу Нестор Максимович выехал в краткосрочную заграничную командировку, а вернувшись, получил назначение младшим доктором и преподавателем медицинской школы в Кронштадтский Адмиралтейский госпиталь. В том же году Н.М. Амбодик был введён в состав Медицинской Коллегии Российской империи.

10 мая 1781 г. Медицинская Коллегия назначила Н.М. Амбодика возглавлять «повивальное дело» с обязанностью организовать подготовку повивальных бабок в «бабичьей школе» столицы. В 1783 г. под руководством П.В. Завадовского было открыто третье в столице Хирургическое училище для подготовки лекарей. Училище располагало небольшим госпиталем, в составе которого было 10 коек для рожениц. На базе этих коек была организована вторая в Петербурге «бабичья школа» [1;3].

Возглавив в Медицинской Коллегии империи «повивальное дело», Н.М. Амбодик впервые в истории государства использовал системный подход к организации образования повивальных бабок. Оно подразумевало элементы общемедицинской и хирургической подготовки, теоретическое и практическое обучение акушерству, а также азы педиатрии раннего возраста. Он стал первым в России проводить занятия на акушерском фантоме и применяя его для изучения механизма как нормальных, так и патологических родов. Фантом женского таза с деревянной куклой-ребёнком, а также прямые и изогнутые стальные щипцы («клещи») с деревянными рукоятками, серебряный катетер и прочие инструменты были изготовлены по его собственным моделям и рисункам.

Социальный статус выпускниц «бабичьих школ» под управлением Нестора Максимовича существенно вырос, а сами школы стали прообразом высшего женского медицинского образования, возникшего в России лишь век спустя. Он придавал большое значение лекарственным растениям при лечении многих заболеваний, высказывая передовую по тому времени мысль: «Чем больше с природой согласно будет врачевание приключаящихся человеческому роду болезней, тем больших успехов от врачебной науки и вящей пользы от употребляемых лекарств впредь ожидать можно». В 1784 г. учёным была опубликована книга «Энциклопедия питания и врачевания, составленная личным лекарем Её Императорского величества Екатерины II в 1784 г. профессором Н. Амбодиком», представляющая собой крупнейшее собрание описаний лекарственных растений [2].

Скончался Нестор Максимович Максимович-Амбодик 24 июля 1812 г. Его огромный талант и эрудиция, необычная энергия и работоспособность были отданы делу развития отечественной медицины и созданию отечественных акушерских кадров, практически до него не существовавших.

Амбодик был истинным патриотом Родины, мечтавшим о России как о центре мировой науки и культуры, и сам сделал немало для осуществления своей мечты. К большому сожалению его достижения были признаны только после его смерти. Его имя увековечено в истории медицины.

Список литературы:

1. Лукьян М. Основатель отечественного акушерства Нестор Максимович (Амбодик) // Здоровье Украины. – сентябрь 2007. – № 18.
2. Российский Д. М. Основоположник отечественной фитотерапии Н. М. Амбодик // Клиническая медицина. – 1945. – № 10–11.
3. Российский Д. М. Отец русского акушерства и основоположник медицинской ботаники и фитотерапии Н. М. Максимович-Амбодик // Акушерство и гинекология. – 1948. – № 6.

«СПЕШИТЕ ДЕЛАТЬ ДОБРО!» – ДЕВИЗ ДОКТОРА ГАЗА

Золотилова А.И.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)

Минздрава России. Студентка 1 курса лечебного факультета.

Научный руководитель: Андреева А.В.

Аннотация: в статье раскрыто значение нравственного героизма известного врача Ф.П. Газа, труды которого стали основой для курортологии, а его вклад в пенитенциарную систему трудно переоценить; он обладал огромной способностью к состраданию и всю свою жизнь посвятил служению людям.

Ключевые слова: «святой доктор», гуманизм, милосердие, курорт, тюрьма.

В истории часто случается так, что жизнь деятелей прошлого неожиданно выходит из тени забвения и оказывается в центре общественного интереса. Именно так обстоит дело с биографией «святого доктора» Фёдора Петровича Газа, известного мировой медицинской общественности как московский врач немецкого происхождения, один из представителей пенитенциарной медицины, филантроп.

Цель: Показать значение для современности личности Ф. Газа, чья деятельность была бескорыстна. Раскрыть тему нравственного подвига врача, его роль в облегчении участи арестантов российских тюрем.

Газ Федор Петрович (Иоганн Фридрих или Фридрих Иозеф Лаврентиус) родился в 1780 г. в г. Бад-Мюнстерайфель (герцогство Юлих – Берг, Рейнская область, Германия).

Фёдор Петрович получил хорошее образование в католической гимназии в Кёльне, отличался способностями и успехами, входил в число лучших учеников. Продолжил обучение в Йенском, затем в Геттингенском университете. Отзывы о студенте Газа самые лучшие: «Учён не по летам. В медицинских науках всех превзошёл. Латынь и греческий не хуже своего немецкого и французского знает».

В 1806 г. Фёдор Петрович был приглашён в качестве врача русским князем Репниным, жену которого он в Вене вылечил от глазной болезни. Газ получил обширную практику в Москве, стал состоятельным человеком.

Во время отечественной войны 1812 г. Газ Ф.П. был военным врачом в действующей армии, дошёл до Парижа и вернулся в Россию, вполне овладев русским языком. Он полюбил новую Родину и её народ.

Газ принимает активнейшее участие в борьбе с эпидемиями в России XVIII в. Он лечит и изучает эпидемию крупа (1813 – 1818 гг.) у детей, пишет первую монографию в России и Европе того времени. Он принимает участие в борьбе с эпидемическими заболеваниями, такими как тиф, трахома, холера (1825 – 1848 гг.)

Ф.П. Газ открыл и подробно исследовал несколько источников минеральных вод – сернокислых, серно-щелочных и железистых. Ссылаясь на их состав и свой опыт, он советовал применять их для лечения болезней желудка, печени, кишечника, почек. Из его работ возникла новая отрасль медицины – курортология.

В Москве в 1829 г. создаётся попечительский совет о тюрьмах, и доктор становится его членом, а также главным врачом московских тюрем. Этот момент стал поворотным в жизни великого врача, накрепко связавшего свою судьбу с Россией. Он полностью погружается в судьбы заключённых и начинает бороться за их права, чтобы улучшить их существование. В заседания Комитета он постоянно вносил свои ходатайства об облегчении участи арестантов. Ему удалось добиться отмены «прута», на который приковывали в кольца по десять человек, не учитывая их состояние и возраст. Также с целью предотвращения побегов 29 января 1825 г. было установлено бритьё половины головы. Он боролся против этого позорного наказания и победил. Там, где не получилось отменить прут, арестантов перековывали в облегченные «газовские» кандалы и наручники, которые теперь были обшиты кожей.



Ф. П. Газ

Биография Ф.П. Гааза была известна всей Москве первой половины XIX в. О Гаазе упоминал писатель Ф. М. Достоевский в третьей части «Идиота», где один из героев рассказывает между делом очень добром человеке: «Он являлся, проходил по рядам ссыльных, которые окружали его, останавливался перед каждым, каждого расспрашивал о его нуждах... давал деньги, присылал необходимые вещи... Так поступал он множество лет, до самой смерти; дошло до того, что его знали по всей России и по всей Сибири, то есть все преступники» [3, с. 90].

Доктор Гааз помогал бедным и несчастным до самой смерти, просьбам о помощи не было конца. Он потратил все свои деньги на устройство Полицейской больницы для бесприютных, на помощь заключенным, организацию школы для арестантских детей. Он продал особняк и упряжку лошадей, жил в крохотной комнатке в своей больнице, неженатый и бездетный.

Когда Гааз умер в 1853 г., его пришлось хоронить на деньги города – никаких сбережений у него не было. В его похоронах (похоронах католика в православной столице) участвовало больше 20 тысяч человек, настолько люди были благодарны ему [2, с.267].

Имя и деяния доктора Гааза не забыты. В честь него названы улицы, школы, лечебно-профилактические учреждения, выпущена немецкая почтовая марка, назван городской приют для детей-беспризорников, который до революции находился в Сокольниках. В Перми существует детский онкогематологический центр имени Ф. П. Гааза. В его последней больнице создан музей (мемориальная комната доктора Ф.П. Гааза), который входит в реестр медицинских музеев страны. Первое издание книги о Ф.П. Гаазе «Святой доктор Федор Петрович Гааз» Льва Копелева вышло на русском языке в 1983 г. в Лондоне.

В 2018 г. Католическая церковь причислила врача Федора Гааза к лику блаженных. Широко известный девиз доктора «Спешите делать добро» был высечен на его надгробном камне.

Список литературы:

1. Антонов, П. Фёдор Гааз: человек отчаянной смелости. Со дня кончины знаменитого врача и филантропа исполнилось 150 лет / П. Антонов // Независимая газета. – 2003. 20 авг. – С. 10.
2. Бородулин В. И. Клиническая медицина от истоков до XX в. Гааз, Фёдор Петрович 11, 267, 268, 311, 352
3. Врата милосердия. Книга о докторе Гаазе. – М.: Древо добра, 2002. – 544 с.
4. Достоевский, Ф. М. Собр. соч. В 12 т. Т. 7 / Ф. М. Достоевский. – М.: Правда, 1982. – 320 с.
5. Кони, А. Ф. Федор Петрович Гааз. Биографический очерк / А. Ф. Кони. – М.: Медицина, 1987. – 136 с.

ТЕОДОР КОХЕР И ЕГО ИЗОБРЕТЕНИЯ

Клюкас А.А., Морев В.И.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)

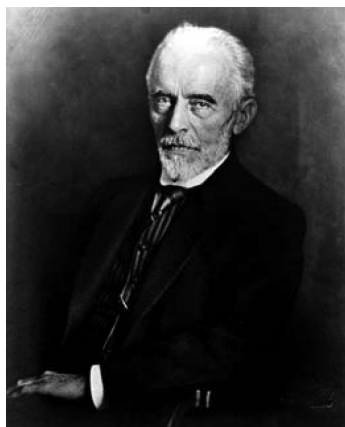
Минздрава России. Студенты 1 курса лечебного факультета.

Email: alexeythekly@gmail.com, morevatatjana3@gmail.com

Научный руководитель: к.м.н., доц. Попов М.В.

Аннотация: В статье описан путь великого врача и хорошего учителя – Теодора Кохера и его изобретения.

Ключевые слова: Теодор Кохер, хирургические инструменты, антисептик, военная медицина, Нобелевская премия



В 2021 г. исполнилось 180 лет со дня рождения Теодора Кохера, известного во всём мире как известнейший хирург, лауреат Нобелевской премии, который ввёл в использование асептику и применял научные методы в хирургии.

Эмиль Теодор Кохер родился 25 августа 1841 г. в Берне. Его отец был главным инженером и невероятно любил свою работу, что повлияло на молодого Теодора и он, подобно отцу, очень много и упорно трудился. Материнская забота и поддержка жены позволили ему без перерыва получить образование в университете. В 1865 г. Кохер получил диплом доктора медицины [2].

Теодор Кохер как исследователь отличался тщательностью, добросовестностью и глубиной. Германский хирург К. Гарре, работавший у него ассистентом, в своих воспоминаниях подчеркивал эти свойства

учителя. « Всякая оперативная или теоретическая проблема, которой занималась клиника, должна была быть основательно, логически, практически, экспериментально проработана и связана с новейшими достижениями естествознания, а также внутренней медицины, патологической анатомии, бактериологии и другими разделами нашей специальности...», – говорил К. Гарре [3].

Хирургическая клиника в Берне была местом для врачей, которые желали использовать в практике антисептическое лечение ран. Позднее Кохер стал одним из первых, кто стал придерживаться абсолютной асептики, общаясь с Тавелом, человеком, который проводил свои исследования бактериологических инфекционных процессов, которые Кохер со временем расширил. Эта работа послужила основой для публикации Тавелом и Кохером в Базеле (1892) и в Йене (1900) второго издания «Лекций по хирургическим инфекционным заболеваниям».

Кохер за свою жизнь сумел привнести в хирургию ряд интереснейших инструментов и оперативных способов. Широкое применение в хирургической практике и теперь находят предложенные Кохером инструменты: ложки и щипцы, зубные зонды, кровоостанавливающие зажимы, желудочные жомы и др. Кохера считают отцом абдоминальной хирургии. Так, например, зажим Кохера используется в остановке кровотечений. Его отличительной особенностью является наличие зубчиков, что позволяет более прочно захватывать ткань, но при этом приносить некоторый ущерб последним [4].

Особое внимание Кохер проявлял к заболеваниям и повреждениям суставов и костей. В 1870 г. он разработал способ вправления вывихов плеча, применяемый по сей день. Известны его вмешательства в крупные суставы с «крючковидными» разрезами, которые сохраняли не только связки, мышцы и сухожилия, но и мелкие нервы и сосуды. В этой области Кохер, по мнению К. Гарре, стоит в одном ряду с Лангенбеком и Олье.

Кохер внес бесценный вклад в науку благодаря исследованиям, относящимся к повреждениям головного мозга, способам декомпрессионной трепанации черепа, резекции языка, заболеваниям мужских половых органов, грыжесечения по Кохеру, ампутации прямой кишки, и др. Всемирную известность ему принесли исследования, касающиеся заболеваний щитовидной железы, за что ему заслуженно вручили в 1909 г. Нобелевскую премию за исследования по физиологии, патологии, и хирургии щитовидной железы [1].

Теодор Кохер является знаковой фигурой, который много работал. Его интересы сосредоточились на медицине и хирургии. Только в среде своих учеников – он мог быть общительным, даже веселым. Кохер отличался невероятной скромностью. Профессор С.Р. Миротворцев писал: «Сам Кохер был обаятельно прост и скром. Ученый с мировым именем, он никогда не подчеркивал своего положения и часто во время лекций говорил студентам: «Я думаю так, но, может быть, я и ошибаюсь...»

Важно сказать, что этот человек был одним из тех, кто прожил достаточно простую, но полную побед жизнь. Способами, которые ввел Кохер в хирургию, используются врачами и по сей день. Его талант и настойчивость позволили совершить новый виток в развитии хирургии.

Список литературы:

1. В.И. Бородулин. Клиническая медицина от истоков до 20-го века, Москва 2015. 504с. С 127
- 2.Эмиль Теодор Кохер. Первый хирург – лауреат нобелевской премии // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2010. – Т. 10. – № 1(32). – С. 64-67. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_13920060_29427621.pdf
3. Моргошия, Т. III. Профессор Теодор Кохер (1841-1917) – один из основоположников европейской научной хирургии (к 100-летию со дня смерти) / Т. III. Моргошия, Д. О. Беляева // Анналы хирургической гепатологии. – 2020. – Т. 25. – № 2. – С. 158-163. – DOI 10.16931/1995-5464.20202158-163. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_43069051_70277535.pdf
4. Обзор медицинских инструментов для удержания и соединения тканей / Е. С. Ямалеева, Э. Т. Максимова, З. Ш. Мустафина [и др.] // Аллея науки. – 2019. – Т. 2. – № 6(33). – С. 81-88.

ИЗ ИСТОРИИ КАФЕДРЫ БИОХИМИИ АГМИ-АГМА-СГМУ

Кобелев И.М.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»,

Факультет медико-профилактического дела и медицинской биохимии, 6 курс, 2 группа

e-mail: ivan_kobelev_2017@mail.ru

Научные руководители: доцент, к.б.н. Попов А.А., Андреева А.В.

Аннотация: в статье представлены основные вехи развития кафедры биохимии АГМИ-АГМА-СГМУ, начиная с 1933 г. до её реорганизации в 2016 г.

Ключевые слова: кафедра, биохимия, АГМИ, АГМА, СГМУ

Биохимия – наука о химическом составе живых клеток и организмов, а также о лежащих в основе их жизнедеятельности химических процессах. Она заняла важное место среди фундаментальных наук как в отечественной истории, так и в мировом сообществе. Поэтому изучение биохимии стало обязательно в медицинских вузах для понимания тех биохимических процессов, которые происходят в организме человека в норме и при патологии. В XX веке активно создавались кафедры биохимии в вузах по всей России, Архангельский государственный медицинский институт (АГМИ) не стал исключением.

Кафедра биохимии в АГМИ основана в 1933 г., ее первым руководителем был Кашевник Лазарь Давыдович – выпускник Ленинградского государственного института медицинских знаний. В 1935 г. в АГМИ он получил учёную степень кандидата медицинских наук и учёное звание доцента. До 1939 г. Кашевник Л.Д. исполнял обязанности профессора кафедры биохимии АГМИ. С 1925 по 1940 гг. им опубликовано 37 научных работ, большая часть которых посвящена установлению оптимального количества белка в питании. Его дальнейшая судьба неизвестна [3;71].

В последующие десять лет (с 1939 по 1949 гг.) кафедрой заведовал профессор Матусис Израиль Исаакович, который прибыл в Архангельск из Одесского медицинского института. В 1937 г. он защитил кандидатскую диссертацию, в 1946 г. – докторскую; опубликовал более 100 научных трудов (по витаминологии, фотобиологии и биохимии кожи). За свои заслуги проф. И.И. Матусис награжден: значком «Отличник здравоохранения», медалями «За доблестный труд в годы Великой Отечественной войны», «За оборону Советского Заполярья» и «За победу над Германией». В дальнейшем видный советский ученый Матусис И.И. работал на Алтае, в Горьковском НИИ и Университете им. Н.И. Лобачевского [2; 142].

В 1949 г. руководителем кафедры биохимии стал профессор Киверин Михаил Дмитриевич – выпускник биологического факультета Ленинградского университета. Молодого специалиста назначили ассистентом кафедры биохимии в самый северный в стране медицинский институт, где Михаил Дмитриевич проработал более 40 лет. Вместе с И.И. Матусисом в годы Великой Отечественной войны он разработал метод получения витамина «С» из хвои сосны и шиповника, была определена его суточная потребность для взрослых и детей. Помимо этого кафедрой изучались влияния витаминов «С» и «К» на функции здорового и больного организма, а также действия на обмен витаминов экстремальных факторов Крайнего Севера. Эти работы сформировали новое направление в науке – исследование обменных процессов в коже. В 1948 г. Киверин М.Д. защитил кандидатскую диссертацию. После присвоения учёного звания доцента через год был назначен и.о. заведующего кафедрой органической и биологической химии АГМИ, в 1952 г. – заведующим кафедрой, которую затем бессменно возглавлял на протяжении 30 лет [4; 186].

В 1963 г. Киверину М.Д. присвоена учёная степень доктора биологических наук и через год звание профессора. За годы своей научной деятельности он опубликовал более 74 научных работ. Под руководством Михаила Дмитриевича были защищены 12 кандидатских диссертаций и 1 докторская. В 1973 г. ему было присвоено звание «Заслуженный деятель науки РСФСР». Михаил Дмитриевич был удостоен множества правительственных наград. Под его руководством на кафедре изучались процессы обмена в коже, тканевое дыхание кожи и влияние на них воздействия ультрафиолетового излучения, также исследовалась обеспеченность организма человека аскорбиновой кислотой (витамин «С»). Результаты этих исследований были отражены в сборнике научных трудов «Биохимия кожи» в 1970 г. [3;71].

Уходя на пенсию в 1980 г., Михаил Дмитриевич передал кафедру своей ученице Марии Григорьевне Смирновой – выпускнице АГМИ 1946 г. [4; 186].

В 1955 г. она защитила кандидатскую диссертацию, а в 1971 г. – докторскую. В течение своей научной работы Мария Григорьевна опубликовала около 50 научных работ. Она – соавтор учебного пособия «Номенклатура органических соединений» и учебника «Органическая химия». Мария Григорьевна постоянно участвовала в общественной жизни института, была редактором стенгазеты «Медик», а затем заместителем редактора газеты «Медик Севера» [4;396]. Профессор М.Г. Смирнова руководила кафедрой до 1985 г., за свой добросовестный труд профессор М.Г. Смирнова была награждена медалью «За доблестный труд», значком «Отличник здравоохранения», орденом «Дружбы народов» [3;72].

В 1986 г. руководителем кафедры был избран выпускник АГМИ 1964 г., доцент Евгений Иванович Кононов, который заведовал кафедрой до 2002 г. В 1968 г. Евгений Иванович стал кандидатом медицинских наук, в 1994 г. – доктором медицинских наук [1;86]. Е.И. Кононов изучал изменения метаболизма в коже при воздействии УФ. Под его непосредственным руководством работники кафедры исследовали процессы окислительной деградации липидов под действием свободных радикалов при стоматологической патологии, спектр липидов крови у жителей севера, изменения с возрастом в обмене фосфолипидов и холестерина, а также отличительные черты гормонального профиля северян. В 1997 г. Евгений Иванович стал профессором. В 2002 г. ему было присвоено звание «Заслуженный работник Высшей школы РФ», в 2006 г. был награжден орденом Архангела Михаила. Он опубликовал более 50 научных работ [3;72].

С 2002 по 2009 гг. кафедрой биохимии заведовали д.б.н., доцент Ирина Андреевна Кирпич, к.б.н., доцент Елена Николаевна Синицкая, к.б.н., доцент Елена Анатольевна Айвазова, д.м.н., профессор Андрей Горгоньевич Соловьев. Сотрудники кафедры Е.Н. Синицкая, И.А. Кирпич, С.Н. Лейхтер в период 1996-2006 гг. под началом профессора А.Г. Соловьёва изучали алкоголь-ассоциированные изменения

гомеостаза у больных с хроническим злоупотреблением алкоголя. Следствием их работ стали защищённые кандидатские и докторская диссертации [3;72].

С 2010 г. кафедрой руководила д.б.н., профессор Ольга Владимировна Зубаткина. В 1997 г. О.В. Зубаткина защитила кандидатскую, а в 2002 г. докторскую диссертации. Проф. О.В. Зубаткина – автор 63 научных публикаций, монографии «Метаболические критерии гомеостаза» (2004 г.). Под руководством профессора О.В. Зубаткиной исследовалось метаболитно-гуморальное влияние на адаптивный иммунитет, особенности профиля метаболитов энергетического обмена у северян [3;73].

В 2016 году состоялась очередная реорганизация кафедры, в ходе которой она вошла состав кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии. Теперь общее название кафедры – «Кафедра клинической биохимии, микробиологии и лабораторной диагностики» [3;73]. Сегодня в отделении биохимии новой кафедры расширяются исследования по фундаментальным направлениям.

Литература:

1. Андреева А. В., Боговая А. А. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2011 год; 2-е изд., доп. и испр. – Архангельск: КИРА, 2011. – 214 с.
2. Андреева А.В., Чирцова М.Г., Самбуров Г.О. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2015 год: в 2 т. Т. 1 // Сев.гос. мед. ун-т. – Архангельск, 2015. – 289 с.
3. Горбатова Л.Н., Оправин А.С. и др. Достояние Севера: АГМИ-АГМА-СГМУ: сборник статей / Архангельск: Издательство Северного государственного медицинского университета. – 2017. – С. 71-73.
4. Горбатова Л.Н. и др. АГМИ – АГМА – СГМУ: Достояние Севера. Персоналии / – Архангельск: Издательство Северного государственного медицинского университета. – 2019. – 526 с. [электронный вариант] (дата обращения: 13.09.2021).

НАУЧНЫЕ ТРУДЫ МАЛОИЗВЕСТНЫХ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ АГМИ-АГМА-СГМУ. ЧАСТЬ 1

Кобелев И.М.

ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет

Факультет медико-профилактического дела и медицинской биохимии, 6 курс, 2 группа

e-mail: ivan_kobelev_2017@mail.ru

Научный руководитель: Поздеев А.Л.

Аннотация: в статье обобщены малоизвестные результаты научной деятельности трёх преподавателей АГМИ-АГМА-СГМУ за всё время выполнения ими профессиональных обязанностей по обучению студентов медицинского вуза.

Ключевые слова: АГМИ, АГМА, СГМУ, Э.А. Осипова, В.А. Мылюева, Г.В. Добродеев.

На протяжении всего существования Архангельского государственного медицинского института (АГМИ) – Архангельской государственной медицинской академии (АГМА) – Северного государственного медицинского университета (СГМУ) было большое количество прославленных, известных и почитаемых преподавателей, внёсших весомый вклад в науку, выдвигаемых на различные научные премии и награды и занимающие руководящие должности в вузе и Министерстве здравоохранения Архангельской области. В тени их славы всегда были простые педагоги, ассистенты кафедр, которые занимались своим делом, обучали студентов, но их вклад в научно-исследовательскую деятельность нельзя назвать незаметным. Об этих педагогах, чьи имена я впервые встретил в Некрополе АГМИ-АГМА-СГМУ, и пойдёт речь в этой статье.

Одна из них – Эльва Ахметовна Осипова (11.05.1939 – 30.04.2005 гг.) – к.б.н., ассистент кафедры гистологии и эмбриологии с 1971 по 1999 гг. [4]. За время работы она проявила себя как усердный и дисциплинированный сотрудник, быстро осваивала материал и методику преподавания предмета и постоянно работала над повышением своей подготовки. Овладела методами гистологического и гистохимического исследования, освоила метод фотометрии, работу на электронном микроскопе и успешно вела научную деятельность. Эльва Ахметовна постоянно повышала свой уровень знаний и умений. Она окончила факультет повышения квалификации (ФПК) 1-го Московского медицинского института (1 ММИ) в 1976 г. За время учёбы она разработала методическое пособие по теме «Цитология». В 1987 г. Э.А. Осипова защитила кандидатскую диссертацию по теме «Гистология и гистохимия яичников тюленей» с присвоением учёной степени кандидата биологических наук во 2-ом Московском государственном медицинском институте имени Н.И. Пирогова. Она опубликовала 11 научных статей и ей принадлежит 3 рационализаторских предложения: «Определение холестерина в срезах тканей путём окрашивания

продуктов его окисления», «Использование полиэтиленгликоля в качестве эмульгатора для определения 3-В-01 стероиддегидрогеназы», «Способ гистохимического определения клеток, образующих стероидные гормоны». За свою активную общественную и научно-исследовательскую деятельность Эльва Ахметовна награждалась неоднократно Почётными грамотами, премиями, отмечалась в приказе ректора АГМИ, «Отличник санитарной обороны». Награждена медалью «Ветеран труда» и медалью Н.И. Пирогова [1].

Преподаватель Мылюева Валентина Афанасьевна (12.02.1938 – 10.12.2011 гг.) – ассистент кафедры кожных и венерических болезней АГМИ с 1970 по 2001 гг. [4]. Валентина Афанасьевна неоднократно проводила проф. осмотр рабочих клевого цеха и цеха смол фанерного завода Архангельского бумажного комбината (АБК). Разработала информационно – методическое письмо по диагностике, лечению и профилактике аллергических профессиональных дерматозов от мочевино-формальдегидных смол. Ею составлены методическое письмо и памятка для рабочих. В.А. Мылюева постоянно читала лекции для населения, выступала с ними по телевидению и радио. Занималась с врачами, прибывшими на кафедру на специализацию, выступала с докладами на врачебных конференциях. В 1975 г. выступала с докладом на Всероссийской конференции по профессиональным заболеваниям в г. Ленинграде на тему: «Контактные дерматиты от мочевино-формальдегидных смол у рабочих фанерного завода Архангельского бумажного комбината», в 1976 г. – на Межвузовской конференции по «Медико-биологическим проблемам акклиматизации и гигиены человека на Европейском Севере» с докладом на тему: «Об экскреции витаминов В1 и В2 с мочой у больных псориазом на Севере», в 1980 г. – на конференции «Вопросы акклиматизации и проблемы практического здравоохранения» на тему «Эпидемиология трихомикозов в Архангельской области». Также она принимала участие в работе научного общества дерматовенерологов, демонстрировала больных, выступала с докладами: «Профессиональные заболевания от смол», «Демодикоз», «Новое в лечении дерматозов». Популярная в своё время лекция «Мода и здоровье», разработанная Валентиной Афанасьевной, была напечатана обществом «Знание». В.А. Мылюева была автором книги для населения «Раз травинка, два травинка» о фитотерапии и народной медицине в косметике и дерматологии, которая была напечатана в 1993 г. в Северо-западном книжном издательстве. В процессе её научно-исследовательской деятельности было опубликовано около 20 научных статей. Труд В.А. Мылюевой неоднократно отмечался благодарностями ректора АГМИ, Почётной грамотой ректора АГМА и др. грамотами. Награждена медалью «Ветеран труда» в 1986 г. [2].

Рассмотрим научные труды ещё одного педагога АГМИ – Геннадия Викторовича Добродеева (19.12.1938 – 06.01.2005 гг.) – к.м.н., ассистента кафедры патологической анатомии АГМИ с 1964 по 1993 гг. [4]. За время преподавания в институте Г.В. Добродеев выполнял научные работы, которые были переданы для печати в Сборник 1-го Ленинградского медицинского института (1 ЛМИ), Сборник трудов АГМИ и журнал «Вопросы онкологии». С 1964 г. работал над кандидатской диссертацией. Отрабатывал методику наливки артериальной системы почек. В 1971 г. Г.В. Добродеев защитил диссертацию на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по теме «Клинико-анатомическая, гистологическая и гистохимическая характеристика опухолей почек» в 1 ЛМИ под руководством заведующей кафедрой патанатомии 1 ЛМИ, профессора Т.Б. Журавлёвой. После этого проводил исследование по теме «Эпидемиология ишемической болезни». В течение своей научно-исследовательской деятельности был автором и соавтором около 25 научных работ. Разработал способ оценки состояния иммунного ответа по морфологическим показателям, позволяющий подтверждать диагноз иммунодефицита и определять характер течения патологического процесса (обострение, хронизация). Способ защищён авторским свидетельством на изобретение. Геннадий Викторович участвовал совместно с сотрудниками кафедр микробиологии и патологической физиологии в разработке дифференциальных признаков опухолевого процесса, проведения поиска противоопухолевой эффективности ряда природных субстанций растительного происхождения – морских водорослей. За свои труды Геннадий Викторович был удостоен звания «Ударник коммунистического труда», представлен к Почётной грамоте Октябрьского РК КПСС и исполкома Совета народных депутатов [3].

Как вы можете заметить, каждый из трёх преподавателей АГМИ вложил свои силы и старания в развитие той или иной отрасли науки. Для одних учёных научные труды Э.А. Осиповой, В.А. Мылюевой и Г.В. Добродеева могли стать толчком для развития нового направления научно-исследовательской деятельности, для других – поводом задуматься о существующих проблемах и искать пути их решения. Тем не менее, научный вклад этих преподавателей ценен и всегда будет в памяти вуза, которому они посвятили многие годы своей жизни.

Литература:

1. Архив СГМУ (фонд 98). Личное дело ассистента кафедры гистологии и эмбриологии Осиповой Э.А. – 2021 г.
2. Архив СГМУ (фонд 98). Личное дело ассистента кафедры кожных болезней Мылюевой В.А. – 2021 г.
3. Архив СГМУ (фонд 98). Личное дело ассистента кафедры патологической анатомии Добродеева Г.В. – 2021 г.
4. Достояние Севера: АГМИ-АГМА-СГМУ: сборник статей / под ред. Л.Н. Горбатовой. – Архангельск: Издательство Северного государственного медицинского университета, 2017. – с. 390

НАУЧНЫЕ ТРУДЫ МАЛОИЗВЕСТНЫХ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ АГМИ-АГМА-СГМУ.

ЧАСТЬ 2

Кобелев И.М.

ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет

Факультет медико-профилактического дела и медицинской биохимии, 6 курс, 2 группа

e-mail: ivan_kobelev_2017@mail.ru

Научный руководитель: Поздеев А.Л.

Аннотация: в статье обобщены малоизвестные результаты научной деятельности четырёх преподавателей АГМИ-АГМА-СГМУ за всё время выполнения ими профессиональных обязанностей по обучению студентов медицинского ВУЗа.

Ключевые слова: АГМИ, АГМА, СГМУ, С.А. Мациевский, З.А. Копылова, Е.И. Таскаева, Ю.Ф. Маляхов.

На протяжении всего существования Архангельского государственного медицинского института (АГМИ) – Архангельской государственной медицинской академии (АГМА) – Северного государственного медицинского университета (СГМУ) было большое количество прославленных, известных и почитаемых преподавателей, внёсших весомый вклад в науку, выдвигаемых на различные научные премии и награды и занимающие руководящие должности в вузе и Министерстве здравоохранения Архангельской области. В тени их славы всегда были простые педагоги, ассистенты и доценты кафедр, которые занимались своим делом, обучали студентов, но их вклад в научно-исследовательскую деятельность нельзя назвать незаметным. Об этих педагогах, чьи имена я впервые встретил в Некрополе АГМИ-АГМА-СГМУ, и пойдёт речь в этой статье.

Один из них – Станислав Августинovich Мациевский (07.05.1982 – 25.02.1969 гг.) – ассистент кафедры нервных болезней, позже кафедры факультетской терапии с 1936 по 1951 гг.[5]. Им было опубликовано свыше 30 научных работ по своей специальности, среди которых работы об участии нервной системы в отмираниях получили высокую оценку специалистов на специальном совещании в Москве [1; 6]. Он часто выступал с научными докладами по невропатологии и физиотерапии на научных сессиях АГМИ, заседаниях научного общества невропатологов и психиатров, на научных клинических конференциях [1]. Станислав Августинovich принял участие в подготовке учебного пособия по диагностике заболеваний нервной системы [6]. За свою трудовую деятельность был удостоен ряда благодарностей от Архгубздра-вотдела. Он был награждён значком «Отличнику здравоохранения» (1944 г.), орденом Ленина (1951 г.) [1; 6]. В 1955 г. ему было присвоено звание Заслуженный врач РСФСР [6].

Преподаватель Зинаида Александровна Копылова (17.05.1926 – 29.09.1997 гг.) – к.м.н., доцент кафедры биохимии, где трудилась с 1959 по 1985 гг.[5]. В 1966 г. Зинаида Александровна защитила диссертацию по теме «О С – гиповитаминозных состояниях в Архангельской области и ультрафиолетовом излучении, как факторе, способствующем их развитию» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. За период работы в ВУЗе ей было опубликовано около 30 печатных научных работ по проблеме краевой патологии – «Профилактика С – гиповитаминозных состояний на Севере». Одна из этих работ в 1966 г. издана Северо-Западным книжным издательством в виде брошюры массовым тиражом для широкого круга читателей (2-е издание этой брошюры представлено к бронзовой медали на ВДНХ в 1981 г.), а в 1972 г. (в соавторстве с М.Д. Кивериним) – для студентов медицинских институтов. Кроме этого, З.А. Копылова была в командировке в г. Риге и г. Ленинграде для участия в работе 3 и 4-го Всесоюзного биохимического съезда в качестве делегата. Зинаида Александровна уделяла много внимания работе научного студенческого кружка на кафедре биохимии, где под её руководством регулярно работало несколько студентов ВУЗа. Выполненные ими работы постоянно публиковались в печати, а одна из работ даже была отмечена грамотой Всесоюзного конкурса на лучшую научную студенческую работу в 1962 г. З.А. Копыловой в 1969, 1981, 1985 гг. была объявлена благодарность за свой труд от ректора ВУЗа. Также имела почётные грамоты Обкома и райкома профсоюза медработников. Она имела почётное звание Ударника коммунистического труда с 1979 г. [2].

Рассмотрим научные труды педагога АГМИ Таскаевой Елены Исааковны (11.03.1933 – 22.07.2015 гг.) – ассистента кафедры акушерства и гинекологии с 1971 по 1991 гг.[5]. Во время работы в институте она изучила течение родов при тазовых предлежаниях, выработала методику рационального ведения родов при данных ситуациях и изложила её в инструктивно-методическом письме. Изучила течение беременности, родов и послеродового периода у женщин, в прошлом перенёсших гонорею, и с результатами исследований выступила на научно-практической конференции области. Также она исследовала особенности течения беременности, родов и состояние новорожденных у женщин, больных пиелонефритом. Результаты работы были представлены на Всесоюзной конференции в г. Красноярске. На областных научно-практических конференциях врачей – акушеров – гинекологов в 1978 и 1979 гг. выступала с до-

кладами по разделам темы «Пиелонефрит и беременность». Елена Исаковна проводила наблюдения за женщинами с отёками, которым применяла новый метод лечения положительной гемодилюции. В период своей работы на кафедре опубликовала 5 печатных научных работ. Елена Исаковна была награждена значком «Отличник санитарной обороны» в 1969 г. За добросовестное отношение к своим обязанностям награждалась Почётными грамотами и ей неоднократно объявлялись благодарности по линии АГМИ [3].

Преподаватель АГМИ – АГМА Юрий Фёдорович Малахов (31.08.1938 – 24.10.2013 гг.) – к.м.н., доцент кафедры нормальной анатомии, на которой трудился с 1965 по 1999 гг. [5]. В 1968 г. он защитил диссертацию на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по теме «О состоянии активности ацетилхолинэстеразы в органах и тканях белых крыс в норме, при экспериментальном опухолевом росте и его химиотерапии сарколизином». По теме диссертации и по исследованию холинергических нервных структур внутренних органов им написано 44 научных работы и оформлены 2 местных рационализаторских предложения по выявлению холинергических нервных элементов на тотальных препаратах: №28/85, №30/89. В 1979 г. выступал с докладом на пленуме ВНОАГЭ в г. Перми. Работа «Морфофункциональные особенности АХЭ – позитивных нервов субэпикардального сплетения и венечных сосудов» была доложена им на 51 научной конференции в 1993 г. в стенах АГМА, а также в лаборатории профессора Давид Латрана университета г. Тромсе (Норвегия). Неоднократно докладывал о топографии холинергических структур в различных тканях и органах на научных конференциях АГМИ, в других городах, на Всесоюзных съездах анатомов, гистологов и эмбриологов (АГЭ), в Архангельском отделении АГЭ. За хорошую педагогическую работу, научную и общественную деятельность Ю.Ф. Малахов имел благодарности ректора АГМИ, АГМА, также был награждён грамотой ЦК ВЛКСМ за активную работу по разработке научных проблем, дипломом Всесоюзной научной конференции. Он был Ударником коммунистического труда (с 1976 г.) [4].

Как вы можете заметить, каждый из четырёх преподавателей АГМИ – АГМА – СГМУ вложил свои силы и старания в развитие той или иной отрасли науки. Для одних учёных научные труды С.А. Мациевского, З.А. Копыловой, Е.И. Таскаевой, Ю.Ф. Малахова могли стать толчком для развития нового направления научно-исследовательской деятельности, для других – поводом задуматься о существующих проблемах и искать пути их решения. Тем не менее, научный вклад этих преподавателей ценен и всегда будет в памяти вуза, которому они посвятили многие годы своей жизни.

Литература:

1. Архив СГМУ (фонд 98). Личное дело ассистента кафедры нервных болезней Мациевского С.А. 2021 г.
2. Архив СГМУ (фонд 98). Личное дело доцента кафедры органической и биологической химии Копыловой З.А. 2021 г.
3. Архив СГМУ (фонд 98). Личное дело ассистента кафедры акушерства и гинекологии АГМИ Таскаевой Е.И. 2021 г.
4. Архив СГМУ (фонд 98). Личное дело доцента кафедры нормальной анатомии АГМИ Ю.Ф. Малахова. 2021 г.
5. Достояние Севера: АГМИ-АГМА-СГМУ: сборник статей / под ред. Л.Н. Горбатовой. – Архангельск: Издательство Северного государственного медицинского университета, 2017. – с. 390
6. Архангельский некрополь (электронный ресурс) [Дата доступа: 27.10.2021] URL: <http://arh-necropol.narod.ru/index/macievskij/0-94>

А.А. БОБРОВ – ИЗОБРЕТАТЕЛЬ АППАРАТА БОБРОВА ДЛЯ ПОДКОЖНЫХ ИНЪЕКЦИЙ

Кобелев И.М.¹, Шишова Н.Ю.²

1 – ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России. Студент 2 группы 6 курса факультета медико-профилактического дела и медицинской биохимии. E-mail: ivan_kobelew_2017@mail.ru

2 – ФГБОУ ВО «Северный Государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России. Студент 1 курса лечебного факультета.

E-mail: shishova.natasha2003@yandex.ru

Научный руководитель: Андреева А.В.

Аннотация: представлен краткий обзор, посвященный научной и медицинской работе Боброва Александра Алексеевича. Определена значимость талантливой деятельности замечательного ученого, врача в развитии отечественной медицины.

Ключевые слова: А.А. Бобров, Московский университет, здравница, рентгеновский кабинет, бактериологическая лаборатория, аппарат Боброва.

Россия на протяжении веков славится многими известными и выдающимися учёными в области медицины. В одном ряду с ними стоит талантливый врач-хирург, профессор Александр Алексеевич Бобров (представлен на рисунке 1). На протяжении своей жизни он сделал много открытий на лечебном поприще, изобретал новые аппараты, организовывал, экспериментировал, вносил ценные предложения по изменению тактики лечения заболеваний. Это был свой «Ломоносов» медицины, так как ему были подвластны многие области врачевания: урология, нейрохирургия, ортопедия, пластическая хирургия, травматология и др. О его трудовом пути, достижениях и будет рассказано в этой статье.

А.А. Бобров родился 29 мая 1850 г. в городе Орёл Орловской губернии в семье чиновника. В 1869 г. он завершил обучение в Орловской гимназии и поступил на медицинский факультет Московского университета (МУ), который окончил в 1874 г. со степенью лекаря с отличием. В студенчестве был награжден золотой медалью за научное исследование по теме «Сотрясение мозга и травматическое оцепенение (шок)» [1].



А.А. Бобров

После окончания университета А.А. Бобров был ординатором госпитальной хирургической клиники профессора И.Н. Новацкого, которая размещалась в Ново-Екатерининской больнице. Начавшаяся Русско – турецкая война (1877 – 1878 гг.) приостановила работу хирурга. В 1877 г. Александр Алексеевич был отправлен как военный врач в сортировочный пункт г. Яссы (в н.вр. – город в Румынии), после этого трудился в качестве хирурга полевого госпиталя в бессарабском городе Фратешты. Трудился в госпитале под руководством небезызвестного врача – хирурга С.П. Коломнина, а материал, собранный в годы войны, стал основной частью его диссертации на соискание учёной степени доктора медицинских наук «О механизме переломов трубчатых костей от действия пули», которая была защищена в 1880 г.

В марте 1881 г. А.А. Бобров был удостоен звания приват-доцента кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии МУ, в результате чего получил право выполнять обязанности прозектора и преподавать десмургию с учением о костных переломах. В 1883 г. Александр Алексеевич был утвержден доцентом, а в 1885 г. – экстраординарным профессором (в 1898 г. – ординарным профессором), возглавив кафедру, на которой работал. Однако учёный не прощался с лечебной работой, являясь консультирующим врачом в Басманной и Яузской больницах. Первым в мире он разработал и предложил аппарат для подкожного введения растворов путём создания избыточного давления в сосуде с вводимой жидкостью. Аппарат Боброва долгие годы применялся медицинскими учреждениями в случае обезвоживания организма пациентов, при больших кровопотерях, иногда при диабетической коме.

В 1882 г. после того, как И.Н. Новацкий ушёл в отставку, профессор А.А. Бобров стал заведующим хирургической клиникой на 40 коек Ново-Екатерининской больницы, в которой одновременно курсу Н.В. Склифосовского читал лекции по хирургическим заболеваниям. В 1893 году после отправления Н.В. Склифосовского в Санкт-Петербург Александр Алексеевич стал во главе Факультетской хирургической клиники МУ и кафедры хирургических болезней при ней, в которой трудился до конца жизни. Во время работы в клинике он организовал бактериологическую лабораторию, осуществляющую контроль воздуха в клинике, за руками хирургов, анализ действия применявшихся антисептиков. В этой же лаборатории была создана противостолбнячная сыворотка [2; 5].

А.А. Бобров первым в России в 1898 г. включил в состав своей клиники рентгеновский кабинет, вследствие чего было повышено качество обнаружения и излечения различных повреждений и заболеваний. В 1899 г. Александр Алексеевич впервые благодаря рентгенологическому исследованию определил месторасположение пули в головном мозге и удачно удалил её [5].

Одним из направлений научной деятельности А.А. Боброва была нейрохирургия, где он разработал новые методы оперативных вмешательств. Так, когда он занимался поиском метода лечения травматической эпилепсии, им был предложен способ пластического закрытия повреждения черепа. Этот способ был разработан Александром Алексеевичем одновременно и независимо с другим учёным, немецким хирургом Ф. Кенига в 1890 г. Сейчас метод носит название этих двух изобретательных врачей.

А.А. Бобров был заинтересован оперативным лечением урологических заболеваний, эффективно занимался сосудистой хирургией. Им была предложена операция по иссечению гемангиомы. Александр Алексеевич был одним из первых, кто применил лечение аппендицита резекцией червеобразного отростка [4].

Своим здоровьем доктор не мог похвастаться, его мучил костный туберкулез. Зная, насколько мучительна эта болезнь, А.А. Бобров был обеспокоен проблемой детского костного туберкулеза. В приморском селении Алупка Александр Алексеевич и решил основать здравницу. 16 апреля 1902 г. в торжественной

обстановке произошло официальное открытие здравницы в присутствии меценатов, ялтинских докторов и первых больных. Первыми пациентами клиники стали 16 детей с наиболее тяжёлой формой туберкулёза. Александр Алексеевич все свои силы и талант врача вложил в выздоровление больных малышей. Он с супругой не оставлял санаторий, ухаживая за подопечными. Клиника стала их домом, так как свой личный дом А.А. Бобров подарил Алушке, и в нём сразу открыли детский сад [3; 6].

По состоянию здоровья долго руководить здравницей Александру Алексеевичу не пришлось. В самом расцвете жизненных и творческих сил, в возрасте 54 лет, он умер в Алушке. Замечательного и выдающегося доктора А.А. Боброва не стало 26 ноября 1904 г., но созданный им санаторий в народе и по сей день ласково называют «Бобровкой» [1].

Александр Алексеевич Бобров сделал очень много для отечественной медицины, и труд его сложно переоценить. Он великолепно проявил себя как врач-хирург, учёный, организатор здравоохранения, филантроп и прекрасный наставник, обучив многих крупнейших хирургов России. Вполне заслуженно имя профессора А.А. Боброва стоит в ряду выдающихся деятелей науки Российской империи рубежа XIX-XX веков.

Литература:

1. Сухоруков В. Н. Биографический словарь Крыма. Книга первая – Симферополь: Бизнес-Информ, 2011. – 528 с.
2. М. Б. Мирский. История медицины и хирургии. – 2010.
3. Бобров Александр Алексеевич Большая советская энциклопедия : [в 30 т.] / гл. ред. А. М. Прохоров. – 3-е изд. – М. : Советская энциклопедия, 1969–1978
4. Александр Алексеевич Бобров. К 150-летию со дня рождения // Хирургия: журнал. – 2000. – № 8. Архивировано 27 февраля 2014 года.
5. Александр Бобров – радио ВЕРА. (электронный ресурс) [Дата обращения: 18.10.2021] URL: <https://radiovera.ru/aleksandr-bobrov.html>
6. Профессор Бобров Александр Алексеевич. / Алушка. Достопримечательности // Портал Большая Ялта. – 21.12.2013. (электронный ресурс)[Дата обращения 23.11.2021]URL: <https://www.bigyalta.net/blog/professor-bobrov-aleksandr-alekseevich-sanatoriy-imeni-bobrova/>

ВРАЧ И УЧИТЕЛЬ – ПРОФЕССОР АНАТОЛИЙ НИКОЛАЕВИЧ ЯРОШЕНКО

Кузина С. Д., Крайнова М. К.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Студентки 5 группы 1 курса стоматологического факультета

E-mail: skuzina418@gmail.com, kraynova.marusya@gmail.com

Научные руководители: к.м.н., доц. Н. Г. Давыдова; А. В. Андреева

Аннотация: в статье описываются достижения профессора А. Н. Ярошенко в клинической, педагогической и научно-исследовательской деятельности.

Ключевые слова: стоматолог, профессор, стоматологический факультет АГМИ, кариес зубов у детей Архангельской области.



Ярошенко А. Н.

Ежегодно в первый понедельник октября во многих странах отмечают Международный день врача (International Doctors' Day), а 5 октября – Всемирный день учителя (World Teachers' Day) – профессиональный праздник работников сферы образования. Для многих представителей учебных медицинских учреждений оба этих праздника являются профессиональными. Одним из врачей, ставший для многих учителем, является Ярошенко Анатолий Николаевич (см. Рисунок 1) – известный советский стоматолог, доктор медицинских наук, профессор, который стоял у истоков создания стоматологического факультета в Архангельском государственном медицинском институте (АГМИ).

Анатолий Николаевич Ярошенко родился 25 мая 1929 г. в городе Армавир Краснодарского края [5]. В 1952 г. Анатолий Николаевич окончил Московский медико-стоматологический институт (ММСИ), который ранее называли «Третий мед». Сегодня это – Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова, один

из крупнейших центров высшего медицинского образования и целого ряда смежных специальностей, главный российский вуз по подготовке врачей-стоматологов.

После окончания ММСИ А. Н. Ярошенко по распределению работал заведующим Знаменским райздравотделом Смоленской области. В 1954 г. он вернулся в Москву, где начал работать врачом-стоматологом стоматологической поликлиники № 1, через два года стал главврачом стоматологической поликлиники № 12. В 1958 г. он поступил в аспирантуру ММСИ, по окончании которой в 1961 г. был направлен на работу в Архангельск, где был избран на должность заведующего кафедрой терапевтической стоматологии АГМИ [5].

Кафедра терапевтической стоматологии была создана в 1960 г., ее первым заведующим был ленинградский врач – стоматолог В. М. Куканов, с которым работали всего 2 преподавателя: Т. М. Макейчева и П. Г. Князева. Первые стоматологи были все приезжими из других городов [1,178].

С началом руководства кафедрой Ярошенко А. Н. связано увеличение штата, усиление материальной базы, оснащение оборудованием. Под его руководством коллектив кафедры (Ребров В. И., Рябец Ю. Е., Суслонova Г. А., Князева П. Г., Марков Б. Г.) приступил к изучению стоматологических заболеваний у жителей Севера. В 1963 г. в этой команде профессионалов начал работать один из первых выпускников стоматологического факультета АГМИ В. П. Зеновский, которому в 1974 г. А. Н. Ярошенко передал руководство кафедрой терапевтической стоматологии АГМИ [1,179].

Основным направлением научных исследований Анатолия Николаевича стало изучение распространенности кариеса зубов среди дошкольников и школьников Архангельской области и разработка конкретных мер по профилактике. Среди его работ по данному вопросу известны следующие: «Изучение географического распространения кариеса зубов среди школьников Архангельской области» (1965), «Распространенность кариеса зубов среди дошкольников и школьников Архангельской области» (1966), «Значение фтора и витамина С в профилактике кариеса зубов у школьников Архангельской области» (1967), «Сравнительная характеристика содержания витамина В₁ и витамина С в крови школьников с интактными зубами и школьников, пораженных множественным кариесом» (1968), «Акклиматизация и краевая патология человека на Севере» (1970).

В 1970 г. он защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук «Кариес зубов у детей Архангельской области и материалы к обоснованию мер его профилактики» и избран профессором [5].

Среди его работ можно выделить публикации, касающиеся вопроса стоматологических заболеваний людей рабочих специальностей: «Опыт организации комплексной стоматологической диспансеризации рабочих Архангельского целлюлозно-бумажного комбината. Гигиена медицинского обслуживания трудящихся и санитарная охрана внешней среды при производстве целлюлозы» (1968), «Организация стоматологической помощи рабочим на Архангельском целлюлозно-бумажном комбинате» (1971), «Состояние полости рта у лесорубов и организация санационной работы в леспромпхозах Архангельской области» (1972), «Состояние пародонта у рабочих в условиях Севера» (1973). Интерес представляет собой работа, направленная на развитие практики, которой так славится наш университет: «Наглядность в педагогическом процессе на фантомном курсе при освоении учебной темы: «Приготовление и применение пломбирочных материалов»» (1971). Среди сочинений Анатолия Николаевича следует отметить: «Содержание натрия и магния в твердых тканях зубов населения Архангельской области» (1967), «Физико-химическая характеристика питьевой воды некоторых районов архангельской области» (1972), «Пародонтоз – актуальная проблема в патологии Севера» (1973).

С 1965 по 1973 гг. Анатолий Николаевич был деканом стоматологического факультета АГМИ. В этот период активно налаживались научные связи с ведущими научными стоматологическими школами страны, АГМИ дважды посетил директор ЦНИИС академик АМН СССР Анатолий Иванович Рыбаков, который принял активное участие в развитии молодого факультета.

Анатолий Николаевич также был увлечен общественной работой. Он являлся членом парткома АГМИ, председателем научного общества стоматологов. Его интерес к географическим закономерностям распространения стоматологических заболеваний отразился в занимаемых им должностях: Анатолий Николаевич был руководителем Архангельской секции медицинской географии и секции советско-болгарской дружбы. Он был членом правления Всероссийского общества стоматологов и членом президиума обкома медицинских работников.

Многочисленные заслуги Анатолия Николаевича не остались без внимания со стороны государства. Он был награжден медалью «За доблестный труд. В ознаменование 100-летия со дня рождения В. И. Ленина», а также знаком «Отличник здравоохранения» [5].

Из АГМИ профессор Ярошенко уволился 19 июня 1974 г., работал в Москве. Ученый скончался в возрасте 85 лет, о чем сообщили его ученики в 2014 г. [3].

В музее СГМУ память о Ярошенко Анатолии Николаевиче и его заслугах представлена на выставке по истории стоматологии, что позволяет новому поколению стоматологов помнить и чтить имена врачей и педагогов. На кафедре терапевтической стоматологии помнят имя ученого, его заслуги представлены в трудах по истории кафедры и вуза.

Литература:

1. Достояние Севера: АГМИ-АГМА-СГМУ: сборник статей / под ред. Л. Н. Горбатовой. Архангельск, издательство СГМУ, 2017. 400 с.
2. Полвека вместе. К 50-летию стоматологического факультета Северного государственного медицинского университета / А. Л. Рожков [и др.]. Архангельск : Издательство СГМУ , 2008. 95 с.
3. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2014 год/ СГМУ, Архангельск, 2014. 305 с.
4. Оправин А. С. Кафедра терапевтической стоматологии // Медик Севера. 2018. Окт. С. 6-7.
5. Личное дело А. Н. Ярошенко. Архив СГМУ, 2021 г.
6. Достояние Севера. Персоналии. [2020]. Режим доступа: <http://www.nsmu.ru/university/museum/proekt-tom-perso..> (дата обращения: 03.10.2021).
7. История стоматологического факультета. [2021]. Режим доступа: <http://www.nsmu.ru/student/faculty/faculty/stomat/histori.php> (дата обращения: 03.10.2021).
8. Интервью с сотрудниками кафедры терапевтической стоматологии СГМУ, 2021 г.

ВКЛАД ЭТЬЕНА-ЛУИ АРТУРА ФАЛЛО В РАЗВИТИЕ МИРОВОЙ КАРДИОЛОГИИ

Кучерявая М.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)

Минздрава России. Студент 1 курса лечебного факультета. E-mail: 2centowner@gmail.com

Научные руководители: К.Ю. Кривонкин, А.В. Андреева

Аннотация: Статья посвящена биографии и научным трудам французского врача Этьена-Луи Артура Фалло, который внес большой вклад в диагностирование «синюшной болезни» и развитие кардиологии.

Ключевые слова: Тетрада Фалло, врожденный порок сердца.



A. FALLOT 1850 - 1911

Этьен-Луи Артур Фалло

На написание этой статьи меня подтолкнул интерес к изучению знаменательных открытий в истории развития кардиологии. В данной статье представлены биография и «именное» открытие Этьена-Луи Артура Фалло, которые, я считаю, привлекут внимание заинтересованных читателей.

В 2021 г. исполнилось 110 лет со дня смерти Этьена-Луи Артура Фалло (1850-1911), который известен мировой общественности, как кардиодиагност, впервые детально описавший четыре патологии, встречающиеся при «синюшной болезни», поэтому они носят его имя и названы «тетрада Фалло»[1]. Эпоним «тетрада Фалло» не стал нарицательным в словаре детской кардиологии в течение нескольких десятилетий после доклада Этьена-Луи Артура Фалло во французском медицинском журнале, однако сейчас он известен по всему миру. До Фалло были и другие, кто описывал аномальные анатомические образования сердца, обнаруженные в тетраде Фалло, но именно его имя закрепилось за эпонимом этого состояния, потому что А. Фалло первому удалось систематизировать и обобщить симптомы, связать их с болезнью.

Этьен-Луи Артур Фалло родился во Французском городе Сет (провинция Эро, вблизи Марселя) (Рисунок 1). Фалло начал своё обучение в лицее города Марсель, где ежегодно получал множество различных наград за успехи в изучении биологии, химии и математики. Впоследствии, в 1867 г., он поступил в Марсельский университет, где обучался на медицинском факультете, и, по окончании полного курса, в котором в 1876 г. защитил диссертацию и стал доктором медицины [6].

Всю свою медицинскую карьеру он строил в Марселе. В 1883 г. Фалло получил место ассистента профессора в высшей школе медицины, а в 1888 г. стал профессором гигиены и судебной медицины в том же учебном заведении, занимая эту должность до самой смерти.

В Парижской библиотеке Академии медицины хранятся множество его трудов, демонстрирующих его огромный вклад в развитие медицины. Одними из его трудов являются описание локальной эпидемии холеры, случаев врожденной грудной аплазии, гемиплегии, но наиболее широко известным, в наше время, открытием является детальное описание патологий «синюшной болезни», названное его именем. Этьен-Луи Артур Фалло был гениальным специалистом, способным не только находить индивидуальные подходы к каждому пациенту, но и сострадать и помогать людям теплым словом. Его исключительные методы обследования позволяли безошибочно выяснять причину недугов и искоренять их на ранних стадиях [3].

Несмотря на свои научные достижения, великий французский ученый вел аскетический образ жизни и умер в мае 1911 г. после болезни.

Этьен-Луи Артур Фалло – поистине невероятный врач, специалист и ученый, внесший немаловажный вклад в развитие исследований заболеваний сердечно-сосудистой системы. Один из его главных трудов – описание «синюшной болезни». Фалло показал, что она может быть диагностирована лишь после смерти больного, при сочетании четырех анатомических компонентов: дефект межжелудочковой перегородки, стеноз устья легочной артерии, гипертрофия правого желудочка, декстروпозиция аорты. [5]. Тетрада Фалло образуется в результате неправильного развития правых частей сердца плода в утробе матери. Причина возникновения этого дефекта до сих пор остается неизвестной. При данном заболевании неправильно формируются такие сердечные структуры, как клапан легочной артерии, правый желудочек и межжелудочковая перегородка. Это наиболее распространенный цианотический («синий») порок сердца, который несколько чаще встречается у представителей мужского пола. Тетрада Фалло встречается у одного из 1000 новорожденных с врожденными пороками сердца [4].

Тетрада Фалло – серьезная проблема кровообращения, так как происходит ограничение поступления крови в легкие. У некоторых детей настолько выраженное сужение выходного отдела правого желудочка, что значимый цианоз и очень низкое содержание кислорода в крови возникает сразу после рождения. Продолжительность жизни больных тетрадой Фалло определяется степенью кислородного голодания и в среднем составляет около 10-14 лет. Диагностика тетрады Фалло, как и других кардиологических заболеваний, основывается на разработке клинической электрокардиографии, также являющейся эпонимом – треугольнике Эйнтовена [2].

Активное изучение этих пороков ведется и в наше время. В 1944 г. была проведена первая в мире успешная операция по устранению дефекта. В 1962 г. была разработана система протезирования, позволяющая устранить дефект. А в 1970-х годах по всему миру распространялись идеи о двухэтапном оперативном лечении.

Немногим позднее было выявлено, что тетрада Фалло может сопровождаться другими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а также хромосомными аномалиями. Она ассоциируется с отсутствием створок клапана легочной артерии, аномалиями венечных артерий, атрезией легочной артерии, чаще встречается у людей с синдромом Патау, синдромом Эдвардса, синдромом Дауна.

Список источников:

1. Бородулин В.И. Клиническая медицина от истоков до 20-ого века.-С.157-М., 2015.
2. Холльдак К., Вольф Д. Атлас и руководство по Фонокардиографии-№6.-С. 203.-М., 1964.
3. Чернов А.З., М.И. Кечкер М.И. Электро-графический атлас-С.120-М., 1979.
4. «Биография Этьена-Луи Артура Фалло» [Электронный ресурс] URL:<http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/2030.html> (Дата доступа 25.11.2021)
5. «Тетрада Фалло» [Электронный ресурс] URL:<https://meduniver.com/Medical/cardiology/149.html> (Дата доступа 27.11.2021)
6. «Этьен-Луи Артур Фалло (1850-1911)» [Электронный ресурс] URL: <https://www.historiadelamedicina.org/fallot.html> (Дата доступа 27.11.2021)

К 125-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ СОВЕТСКОГО ИСТОРИКА МЕДИЦИНЫ Ф.Р. БОРОДУЛИНА

Манаков А.А.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)

Минздрава России

Студент 1 курса 3 группы лечебного факультета

E-mail: alexandermanakoff@yandex.ru

Научный руководитель: Андреева А.В.

Аннотация: в статье представлена информация о видном советском историке медицины, авторе нескольких десятков научных работ, создателе теории нервизма Ф.Р. Бородулине.

Ключевые слова: институт красной профессуры, нервизм, история медицины, Бородулин.

Одним из выдающихся историков медицины XX века по праву считается доктор медицинских наук, профессор Феодосий Романович Бородулин (1896 – 1956), оставивший след своего научного творчества в подробном изучении древней медицины и вопросов нервизма, актуальных по сей день. Эта яркая личность представляет особый интерес, поскольку является одним из основоположников советской истории медицины, преподавателем и наставником таких знаменитых ученых, как Ю. П. Лисицын, М. А. Тикотин, Н. А. Григорьян.



Феодосий Романович родился в январе 1896 г. в многодетной крестьянской семье, проживавшей в деревне Большие Лежни Полоцкого уезда (ныне Шумилинский район) Витебской области (Белоруссия). После обучения в сельской школе учился в Витебске, где окончил гимназию, в которой получил первые революционные знания. Феодосий Бородулин участвовал в событиях Февральской и Октябрьской революций, Гражданской войны. Политическая карьера в тот момент была для него превыше всего, что в последующие годы подверглось критике коллег. После окончания Гражданской войны Ф.Р. Бородулин быстро поднимался по карьерной лестнице, был на политических должностях (заместитель председателя Витебского революционного комитета и одновременно Витебского исполнительного комитета Совета рабочих, крестьянских и солдатских депутатов) [1].

С 1918 по 1923 гг. Бородулин учился на медицинском факультете Московского государственного университета. Ф.Р. Бородулин, являясь членом КПСС, участвовал в подавлении кронштадтского восстания и кулацких мятежей, ликвидации белогвардейских банд. С 1923 по 1928 гг. Бородулин

обучался на естественном факультете в Институте Красной профессуры (ИКП) – специальном высшем учебном заведении ЦК ВКП(б) для подготовки высших идеологических кадров партии и преподавателей общественных наук в вузах. ИКП был образован в соответствии с постановлением СНК РСФСР в 1921 г. «Об учреждении Института по подготовке Красной Профессуры» в крайне сжатые сроки и быстро стал новым крупнейшим центром науки. Основной формой обучения в ИКП в 1920-е гг. была работа в семинарах, где слушатели изучали и обсуждали вопросы экономической теории К. Маркса, истории философии, революций, рабочего и крестьянского движений. Студенты издавали большое количество книг, статей, активно участвовали в научных дискуссиях и конференциях. Обязательной частью учебного процесса была партийная работа и педагогическая практика [2].

С 1928 по 1932 гг. Бородулин был на педагогической и клинической работе в Первом Московском медицинском институте в должностях ассистента и доцента терапевтической клиники, на клинической работе – в Московской больнице в должности заведующего терапевтическим отделением.

В своей ранней статье «Кризис современной медицины» в 1928 г. Бородулин дал анализ причин кризисов в естествознании и ответил на вопрос, является медицина наукой или искусством, с точки зрения марксизма. В последующие годы, работая доцентом и заведующим кафедрой истории медицины Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, он публикует несколько научных работ под названиями «Медицина родового строя», «Античная медицина». Стоит отметить, что во всех трудах ученого прослеживается глубокий марксистский анализ изучаемого предмета, выдвижение на передний план главных проблем данного периода, направлений и идей в развитии медицины.

Великая Отечественная война временно прервала научную деятельность Феодосия Романовича. 2 июня 1942 г. он добровольно ушел на фронт, в качестве армейского терапевта прошел с советскими войсками от Воронежа до Праги. Подполковник медицинской службы Ф.Р. Бородулин награжден орденом Красной Звезды 25 февраля 1944 г. [3].

Великая Отечественная война стала тяжелейшим испытанием для его Родины – Витебской области. Так, 27 сентября 1942 г. немцы сожгли в амбаре десятки его земляков – мирных жителей. Бородулин принял деятельное участие в увековечивании памяти односельчан и исследованиях о жертвах фашизма на Витебской земле, где сегодня находятся около 120 мест боевой и воинской славы, более 60 захоронений, в которых покоятся около 12 тысяч защитников Отечества, включая 13 Героев Советского Союза.

Главным вкладом Бородулина в развитие физиологии стало изучение истории ее важнейшего принципа – нервизма, которую он разделил на три характерных периода, связанных с именами русских и зарубежных ученых. Нервизм представляет собой теорию о главенствующем значении нервной системы живого организма в регуляции его физиологических функций и процессов. Наряду с К. Бернаром, И. М. Сеченовым, И.П. Павловым Бородулин разрабатывал его концепцию, значительно повлияв на развитие советской физиологии. Он считал нервизм отражением естественно – научных и медицинских взглядов, основой которых стала система философских знаний. К сожалению, Бородулин не успел завершить написание единого труда, охватывающего все три этапа развития нервизма в России. Перед его учениками и последователями стоит задача дальнейших исследований этой актуальной проблемы истории медицины. В послевоенные годы историк работал над монографиями «С. П. Боткин и неврогенная теория» и «К истории нервизма в отечественной медицине», вышедшими в 1949 и 1955 гг. соответственно. Именно теория нервизма позволила по-новому взглянуть на проблему сущности здоровья и болезни, на пути лечения и профилактики заболеваний.

Ученый скончался 11 декабря 1956 г., похоронен в Москве на Даниловском кладбище.

В настоящее время существуют однофамильцы профессора, которые успешно занимаются историей медицины. Так, Владимиру Иосифовичу Бородулину, доктору медицинских наук, принадлежат более 200 научных публикаций, посвященных проблемам истории клинической медицины, медицинской энциклопедистики, вопросам терапии внутренних болезней, электрорентгенографической диагностики пороков сердца [4].

Литература:

1. М. К. Кузьмин, Ю. П. Лисицын, О. А. Александров. История медицины: Избр. лекции. – Москва: Медгиз, 1961. – 252 с.
2. Российская академия народного хозяйства и государственной службы при президенте Российской Федерации / Институт красной профессуры – 95 лет. URL: <https://lib.ranepa.ru/ru/virtualnye-vystavki/31-institut-krasnoj-professury-95-let> (дата обращения: 30.11.21).
3. Память народа 1941 – 1945 / Бородулин Феодосий Романович. URL: <https://pamyat-naroda.ru/> (дата обращения: 30.11.21)
4. Владимир Иосифович Бородулин. URL: <https://www.livelib.ru/author/267934-vladimir-borodulin> (дата обращения: 27.09.21)

К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА, ДОЦЕНТА А. Л. РОЖКОВА

Местечко Я.В.

Северный государственный медицинский университет.

Студентка 2 курса стоматологического факультета.

E-mail: ymestechko02@mail.ru

Научные руководители: д.м.н., проф. Юшманова Т.Н., к.м.н., доц. Давыдова Н.Г., к.м.н., доц. Скрипова Н.В.

Аннотация: Статья приурочена к восьмидесятилетнему юбилею Анатолия Лукича Рожкова (1941–2014) – врача стоматолога-ортопеда, декана стоматологического факультета АГМИ – АГМА – СГМУ.

Ключевые слова: декан, ортопедическая стоматология, доцент

16 июня 2021 г. исполнилось 80 лет со дня рождения Анатолия Лукича Рожкова (1941–2014) – доцента кафедры ортопедической стоматологии, кандидата медицинских наук, врача стоматолога-ортопеда, Заслуженного врача РФ, почетного работника Северного государственного медицинского университета (см. Рисунок 1). К сожалению, мне не случилось узнать А.Л. Рожкова как человека, преподавателя, декана факультета. Но в рассказах, воспоминаниях студентов-старшекурсников, выпускников стоматологического факультета Анатолий Лукич был легендарной личностью нашего вуза. На протяжении 34 лет он являлся бессменным деканом стоматологического факультета, успешно совмещая руководство факультетом с руководством кафедрой ортопедической стоматологии (1980 – 2000гг.).

История нашего факультета началась в 1958г., т.е. в этом году ему исполнилось 63 года, и более половины этого срока факультетом руководил Анатолий Лукич. Поистине – ЛЕГЕНДА!

Начиная знакомство с биографией Анатолия Лукича, я поставила перед собой вопросы: каким был этот человек, каков его вклад в развитие нашего университета, факультета? Каковы воспоминания о нем выпускников, сотрудников университета, кафедры?

В первую очередь я обратилась к выпускникам стоматологического факультета (2001г.). Татьяна и Андрей Алексеевы (г. Ярославль): «Мы попали к Анатолию Лукичу в 1996 г., он принял всех нас – молодых студентов с теплом в сердце. Обучение в медицинском ВУЗе поистине одно из самых сложных, однако, Рожков А.Л. очень облегчил нам этот путь, потому что давал не только все необходимые знания и умения для будущей профессии, но развивал в нас такие качества, как добросовестность, честность, трудолюбие, ответственность, взаимная поддержка, которые сопровождают каждого по жизни. Вспоминая то время, убеждаешься, что получение стоматологического образования с таким преподавателем, как Анатолий Лукич, становилось вовсе не трудным, а самое главное – очень интересным! Несмотря на трудности, мы должны прилагать все свои усилия, чтобы соответствовать лучшему в своем деле! Низкий поклон нашему декану и преподавателю Анатолию Лукичу Рожкову!» Декан стоматологического факультета, доцент Н.Г. Давыдова, вспоминая Анатолия Лукича, сказала: «На моих глазах не раз он спасал студента, когда тот совершал какой-нибудь проступок. Для многих наших ребят действия Анатолия Лукича сыграли судьбоносную роль». Заведующая кафедрой ортопедической стоматологии, проф. Т.Н. Юшманова: «...Мы еще столько лет хотели работать вместе. Запомним его молодым, элегантным, красивым, мудрым, добрым, внимательным, все понимающим, настоящим Учителем...» [1]. Я услышала самые теплые воспоминания о Рожкове от выпускников, с кем мне удалось побеседовать,



Рожков А.Л.

а также, прочитав воспоминания его учеников, друзей, одноклассников и других близких людей в книге «Человек, наставник, друг: памяти Анатолия Лукича Рожкова посвящается...», я поняла, что все его помнят и любят. Практически каждый человек, который знал Анатолия Лукича, отзывался о нем, как о прекрасном человеке.

Много интересного о жизни Анатолия Лукича я узнала от его жены Аллы Александровны Рожковой. В 1959 г. Анатолий Рожков поступил на стоматологический факультет Архангельского медицинского института (АГМИ). После окончания института в 1964 г. продолжил обучение в клинической ординатуре на кафедре ортопедической стоматологии АГМИ (1964-1966 гг.). С 1964 по 1968 гг. работал ассистентом кафедры ортопедической стоматологии, проводя практические занятия со студентами. В 1968 г. Анатолий Лукич поступил в целевую очную аспирантуру на кафедру ортопедической стоматологии Калининского медицинского института. В 1972 г. им была успешно защищена кандидатская диссертация на тему: «Сравнительная оценка некоторых методов получения функциональных оттисков с беззубой нижней челюсти с использованием подъязычного пространства». Вернувшись в Архангельск в 1971 г., Анатолий Лукич возобновил работу ассистентом кафедры ортопедической стоматологии АГМИ, а в 1975 г. был назначен доцентом этой кафедры. В 1980 г. А.Л. Рожкова избрали на должность заведующего кафедрой, которую он возглавлял до 2000 г., после чего снова работал доцентом кафедры.

Практически сразу после возвращения в АГМИ после аспирантуры он был назначен заместителем декана стоматологического факультета института (1972 г.), а в 1973 г. избран на должность декана. Таким образом, А.Л. Рожков был деканом стоматологического факультета 34 года, проводя большую работу по обучению и воспитанию многих поколений студентов. Следует отметить, что Анатолий Лукич был одним из организаторов зуботехнического отделения медицинского колледжа АГМИ.

А.Л. Рожков большое внимание уделял научной деятельности. Им опубликовано более 30 научных работ, которые посвящены совершенствованию методов лечения больных с полным отсутствием зубов и другой патологией зубочелюстной системы, а также особенностям стоматологической заболеваемости у жителей Европейского Севера [2].

«34 года декан и 20 лет – заведующий кафедрой – столь длительным опытом административной деятельности могут похвастать немногие. ...Стоматологический факультет нашего медицинского вуза в эти годы стремительно менялся, но в том, что он был на высоте положения, была, без сомнения, и большая заслуга Анатолия Лукича. Он жил и болел своей работой, стремился сделать все, что было в его силах, для улучшения образования. Он любил своих коллег-преподавателей и студентов, заботился о них, и они отвечали ему взаимностью», – так отзывался о нем д.м.н., профессор САФУ, заслуженный деятель науки РФ, академик Российской академии естественных наук Голдин В.И.

Информацию об отношении Анатолия Лукича к студентам подтверждала и его жена А. А. Рожкова: «Анатолий всегда поддерживал своих студентов, переживал за них. Никогда не отказывал в совете, помогал справляться с возникающими трудностями...» [4].

Вся полученная мной информация лишний раз доказывает, что Анатолий Лукич Рожков действительно являлся легендарной личностью в сфере здравоохранения, внесшей большой вклад в развитие стоматологии Архангельской области и Европейского Севера.

Литература:

1. Человек, наставник, друг: памяти Анатолия Лукича Рожкова посвящается... / авт.-сост.: Т.Н. Юшманова, Н.В. Скрипова, А.В. Андреева. Архангельск : Изд-во СГМУ, 2016. 114 с.
2. Ортопедическая стоматология // Сидоров П.И. Северная медицинская школа: к 75-летию АГМИ – АГМА – СГМУ». Архангельск, 2007. С. 210–212.
3. Интервью с коллегами и родственниками А.Л.Рожкова. 2021 г.

80 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ СТОМАТОЛОГА ПРОФЕССОРА Ю.Л. ОБРАЗЦОВА

Мигалкина А.В., Арсенян Г.Д.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Студенты 1 курса стоматологического факультета

E-mail: anastasiamigalkina15@gmail.com

Научные руководители: д.м.н., проф. Юшманова Т. Н.; Андреева А. В.

Аннотация: в статье представлены достижения известного архангельского стоматолога профессора Ю.Л. Образцова в клинической, педагогической и научно-исследовательской деятельности

Ключевые слова: стоматология, АГМИ, АГМА, СГМУ.

В 2021 г. исполняется 80 лет со дня рождения выдающегося стоматолога, доктора медицинских наук, профессора, почетного доктора нашего вуза, Заслуженного врача РФ Юрия Леонидовича Образцова, который внес значимый вклад в развитие стоматологии в Архангельской области.

Юрий Леонидович родился в д. Чистиково Бабаевского района Вологодской области 1 декабря 1941 г. в семье учителей. Военное голодное детство и трудности закалили его характер. Он поступил на стоматологический факультет в Архангельский государственный медицинский институт (АГМИ), который окончил с отличием в 1965 г. В студенческие годы был активным комсомольцем, участвовал в научном и драматическом кружках, в струнном оркестре [4, 6].



Вся его дальнейшая трудовая жизнь связана с АГМИ: после получения диплома врача-стоматолога он поступил в клиническую ординатуру на кафедру хирургической стоматологии, с 1967 г. работал ассистентом кафедры хирургической стоматологии, затем кафедры ортопедической стоматологии. В 1971 г. Образцов Ю.Л. защитил кандидатскую диссертацию по теме «Клинико-морфологическое обоснование некоторых методов хейлопластики». Будучи ассистентом, с 1976 г. он работал на курсе стоматологии детского возраста под руководством опытного стоматолога, доцента П.Г. Князевой [5].

При активном участии Ю.Л. Образцова в 1983 г. была основана кафедра стоматологии детского возраста на базе 1-й стоматологической поликлиники г. Архангельска. Через год кафедра переехала в новое здание детской стоматологической поликлиники. Ю.Л. Образцов участвовал в создании проекта здания, поэтому многие его пожелания по размещению и оборудованию кафедры были учтены. Кафедра в свое распоряжение получила хорошо оснащенные ортодонтический, терапевтический кабинеты, кабинет профилактики стоматологических заболеваний и другие помещения [1].

Юрий Леонидович посвятил много лет изучению зубочелюстных аномалий у детей нашего региона. В 1992 г. он защитил докторскую диссертацию, посвященную этому вопросу: «Распространенность, патогенез зубочелюстных аномалий и обоснование методов их профилактики и лечения у детей в регионе Европейского Севера СССР», и этом же году ему было присвоено звание профессора [3].

В период с 1989 по 1993 г. он был проректором по учебной работе в АГМИ, внес большой вклад в развитие не только стоматологического факультета, но всего института, особенно много внимания уделялось совершенствованию методической работы на кафедрах. Его прекрасно помнят выпускники лечебного и педиатрического факультетов, которым он нередко помогал решить вопросы учебного процесса [1].

В научно-исследовательской деятельности Юрий Леонидович уделял большое внимание особенностям стоматологических заболеваний у детей на Севере, разработке способов их профилактики и лечения. Он всегда взаимодействовал с педиатрами и другими специалистами, развивая междисциплинарное сотрудничество в вузе.

Одним из достижений Ю.Л. Образцова является изобретение особой методики регистрации биопотенциалов язычных мышц. Он впервые в российской медицинской литературе описал виды и причины нарушений сосательной функции и способы их лечения, доказал связь между стиранием зубной коронки и развитием патологии пародонта. К заслугам профессора относится также внедрение в Архангельске современных методов диагностирования различных заболеваний зубочелюстной системы, таких как: биометрия, телерентгенография, электромиография и других. Благодаря этим методам было выявлено, что воспалительные процессы носоглотки отрицательно влияют на рост черепа ребенка в области швов еще в младенческом возрасте [2].

Доктор медицинских наук Образцов успешно совмещал лечебную работу детского стоматолога с преподавательской и научно-исследовательской деятельностью. Профессор Ю.Л. Образцов был научным консультантом известных ученых-стоматологов. Под его руководством защитили докторские диссертации Т.Н. Юшманова («Эколого-гигиенические и социальные аспекты стоматологического здоровья населения Архангельской области», 1999 г.) и Л.Н. Горбатова («Физиологическая оценка состояния губ и ряда механизмов системной защиты при хейлите у детей», 2006 г.), возглавившие кафедры и продолжившие дело своих учителей. Кандидатские диссертации защитили Л.Н. Горбатова и С.Н. Ларионов (1997), В.А. Левкин (1999), Г.П. Филиппова (2001), М.А. Степанян (2004), В.Е. Максименко (2005), Е.В. Утянская (2006) [1].

Юрием Леонидовичем опубликовано более 130 научных работ, запатентовано 7 изобретений. Его труды, получившие широкую известность не только в нашей стране, но и за рубежом, сыграли большую роль в развитии стоматологии [3].

Юрий Леонидович не оставлял без внимания и общественную работу. Он возглавлял партком АГМИ, в 1984 г. по его инициативе был создан Совет ветеранов СГМУ.

За заслуги в развитии медицинской науки и здравоохранения Ю.Л. Образцов был награжден медалью «Ветеран труда», грамотами МЗ АО и РФ, значком «Отличнику здравоохранения», ему было присвоено почетное звание «Заслуженный врач РФ», почетный доктор СГМУ.

Юрий Леонидович скончался 24 июля 2006 г. Похоронен в Архангельске на Кузнецевском (Вологодском) кладбище.

Информация о профессоре Ю.Л. Образцове представлена в изданиях по истории стоматологического факультета АГМИ-АГМА-СГМУ. Для исследователей доступны архивные документы, подтверждающие выдающиеся заслуги ученого. Сотрудники стоматологических кафедр СГМУ помнят профессора и планируют посвятить ему именную аудиторию [6].

Литература:

1. Достояние Севера: АГМИ-АГМА-СГМУ: сборник статей / под ред. Л. Н. Горбатовой. Архангельск, 2017. 400 с.
2. Полвека вместе. К 50-летию стоматологического факультета Северного государственного медицинского университета / А. Л. Рожков [и др.]. Архангельск : Издательство СГМУ , 2008. 95 с.
3. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2011 год/ СГМУ, Архангельск, 2011. 199 с.
4. Личное дело выпускника АГМИ 1965 г. Ю.Л. Образцова. Архив СГМУ, Фонд 98. 2021 г.
5. Личное дело профессора СГМУ Ю.Л. Образцова. Архив СГМУ, Фонд 98. 2021 г.
6. Интервью с сотрудниками СГМУ, 2021 г.

АМСТЕРДАМ – АРХАНГЕЛЬСК – МОСКВА: ПУТЬ ВРАЧА Н. БИДЛОО

Морев В.И. , Клюкас А.А.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)

Минздрава России. Студенты 1 курса лечебного факультета.

Email: alexeythekly@gmail.com , morevatatjana3@gmail.com

Научный руководитель: Андреева А.В

Аннотация: Статья посвящена Николаю Бидлоо, основателю первого российского госпиталя и первой медицинской школы.

Ключевые слова: Бидлоо, первый российский госпиталь, история медицины, медицинская школа.



Николас Бидлоо (Nicolaas Bidloo) родился в 1670 г. (по другим данным в 1669 г.) в голландской семье, где многие являлись представителями медицинских профессий. Его отец Ламберт Бидлоо был аптекарем.

Дядя – Готфрид Бидлоо был ректором Лейденского университета, знаменитым анатомом, хирургом, поэтом. В Амстердаме Николас начал своё успешное обучение.

Н. Бидлоо получил медицинское образование в известном Лейденском университете, находящемся в Нидерландах. Там он защитил в 1697 г. диссертацию на тему «О задержке менструаций», после чего занялся медицинской практикой в Амстердаме [3].

После защиты диссертации Бидлоо возвратился в Амстердам, где около 5 лет занимался врачебной практической деятельностью, которая принесла ему известность и позволила заключить в г. Гааге контракт с российским послом в Голландии Андреем Артемовичем Матвеевым, что открыло ему дорогу в Российскую медицину [2]. По разным данным – в 1701 или в 1702 г. Бидлоо был приглашён в Россию в качестве «ближнего

доктора» (лейб-медика) Петра Первого [3].

16 марта 1702 г. с Бидлоо был заключён договор на 6 лет «быть ему ближним доктором Его Царского Величества». Однако работа лейб-медиком Его Величества не удовлетворяла Н.Л. Бидлоо, он с трудом выносил частые и длительные поездки Петра Первого. Поэтому под предлогом болезни он просит освободить его от этой обязанности и уступает эту должность доктору Блюментросту, хотя и продолжает консультировать Его Величество.

По совету Бидлоо Петр Первый в 1706 г. издал указ об организации в Москве госпиталя и школы для подготовки отечественных медицинских кадров. Новым этапом в развитии карьеры Бидлоо стала реформа народного образования, которая затрагивала не только создание медицинской школы, но и борьбу со лженаукой.

В 1707 г. госпиталь и школа были официально открыты, Н.Л. Бидлоо возглавил оба учреждения. Главной проблемой школы первоначально стал набор учеников, т.к. будущему студенту-медику необходимо было знать латинский и голландский языки. Достаточное число воспитанников набралось только через 4 года. Известно, что Бидлоо даже переманивал обучающихся из Славяно-греко-латинской академии, из-за чего постоянно конфликтовал с её руководством.

Историк Бородулин пишет о школе Бидлоо: «Для изучения анатомии и лекарствоведения имелись анатомический театр, куда доставляли трупы «подлых» людей (нищих, бездомных и прочих «оборванцев»), и аптекарский огород. Учились не по книгам (их не было), а по конспектам лекций («лекционам») и непосредственно «на больных». Срок обучения устанавливался индивидуально – от семи до одиннадцати лет» [1].

Высокообразованный наставник Н. Бидлоо, искренне полюбивший Россию как своё второе Отечество, не терял связи с выпускниками школы.

Н.Л. Бидлоо как сподвижник Петра Первого и в дальнейшем за свою жизнь снискал не только славу хорошего организатора, но и учёного. Бидлоо оставил после себя научные труды, написанные на латинском языке: «Speculum anatomiae», «Наставления для изучающих хирургию в анатомическом театре», «Thesaurus medicopracticus» и другие, отразившие состояние и основные данные хирургии того времени. «Наставления» были в XVIII-XIX вв. настольной книгой для хирургов в России [3].

Бидлоо был автором ещё нескольких учебников («Зерцало анатомии» и другие рукописи); разрабатывал также проекты триумфальных арок и фонтанов для Москвы и Петергофа [4].

Николай Бидлоо скончался в Москве. По одним данным – весной 1735 г., по другим – в 1737 г. До конца жизни Бидлоо возглавлял госпиталь в Лефортово (ныне Главный военный госпиталь) и госпитальную школу, где преподавал анатомию и хирургию по своему рукописному «Наставлению для изучающих хирургию в анатомическом театре».

Таким образом, с именем европейского врача Бидлоо, как и с именем Петра Первого, связано становление медицинского образования в России. Безусловно, Николай Бидлоо был одним из тех, кто заложил основу российской медицины. Этому способствовали его ум, образованность, целеустремлённость и способности к администрированию. Эти черты характера помогли ему стать одним из известнейших и уважаемых врачей России XVIII века.

Список литературы

1. Бородулин В.И. Клиническая медицина от истоков до XX века. – М., 2015. С. 221, 227, 231, 232, 234, 482.
2. Лазарев, С. М. Николай Ламбертович Бидлоо (1670-1735) / С. М. Лазарев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2009. – Т. 168. – № 3. – С. 9.
3. Лазебник, Л. Б. Николай Ламбертович Бидлоо (1670 – 1735 гг.) Павел Захарович Кондоиди (1710 – 1760 гг.) (к 340- и 300-летию со дня рождения) / Л. Б. Лазебник, В. С. Беляева // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 5. – С. 99-103.
4. Зотова, Е. В. Реформы Петра I в области медицины и фармации / Е. В. Зотова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014. – Т. 4. – № 11. – С. 1145.

ВКЛАД ПОЧЕТНОГО ДОКТОРА СГМУ, ПОЛЯРНИКА А.Н.ЧИЛИНГАРОВА В ИЗУЧЕНИЕ АРКТИКИ

Ненашева А.А.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)

Минздрава России. Отдел истории медицины. Студент 1 курса лечебного факультета.

E-mail: a.a.nenasheva@yandex.ru

Научный руководитель: Андреева А. В.

Аннотация: Статья посвящена описанию научной деятельности одного из самых известных российских ученых-полярников Артура Николаевича Чилингарова, а также его вкладу в исследование Арктики и Антарктики на современном этапе.

Ключевые слова: Арктика, А. Н. Чилингаров, океанология, Северный полюс, полярные экспедиции

20 мая 2021 года, накануне дня Полярника, Россия на два года стала председателем Арктического Совета – организации, которая объединяет усилия международного сообщества в целях устойчивого развития Арктического региона. В связи с этим знаменательным событием мы решили вспомнить об известных российских ученых, которые внесли особый вклад в изучение и развитие Арктики.

Мировому научному сообществу хорошо известно имя Артура Николаевича Чилингарова – советского и российского учёного-океанолога, полярника, знаменитого исследователя Арктики и Антарктики,

А. Н. Чилингаров родился 25 сентября 1939 г. в Ленинграде, где в годы Великой Отечественной войны оказался с родственниками в блокаде. Ребенка войны Чилингарова вывезли по «дороге жизни» и отправили в Усть-Каменогорск, откуда семья в дальнейшем переехала во Владикавказ.



В 1963 г. А. Н. Чилингаров окончил Ленинградское высшее инженерно-морское училище (в н.вр. – Государственная морская академия имени адмирала С. О. Макарова) по специальности океанология, работал научным сотрудником Арктического и Антарктического НИИ, инженером-гидрологом обсерватории в Тикси, где занимался изучением Северного Ледовитого океана и океанической атмосферы.

В 1969–1971 гг. А. Н. Чилингаров возглавлял высокоширотную научную экспедицию «Север-21», результаты которой позволили обосновать возможность круглогодичного использования трассы Северного морского пути.

В 1971 г. А. Н. Чилингаров стал начальником антарктической станции Беллинсгаузен 17-й советской антарктической экспедиции, а в 1974 г. – руководителем Амдерминского территориального управления по гидрометеорологии и контролю за природной средой, в котором проработал до 1979 г.

Уже в период с 1979–1986 гг. А. Н. Чилингаров работал начальником Управления кадров и учебных заведений и являлся членом коллегии Государственного комитета СССР по гидрометеорологии и контролю за природной среды. Одним из знаменательных событий в жизни и работе профессора стало получение должности президента общества «СССР – Канада» в 1982 г.

14 февраля 1986 г. за образцовое выполнение задания по высвобождению научно-исследовательского судна «Михаил Сомов» в условиях суровой полярной зимы, а также за проявленное мужество и смелость при грамотном руководстве спасательной операцией А. Н. Чилингаров был удостоен звания Героя Советского Союза.

В 1986–1992 гг. А. Н. Чилингаров был заместителем Председателя Государственного комитета СССР по гидрометеорологии и контролю за природной средой, начальником Главного управления по делам Арктики, Антарктики и Мирового океана. А. Н. Чилингаров руководил научной экспедицией на атомоходе «Сибирь» к Северному полюсу и трансконтинентальным перелётом «Ил-76» в Антарктиду, а в 1999 г. – сверхдальним перелётом многоцелевого вертолёт Ми-26, в результате которого была доказана возможность эксплуатации винтокрылых машин в центральных районах Северного Ледовитого океана. В 2002 г. А. Н. Чилингарова управлял полётом одномоторного самолёта Ан-3Т на Южный полюс. В 2003 г. под его руководством была запущена долговременная дрейфующая станция «Северный полюс-32». Во время одной из экспедиций в 2007 г. он вместе с другими учеными-исследователями спустился на дно Северного Ледовитого океана и вместе со своей командой водрузил флаг России на дно океана.

В 2016 г. А. Н. Чилингаров стал первым вице-президентом Русского географического общества и президентом Государственной полярной академии, а также президентом межрегиональной общественной организации «Ассоциация полярников».

За свой вклад в развитие океанологии и исследования Арктических территорий Артур Николаевич Чилингаров был удостоен таких наград, как ордена «Знака Почёта» (1976); Трудового Красного Знамени (1981); Ленина (1986); «За заслуги перед Отечеством» III ст. (2007), «За заслуги перед Отечеством» IV ст. (2014), Государственной премией СССР – за разработку методики погрузо-разгрузочных работ на ледовый припай Ямала.

А. Н. Чилингаров является доктором географических наук, профессором, члена-корреспондента Российской Академии Наук.

Результаты многолетних исследований А. Н. Чилингарова внесли особый вклад в развитие таких областей научных знаний, как океанология, экология, гидрометеорология и география.

Несмотря на преклонный возраст, А. Н. Чилингаров продолжает вести активную научную, общественно-политическую и просветительскую деятельность во благо развития Арктического региона и в качестве специального представителя президента России по международному сотрудничеству участвует в различных мероприятиях, посвященных Арктике и Антарктике.

Список источников:

1. Возвращение в Арктику: Россия – великая держава. Это доказала комплексная глубоководная экспедиция «Арктика-2007», во время которой на дне Северного Ледовитого океана точке Северного полюса впервые побывали люди / интервью вел А. Сухановский // Поморская столица. 2007. № 11. С. 8-21;
2. Международный полярный год: достижения и перспективы развития циркумполярной медицины // Проблемы здравоохранения и социального развития Арктической зоны России. М., 2011. С. 127- 129;
3. Государство Российское. Новый этап. Арктический вектор. М. : Кн. мир, 2016. 318 с. (в соавт.). Лит.: Слободянюк И.Ю. Порт-Артур : неизвестные страницы жизни легендарного полярника Артура Николаевича Чилингарова: факты от первого лица // Поморская столица. 2006. № 4. С. 8-13;
4. Чилингаров Артур Николаевич // Поморский летописец: альманах. Архангельск, 2011. Вып. 4. С. 240-242;

5. Слободянюк И.Ю., Сухановский А.Ф. Артур Чилингаров. Время Ч: размышления полярника: [книга-альбом]. Архангельск: СК-Столица, 2014. 303 с.;

6. А. Н. Чилингаров [Электронный ресурс] <https://gym209.spb.ru/index.php/component/k2/item/2934-v-gimnazii-proshli-uroki-posvyashchennye-nauchnoj-deyatelnosti-artura-nikolaevicha-chilingarova>

К 130-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВРАЧА И ПИСАТЕЛЯ М.А. БУЛГАКОВА

Паршина Е.Ф., Дрига Л.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) МЗ РФ. Отдел истории медицины. Студенты 1 курса лечебного факультета.

E-mail: pkat6r1naaa@gmail.com drigalubovi@icloud.com

Научные руководители: Андреева А.В.

Аннотация: Статья приурочена 130-летию со дня рождения М. А. Булгакова; описана история становления М. А. Булгакова как врача и отражение врачебной деятельности в литературных произведениях.

Ключевые слова: Булгаков, труд, медицина, произведение, литература

В 2021 г. исполнилось 130 лет со дня рождения известного врача и великого писателя Михаила Афанасьевича Булгакова. Он родился 15 мая 1891 г. в семье профессора Киевской духовной академии, прекрасно образованного человека, владевшего множеством языков, и учительницы, преподававшей в Карачаевской женской гимназии. С отличием окончив Первую киевскую гимназию в 1909 г., он приступил к обучению в университете. В выборе факультета важную роль играли два брата матери Булгакова, Николай и Михаил Покровские, оба они были врачами, за свой труд получали достойное жалование. Михаил с юношеских лет приучился к труду, ведь после смерти отца семья оказалась в тяжелом материальном положении, и молодой человек решил пойти работать. В 1916 г. Михаил Булгаков с отличием окончил университет и почти сразу отправился на Юго-западный фронт в качестве добровольца Красного Креста [1].



Во время Первой мировой войны на фронте нужны были опытные врачи, во многих больницах обнаружилась нехватка медицинского персонала. Для решения этой проблемы были приняты соответствующие меры: недавних выпускников направляли в медицинские учреждения, находящиеся на периферии. Так Михаил Булгаков оказался в селе Никольском Смоленской губернии, где проработал полтора года. За это время он приобрел бесценный опыт врачевания. Михаил Афанасьевич был единственным врачом в больнице, обслуживавшей более 37 тысяч жителей близлежащих населенных пунктов. Местные жители встретили молодого врача с недоверием. Но внимательное отношение к больным, множество успешно проведенных операций изменили мнение людей. Стремление помогать людям сподвигло Булгакова на изучение венерологии с целью подавить вспышку сифилиса, возникшую в деревнях после возвращения солдат с фронта. Эти события легли в основу первого художественного произведения М. А. Булгакова «Записки юного врача». В 1925-1926 гг. этот цикл рассказов появился на страницах журналов «Красная панорама» и «Медицинский работник». Истории поразили читателя эмоциональностью и яркостью образов, неожиданной стороной медицинской практики земского врача [2].

В 1918 г. Булгаков вместе со своей женой приехал в Киев, где начал частную практику врача-венеролога. Но спокойной мирной жизни пара там не нашла: линия фронта проходила рядом с городом. Вскоре Булгакова мобилизовали в армию Украинской Народной Республики. В 1919 г., когда Киев заняла белая армия, его отправили во Владикавказ. В 1920 Михаил Афанасьевич принял решение отказаться от медицины в пользу литературы. В самом начале своего писательского пути мужчина заразился тифом. Лечение было долгим и мучительным. Выздоровел он благодаря заботе своей жены. Когда Булгаков исцелился, он заметил, что город с приходом советской власти словно ожил – появилась благодатная почва для занятий литературой. Но только он стал творить, как начались репрессии, в том числе и литературных деятелей. Булгаковы поспешно отправились в Батум, чтобы избежать ареста. Оттуда они хотели отправиться во Францию, но план не удалось осуществить. Так супруги оказались в Москве.

В столице Булгаков поступил на службу репортером и фельетонистом в газетах. Платили ему очень мало, в семье Булгаковых были дни, когда не находилось даже хлеба. Денег ему не хватило и на поездку в Киев, чтобы похоронить мать. Со временем материальное положение немного улучшилось: Михаил благодаря своему таланту смог устроиться в несколько газет.

Литературная работа Михаила Афанасьевича еще не раз переплеталась с его медицинской деятельностью. Одним из самых выдающихся произведений Булгакова стало “Собачье сердце”, написанное в 1925 г. Эта история интересна читателям и по сей день. Прототипом главного героя, профессора Филиппа Филипповича Преображенского, стал дядя писателя, Н.М. Покровский, который тоже был врачом. Основной сюжетной линией произведения стала история о том, как талантливый врач с незаурядным умом смог превратить собаку в человека. Однако это произведение принесло множество проблем Булгакову. Автор поднимает не только тему чудесных возможностей медицины, но и проблему недовольства людей советской властью. Повесть “Собачье сердце” написана в первые годы правления большевиков. От революции народ ожидал воцарения нового мира, в котором не будет больше никаких проблем. Но в действительности все оказалось не так. Михаил Афанасьевич показывает пороки воцарившейся власти: рассказывает о том, что на самом деле многие большевики невежды и хамы, строящие общество, в котором интеллигентные грамотные люди не нужны [2].

К этому времени Булгаков стал драматургом, но и новое поприще принесло писателю проблемы. Статьи завистников об авторе в газете “Комсомольская правда” звучали так: «Булгаков чем был, тем и останется, новобуржуазным отродьем, брызжущим отравленной, но бессильной слюной на рабочий класс и его коммунистические идеалы». Это была настоящая травля. Вначале жестко критиковали коллеги по творческому цеху, позднее к ним присоединились и правоохранительные органы. Множество раз Булгаков вызывали на допросы, квартиру обыскивали, во время одного такого обыска была изъята повесть “Собачье сердце”.

В 1930-е гг. у Булгакова появилась возможность вновь посвятить себя литературе. Он ставил в театре пьесы и работал над романами. Но ни одного спектакля по его пьесам не было поставлено, ни один роман не был издан. На фоне длительного стресса обострилось наследственное заболевание, погубившее его отца много лет назад. Булгаков, будучи врачом, очень быстро понял, что смерть неизбежно настигнет его в скором времени. Своей жене и друзьям он подробно, с точностью до недель и дней, рассказал об этапах болезни. Смерть настигла писателя равно в тот день, как он и предсказывал, 10 марта 1940 г.

Творческое наследие писателя неизменно вызывает живой интерес у читателей, режиссеров и у зрителей. Поклонники булгаковского таланта рукоплещут актерам после спектаклей, а фильмы, снятые по его произведениям, вызывают споры и восторги. Многие его книги были изданы и экранизированы через много лет после смерти автора. Именно этот факт подтверждает, что настоящий талант не боится времени!

Список литературы:

1. Булгаков М.А. Из литературного наследия: Письма // Октябрь, 1987, №6 – С.179.
2. Боборыкин В.Г. М. Булгаков (К творческой биографии писателя) // Литература в школе, 1991, №1 – С. 52-65.

ВКЛАД В.Н. ТАТИЩЕВА В РАЗВИТИЕ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В XVIII ВЕКЕ

Паршина Е. Ф.

*ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) МЗ РФ.
Отдел истории медицины. Студент 1 курса лечебного факультета.*

E-mail: pkat6r1naaa@gmail.com

Научные руководители: Андреева А.В.; Самбуров Г.О.

Аннотация: в статье представлена информация о жизни и деятельности выдающегося государственного деятеля В.М. Татищева, о его вкладе в развитие здравоохранения Российской империи.

Ключевые слова: анкета, здравоохранение, Татищев.

Цель: изучить научную деятельность В.Н. Татищева и рассказать широкой аудитории об ученом, который одним из первых в России занялся развитием медицины и здравоохранения.

В 2021 г. исполнилось 335 лет со дня рождения Василия Никитича Татищева (1686–1750 гг.) – видного государственного деятеля, российского инженера, историка, географа, экономиста, имеющего важное развитие в истории развития медицины XVIII в. Он известен как ближайший сподвижник Петра Первого и основатель нескольких городов. В.Н. Татищева считают основоположником источниковедения. Он – автор первого капитального труда по русской истории.

В.Н. Татищев родился на Псковской земле 19 апреля 1686 г. в имении отца Никиты Алексеевича Татищева. Род Татищевых имеет древние корни – происходят они от Рюриковичей, точнее от младшей

ветви князей смоленских, некогда утративших княжеский титул. В 1706 г. Василия Никитича зачислили в полк Автонома Иванова вместе со старшим братом Иваном. Позднее обоих братьев произвели в поручики, и 12 августа 1706 г. они, находясь в составе драгунского полка отправились из Москвы в Украину, и там участвовали в военных действиях. 23-летний В.Н. Татищев сражался «подле царя» в Полтавской битве, где был серьезно ранен и в дальнейшем находился в госпитале. В 1710 г. отряд, которым командовал молодой офицер, совершил поход от Пинска до Киева и Коростеня[1].



В 1713–1716 гг. В.Н. Татищев получал образование в Германии, где приобрел огромное количество книг по самым разным областям науки. В Берлине и Дрездене изучал искусство инженерии и артиллерии. В 1716 г. Татищев присутствовал на «генеральном смотре» петровской армии. После смотра Татищева, по желанию Я. Брюса, перевели в артиллерию из кавалерии. Позднее он успешно сдал экзамен и был назначен на должность инженер-поручика артиллерии. В 1717 г. он находился в действующей армии под Кёнигсбергом и Данцигом, где занимался восстановлением изрядно запущенного артиллерийского хозяйства[2].

В 1718 г. Татищев стал одним из организаторов переговоров со шведами на Аландских островах. Он обследовал острова в 1718 г. и выбрал для проведения мирного конгресса деревню Варгад. Дипломаты из России и Швеции собрались там 10 мая.

Вернувшись в Петербург, Татищев продолжил службу под предводительством Брюса, который был к этому времени уже был назначен ее главой. В 1719 г. Брюс заявил Петру I о необходимости измерения территорий всего государства и составления подробной географии России. Татищеву поручили исполнить эту работу.

Особый интерес представляет вклад Татищева вклад в развитие российской медицины и здравоохранения. Татищев был географом, и его познания в профессии помогли в сборе фактического материала, который дал возможность увидеть и проанализировать процессы появления научных представлений о влиянии на здоровье россиян условий их проживания. В 1724 г., написав вопросник о местных эпидемиях повальных болезней и способах их лечения, он разослал его от имени Академии наук по всем российским губерниям. Этим вопросником в дальнейшем заинтересовался первый российский академик Михаил Васильевич Ломоносов, которому удалось разработать новый вопросник из 30 пунктов; этот труд был более удобным для заполнения и дальнейшего его анализа. Благодаря научным работам В.Н. Татищева и М.В. Ломоносова ученые смогли начать работу над различными методиками комплексных топографических исследований, имеющих важное значение в российском здравоохранении.

В 1734 г. Татищев составил новое «предложение с вопросами» – первую в России специальную научную анкету, которая помогала врачам в обследовании населения и местности. Это труд так же был разослан по всей стране. В 1737 г. Татищев создал обширную программу по изучению России (около 200 вопросов) и назвал свой труд «Предложение о сочинении истории и географии Российской»[3].

Завершить работу В.Н. Татищеву не удалось, но благодаря его идее началась огромная работа анкетных исследований по всей России. Участие в проведении анкетирования принимали Петербургская академия наук, Вольно-экономическое общество и Сенат. Были предприняты первые попытки учета новорожденных и приведены тезисы, отчетливо указывавшие на масштабы ущерба, которые наносит России высокая смертность среди детей, в т.ч. были организованы экспедиции, главной целью которых являлось описание здравоохранения разных населенных пунктов России и здоровья их жителей. Участие в экспедициях принимали выдающиеся ученые того времени, среди них были Лепехин, Паллас, Хмелин и Гюльденштедт. Они составляли отчеты и вели дневники, в которых появились сведения о санитарно-гигиеническом состоянии населения, уровне заболеваемости, причинах, способах лечения и профилактики различных заболеваний. Эти данные помогли установить прямую связь между высокой заболеваемостью и суровыми условиями труда. Главным объектом исследования стало здоровье строителей крепости Оренбург, которые не только постоянно занимались тяжелой работой, но и жили в землянках и шалашах. Из этого можно сделать вывод о том, что сборник Татищева, который был написан еще в далеком 1724 г., помог открыть огромное количество заболеваний и разработать способы их лечения.

Василий Татищев находился на государственной службе сорок лет при государях от Петра Великого до его дочери Елизаветы Петровны. Он скончался 15 (26) июля 1750 г., оставив важный вклад в развитие российской медицины и науки. Именно В.Н. Татищев был первым, кто заинтересовался состоянием здравоохранения, медицины и условий жизни крестьян. Изучив их, он помог врачам лучше справляться с недугами населения и внес улучшения в условия жизни простых граждан.

Источники литературы:

1. Корсакова В. Татищев, Василий Никитич // Русский биографический словарь: в 25 томах. – СПб.–М., 1896–1918.

2. Семёнов М. В. Родина историка В. Н. Татищева. Землевладения Татищевых в Выборском уезде Псковской земли // Научно-практический, историко-краеведческий журнал «Псков». № 53. 2020. С. 68–82.

3. Вопросы медицины в трудах и практической деятельности В.Н. Татищева. Советское Здравоохранение. 1985. №8. – С. 69 –72.

К ЮБИЛЕЮ НАЧАЛЬНИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ГЛАВНОГО КОМАНДОВАНИЯ ВМФ РФ И.Г. МОСЯГИНА

Пономарев М.А., Пугачева Д.С.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)

Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель: к.м.н., доц. М.В. Попов

E-mail: darksoulboxaccount@mail.ru

Аннотация: в статье представлены достижения доктора медицинских наук И.Г. Мосягина, видного организатора военно-морского здравоохранения.

Ключевые слова: Мосягин, ВМФ, АГМИ, СГМУ

В ноябре 2021 г. исполнилось 55 лет видному ученому, организатору военно-морского здравоохранения, одному из лидеров морской медицины в РФ, д.м.н., профессору И.Г. Мосягину, который вносит важный вклад в сохранение истории военно-морской медицины.

Цель работы: изучить жизненный путь Мосягина И.Г. и его роль в развитии военно-морской медицины.

Игорь Геннадьевич [1] родился 24 ноября 1966 г. в деревне Горно-чаровская Вельского района Архангельской области. В 1983–1987 гг. он учился в Архангельском государственном медицинском институте (АГМИ), откуда был переведен на военно-медицинский факультет при Горьковском медицинском институте, который окончил с отличием в 1989 г.

Дальнейшая биография И.Г. Мосягина связана с Северным флотом, где он проходил службу на должностях заместителя начальника медицинской службы на борту тяжелого атомного подводного крейсера типа 208 (официальное название – ТК-208) в составе 18 дивизии Первой флотилии атомных подводных лодок в период с 1989–1990 гг., экипажа тяжелого подводного крейсера в 1990–1991 гг., дивизионного врача 338 дивизиона минных тральщиков в 1991–1993 гг., флагманского врача 52 бригады кораблей охраны водного района в 1993–1994 гг., в должности старшего помощника при начальнике медицинской службы Беломорской военной базы с 1994–2000 гг. С 2000 г. И.Г. Мосягин – старший преподаватель, начальник кафедры военной и экстремальной медицины СГМУ.

В 2002 г. он успешно защитил кандидатскую диссертацию «Психофизиологические особенности нарушений функций позвоночника у военнослужащих», а в 2007 г. – докторскую диссертацию «Психофизиологические закономерности адаптации военно-морских специалистов».

В 2006 г. И.Г. Мосягин становится профессором Международной Академии наук безопасности человека и природы по секции «Военная экология».

В 2009 г. создал и возглавил кафедру медицины катастроф и экстремальной медицины, основанной на ранее существовавших в СГМУ кафедрах военно-медицинской подготовки, военной и экстремальной медицины, военно-санитарной подготовки и военно-морской медицины. В 2010 г. она была переименована в кафедру мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф.

Кафедра получила звание «Золотой кафедры России» в 2009 г, а сам Мосягин стал начальником НИИ Морской медицины СГМУ. В этом же году Игорь Геннадьевич стал начальником медицинской службы Беломорской военно-морской базы Северного флота, с 2010 г. – начальником медицинской службы Балтийского флота, а с октября 2012 г. занял должность начальника медицинской службы главного командования ВМФ.

Под его научным руководством были защищены 7 кандидатских диссертаций по специальностям: 05.26.02. «Безопасность в чрезвычайных ситуациях», 19.00.02 «Психофизиология», 19.00.05 «Социальная психология», 14.02.05 «Социология медицины».

Автор более 250 научных публикаций по проблемам морской медицины, военной психофизиологии, психологии и безопасности в чрезвычайных ситуациях, соавтор более 40 книг и монографий и учебно-методических пособий для вузов, в том числе федерального уровня с грифом УМО. Представитель Про-



блемной комиссии 45.04 «Морская медицина», Научного Совета Российской Академии наук. С 2010 г. член диссертационного Совета 208.004.01 СГМУ, с 2014 г. – специального диссертационного совета ДС 215.005.21 ФГКВОУ ВПО ВУНЦ ВМФ «Военно-морская академия имени Адмирала Флота Советского Союза Н.Г. Кузнецова». Член множества редакционных коллегий рецензируемых научно-практических журналов, входящих в перечень ВАК Министерства образования и науки РФ, в т.ч. Военно-медицинского журнала МО РФ с 2011 г, журнала Военно-Морского Флота «Морской сборник» с 2012 г, журнала «Экология человека» с 2013 г.

С 2013 г. является членом-корреспондентом Российской Академии Естествознания, членом Европейской Академии Естествознания. С 2015 г. – действительный член Академии Военных наук.

В 2015 г. создал и организовал издание рецензируемого научно-практического журнала «Морская медицина» тиражом 1000 экземпляров и периодичностью издания 4 номера в год.

Создатель и руководитель секций «Морская медицина» в Морском совете при Правительстве Санкт-Петербурга с 2014 г. С 2015 г. состоит в Научно-экспертном совете Морской коллегии при Правительстве РФ, является одним из разработчиков документов стратегического планирования Российской Федерации: Морской доктрины РФ, проекта Федерального Закона РФ «О государственном управлении морской деятельностью в Российской Федерации», проекта «Основ национальной морской политики Российской Федерации», проекта «Стратегии морской деятельности Российской Федерации». В настоящее время состоит на должности научного руководителя проекта Концепции морской медицины РФ до 2030 г. За разработку Морской доктрины РФ награжден почетной грамотой Председателя Морской коллегии при Правительстве Российской Федерации; награжден золотой медалью «European Quality» в 2013 г. за большой вклад в развитие науки и образования в рамках национальной программы РAE «Золотой фонд отечественной науки», орденом «Labore et Scientia – Трудом и Знанием» в 2014 г, орденом «Primus Inter Pares – Первый Среди Равных» в 2015 г. Решением Президиума РAE в 2014 г. И.Г. Мосягину присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки и образования», за большой личный вклад в повышение обороноспособности страны награжден государственными наградами: орденом Почёта в 2006 г. и знаком отличия «За безупречную службу» (XXV лет) в 2016 г. Награжден орденом Н.И. Пирогова в 2021 г.

В 2019 г. под руководством профессора И.Г. Мосягина в СГМУ реализован проект по истории военно-морской медицины, в результате которого в составе музейного комплекса появилась очередная мемориальная аудитория. Таким образом, профессору И.Г. Мосягину принадлежит важная роль в развитии военно-морской медицины и сохранении её истории в РФ.

Список источников

1. Барачевский Ю.Е. Достояние севера: АГМИ – АГМА – СГМУ // Сборник статей СГМУ, кафедра мобилизационной подготовки, 2017. С.119.
2. Кафедра военной и экстремальной медицины // Терапевтические кафедры. Архангельск, 2002. С. 59–69;
3. Военно-морская медицина прошлое настоящее и будущее // Морская медицина. 2016. № 3. С. 7–15 (соавт. В.Б. Симоненко).
4. Наука Поморья: справ. изд. Архангельск, 2008. С. 259.

250 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЫДАЮЩЕГОСЯ РУССКОГО АНАТОМА ИВАНА ФЁДОРОВИЧА БУША

Потапова Е. Д., Кучерявая М. В.

*ФБГОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) МЗ РФ.
Отдел истории медицины. Студенты 1 курса лечебного факультета.*

E-mail: katya_potapova_2003@bk.ru, 2centowner@gmail.com

Научные руководители: Самбулов Г. О., Толкачев Д.С.

Аннотация: статья приурочена к 250-летию со дня рождения известного отечественного хирурга и анатома И. Ф. Буша, одного из величайших хирургов и анатомов конца XVIII начала XIX столетия; в статье описана история жизни и становления И. Ф. Буша, его вклад в науку.

Ключевые слова: Буш, профессор, хирургия, анатомия, травматология.

В 2021 г. исполнилось 250 лет со дня рождения выдающегося русского хирурга, основоположника отечественной травматологии Ивана Фёдоровича Буша. Его труды не только помогли развитию хирургии и травматологии, но также являлись инновационными, ведь были написаны на русском языке. Данный деятель науки является одной из наиболее значимых личностей в развитии отечественной хирургии.



Он родился 20 февраля 1771 г. в Нарве (Эстония). Отец мальчика, будучи отставным солдатом, имел жесткий характер и воспитывал сына в соответствующей строгости. Еще ребенком Буш стремился познавать мир вокруг себя и получать знания. Так, в возрасте семи лет, он поступил в Нарвскую школу, хотя средний возраст поступающих в данную школу был выше. Отучившись 7 лет в школе, в 1785 г. Буш поступил в Калининский медико-хирургический институт в Санкт-Петербурге. Учеба была полностью на немецком языке и давалась молодому человеку легко, и спустя некоторое время Буш был направлен в казенную командировку за границу для дальнейшего обучения. Однако из-за накалившейся политической обстановки и войны с Турцией Буш не смог продолжить свое образование и в 1788 г. был направлен на флот в качестве военного хирурга. Он являлся врачом на линкоре «Мячеслав». Впоследствии молодой врач даже оказался в плену [3, 4].

После того, как в 1790 г. Россия и Швеция заключили мирный договор, Буш все-таки смог вернуться в Кронштадт, где усердно занялся хирургией. Примерно в это же время он написал своё первое научное сочинение «Об абсцессе печени». Таким образом, благодаря этому сочинению Иван Фёдорович Буш обратил на себя внимание профессоров Кронштадтского медико-хирургического училища, куда он был принят на должность оператора [4].

И.Ф. Буш увлекался офтальмологией ещё во время учебы в Калининском институте. В 1793 г. он прочел лекцию «О глазе и слезном свище». По совету профессоров Кронштадтского медико-хирургического училища, после сдачи экзамена медицинская коллегия назначила Буша помощником профессора анатомии Кронштадтского госпиталя, где спустя ещё полгода он стал преподавать на кафедре анатомии, физиологии и хирургии [5].

Буш всегда старался улучшать уровень своего образования, усердно пополнял его практическим изучением анатомии на трупах, изучал руководства по физиологии И. Ф. Блюменбаха и И. В. Мюллера, хирургию преподавал по монографиям А. Г. Рихтера. Пробыв в Кронштадте семь лет, Буш заслужил глубокое уважение не только своих коллег, но и учеников [2].

В 1797 г. Буш получил предложение о назначении на должность преподавателя анатомии и физиологии в петербургском Императорском Калининском медико-хирургическом университете. После успешной сдачи публичного выступления и экзамена, он получает звание профессора и начинает преподавать в университете. Изначально лекции Буш читал на немецком языке, но 17 сентября 1800 г. Буш начал преподавать в Медико-хирургической академии, где впервые прочитал лекцию по анатомии на русском, что до него никто не делал, ведь считалось, что русский язык не предназначен для изучения анатомии. Кроме того, он одним из первых подчеркнул значимость практических занятий по анатомии и всегда старался дать студентам наибольшее количество практических знаний. Препараты новоиспеченный профессор также готовил самостоятельно [2, 3, 4].

Примерно в этот же период времени Бушу была предложена кафедра в Дерптском университете, но отказавшись от неё, он продолжил свою преподавательскую и научную деятельность в качестве профессора в институте. Во время преобразования Медико-хирургической академии в 1806 г. Буш принимал активное участие в образовании хирургической клиники при академии, впоследствии кафедра будет носить название «Кафедра теоретической и практической хирургии». Благодаря его труду в клинике сначала открылось 13, а затем и 30 коек. Этот шаг дал ему возможность проводить занятия по клинической подготовке студентов по хирургии. Под руководством И.Ф. Буша студенты практиковались не только на трупах, но и проводили операции в клинике. Даже иностранные студенты желали поступить в госпиталь для получения ценного опыта [3, 4].

В 1807 г. Буш опубликовал научный труд, ставший главным в его жизни: «Руководство к преподаванию хирургии» (в 3-х частях). Это был первый труд по хирургии на русском языке. Его стали повсеместно использовать при изучении хирургии и станет основой для обучения российских хирургов в XIX в. [4].

В сентябре 1809 г. Буш был награжден почётным званием академика, а буквально месяц спустя возведен в степень доктора медицины и хирургии. И. Ф. Буш являлся первым преподавателем хирургии в академии, и работать ему приходилось в крайне тяжелых условиях: по вечерам до 1805 г. он проводил операции в анатомическом театре при свете лучины. Буш имел уникальную проницательность в выборе наиболее талантливых учеников, таких как Е. Н. Смельский и Я.И. Говоров, но особенно он ценил И. В. Буяльского. Буш был отличным хирургом, лучшие врачи Петербурга советовались с ним, а современники называли его «европейской знаменитостью» [4].

В 1833 г. Буш просил увольнение от службы по состоянию здоровья и в этом же году получил звание почетного члена академии. Такого звания его удостоили: Общество русских врачей (1834), Врачебное общество в Пруссии (1835), Московское физико-медицинское общество и Общество гамбургских врачей (1838) [4].

Научная деятельность Буша выразилась в 44-х научных работах, которые имели серьезное значение и выделялись невероятной глубиной научного анализа, проникновением в суть проблемы. Буш опирался

не только на собственные знания, но и на достижения мировой науки и медицины. Его труды были напечатаны как на русском, так и на немецком языке. Также Буш участвовал в издании одного из наиболее значимых научных трудов по оперативной хирургии того времени – «Анатомико-хирургических таблиц, печатанных по Высочайшему соизволению и щедротами Е. В. Императора Николая I». Кроме того, можно отметить тот факт, что И. Ф. Буш участвовал и поддерживал первое переливание крови в России. Также он уделял особое внимание вопросам лечения вывихов суставов, переломов костей, различных новообразований, отоларингологическим, стоматологическим заболеваниям [2].

Иван Федорович Буш скончался в Петербурге 24 октября 1843 г. и был похоронен на Смоленском лютеранском кладбище [4].

Список литературы:

1. Н. А. Оборин. Иван Фёдорович Буш. Большая медицинская энциклопедия (под редакцией Б.В. Петровского) / Н. А. Оборин, т.3, стр.584 – 543с.

2. Лихтенштедт И. Р. Биография заслуженного профессора и академика И. Ф. Буша. / Воен. – мед. журн. – 1844. – Ч. 43, №2.

3. https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_biography/14740/Буш (Дата обращения: 19.10.21)

4. https://wiki2.org/ru/Буш,_Иван_Фёдорович (Дата обращения: 20.10.21)

ЛАУРЕАТЫ ЛОМОНОСОВСКОЙ ПРЕМИИ В ИСТОРИИ АГМИ-АГМА-СГМУ

Пугачёва Д.С.¹, Дуркин К.Е.²

1 – ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск)

Минздрава России. Студент 4 курса лечебного факультета. Email: museumnsmt@mail.ru

2 – ФГБОУ ВО «Северный Государственный медицинский университет» (г. Архангельск)

Минздрава России. Студент 2 курса лечебного факультета. Email: karenid978@gmail.com

Научные руководители: д.м.н., проф. Гудков А.Б.; Андреева А.В.

Аннотация: в статье представлена информация о студентах, молодых ученых и сотрудниках АГМИ-АГМА-СГМУ и об архангельских врачах – лауреатах Ломоносовской премии (ВЛКСМ и Ломоносовский фонд)

Ключевые слова: лауреат, премия Ломоносова, АГМИ, АГМА, СГМУ.

В истории Северного государственного медицинского университета (СГМУ), ранее – Архангельского государственного медицинского института (АГМИ) – Архангельской государственной медицинской академии (АГМА) сохранились имена выдающихся исследователей и врачей, которые были отмечены Ломоносовской премией, учрежденной Архангельским обкомом ВЛКСМ в 1968 г. в целях поощрения лучших представителей научной молодежи, науки, инженерно-технических работников и студентов вузов [1].

Среди лауреатов советского периода студенты АГМИ – комсомольцы И.Н. Беляева, Н.Г. Грицук и Н.А. Соснин; ассистент кафедры биологической химии Е.И. Кононов, научные сотрудники и преподаватели В.А. Берсенов, А.Л. Зашихин, П.И. Сидоров, Т.А. Бажукова, С.И. Мартюшов, Т.В. Волокитина, В.В. Попов, Б.А. Спасенников и др., ставшие известными врачами и учеными. Их биографии представлены в энциклопедиях, труды – в научных сборниках, которые регулярно издаются в отделе истории медицины СГМУ [2-5].

В связи с распадом ВЛКСМ награждение молодых ученых в начале 1990-х гг. прекратилось, но было восстановлено Ломоносовским фондом. В 1994 г. лауреатами возобновленной премии были признаны профессора АГМА П.И. Сидоров, М.Х. Шпрага, А.Г. Соловьев, М.В. Дубченко, Ю.Р. Теддер за совокупность работ по теме «Медицинская экология: от научной концепции к новой учебной дисциплине», что послужило отличным стимулом для регулярного участия ученых вуза в сотрудничестве с практическими врачами архангельских лечебных учреждений. В 1995 г. за инновационные методики в области кардиохирургии и кардиореанимации премию присудили А.Н. Шонбину и его коллегам И.И. Чернову, А.Ю. Валькову, С.А. Заволожину, Л.Э. Недашковскому, В.В. Бородину. За внедрение телемедицинских технологий в сотрудничестве с университетом Тромсе в 1997 г. премию получили В.Д. Козлов, А. Рундховде, Н.И. Дорофеев, С.В. Хохлов, А.С. Крюков. За научную разработку и внедрение новых офтальмологических технологий премией были награждены д.м.н., профессор, заведующий кафедрой глазных болезней АГМА В.Я. Бедило и заслуженный врач РФ В.И. Тарабукин. Премией был удостоен дважды д.и.н., профессор Г.С. Щуров.

Известные архангельские онкологи и сотрудники ряда кафедр СГМУ (С.М. Асахин, В.А. Акишин, М.Ю. Вальков, Ю.А. Ворошилов, В.М. Жуков, А.Г. Золотков, А.Р. Калашников, М.Л. Левит, Т.С. Подъякова) внесли значительный вклад в развитие новых технологий, признанных сегодня на российском и

международном уровнях, за что были удостоены Ломоносовской премией. Среди лауреатов – известный детский хирург, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач России, Почетный гражданин Архангельска и Шенкурска, первый демократически избранный ректор АГМИ, организатор и первый декан педиатрического факультета АГМИ В.А. Кудрявцев за учебно-методический комплекс «Детская хирургия в лекциях», д.м.н., проф. М.Ю. Киров за научно-практическую разработку «Модуляция синтеза оксида азота при сепсисе и остром повреждении легких», д.м.н., проф. кафедры анестезиологии и реаниматологии СГМУ Н.А. Воробьева; ассистент кафедры педиатрии и пропедевтики детских болезней СГМУ И.С. Кравцова; нейрохирурги и анестезиологи-реаниматологи В.Г. Порохин, А.И. Волосевич, Н.А. Серебрянников, И.В. Шлегель, С.М. Казиев, С. А. Вашуков, А.В. Левин, И.Я. Насонов за научно-практическую работу «Хирургическое лечение разрыва аневризм сосудов головного мозга в остром периоде» (2006), кардиореаниматолог, заслуженный врач РФ С.А. Заволожин, д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии СГМУ О.А. Миролубова, хирург А.С. Заволожин, рентгенолог С.В. Голышев и д.м.н., профессор заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии СГМУ Э.В. Недашковский за «Влияние отсроченной ангиопластики на исход острого инфаркта миокарда»; коллектив СГМУ и Архангельской городской клинической больницы № 1 имени Е.Е. Волосевич доцент С.В. Бобовник, профессор Б.Л. Дуберман, профессор С.М. Дыньков, доцент В.П. Рехачев, хирурги Я.А. Насонов, В.Н. Поздеев за комплексную научную работу «Оптимизация диагностики и лечения острого панкреатита и его осложнений», за научно-внедренческую программу «По уменьшению распространенности туберкулеза в Архангельской области» – профессор А.О. Марьяндышев, Д.В. Перхин, В.П. Панасик, Н.И. Низовцева, Е.И. Никишова, «за создание и развитие современного научно-практического направления в здравоохранении Архангельской области по челюстно-лицевой хирургии и обеспечение его квалифицированными кадрами хирургов» А.А. Кулаков, А.У. Минкин, И.В. Петчин, И.О. Авдышов, С.Н. Федотов и др.

В 2012 г. авторский коллектив (А.М. Вязьмин, А.В. Андреева, С.П. Глянцев, А.Л. Санников) был награжден Ломоносовской премией за коллективную работу «Музейный комплекс СГМУ – научно-образовательный, воспитательный и культурно-просветительный центр». Научно-внедренческая работа проводилась с 2005 г., когда в СГМУ был создан музейный комплекс. Одной из главных заслуг награжденных признано просвещение в области ломоносововедения.

В настоящее время в отделе истории медицины Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ расширяется взаимодействие с лечебно-профилактическими учреждениями, в которых трудились и работают до настоящего времени лауреаты Ломоносовской премии. Информация о них дополняется в аудитории имени М.В. Ломоносова в СГМУ.

Ломоносовские премии остаются важным стимулом для новых научных изысканий и открытий на территории Архангельской области. Освящение лауреатов Ломоносовской премии актуально и в связи с 30-летием со дня создания в Архангельске Ломоносовского фонда, почетными членами которого являются многие сотрудники АГМИ – АГМА – СГМУ, в т.ч. за вклад в науку и сохранение Ломоносовских традиций. Ученые-северяне своими делами показывают пример нравственного воспитания, способствующего росту культуры и образованности людей, о чем мечтал и писал академик М.В. Ломоносов.

О вкладе сотрудников самого северного медицинского вуза в становление и развитие медицинской науки и практического здравоохранения Европейского Севера России в одной статье. В преддверии 310-летия со дня рождения нашего земляка, великого ученого и просветителя М.В. Ломоносова, в музее СГМУ продолжается расширение исследований по Ломоносовской теме, в чём принимают активное участие обучающиеся.

Литература

1. Андреева А.В., Титова Г.П., Титова С.Л. Ученые АГМИ-АГМА-СГМУ и архангельские врачи – лауреаты Ломоносовских премий // Юбилейные и памятные даты медицины Архангельской области на 2012 год. – Архангельск, 2012. – С. 244-250.
2. Юбилейные и памятные даты медицины Архангельской области на 2011 год / сост.: А.В. Андреева, А.А. Боговая. 2-е изд., доп. и испр. – Архангельск, 2011. – 214 с.
3. Юбилейные и памятные даты медицины Архангельской области на 2013 год / сост.: А.В. Андреева, М.Г. Чирцова. – Архангельск, 2013. – 390 с.
4. Юбилейные и памятные даты медицины Архангельской области на 2014 год / сост.: А.В. Андреева, М.Г. Чирцова. – Архангельск, 2014. – 305 с.
5. Юбилейные и памятные даты медицины Архангельской области на 2015 год: в 2 т. Т. 1 / сост.: А.В. Андреева и др. – Архангельск, 2015. – 289 с.

К ЮБИЛЕЮ ИЗВЕСТНОГО АКАДЕМИКА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВИЧА БОГОМОЛЬЦА

Пугачева Д.С.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) МЗ РФ.
Студентка 4 курса лечебного факультета.

Научный руководитель: Самбуров Г.О.

Аннотация: в статье представлена информация о патофизиологе, академике А.А. Богомольце.

Ключевые слова: АГМИ, патофизиология, Первая Мировая война, Национальный медицинский университет Украины.

В 2021 году исполнилось 140 лет со дня рождения выдающегося патофизиолога, академика, вице-президента АН СССР и АМН СССР, общественного деятеля А.А. Богомольца.

Богомольец Александр Александрович родился в Киеве 12 мая 1881 г. Его родители были яркими революционными деятелями. Все молодое поколение семьи принимало участие в революционном движении и подвергалось политическим преследованиям. Незадолго до рождения будущего ученого его мама была осуждена военным судом, арестована и отправлена в ссылку на каторгу, где в связи с беременностью была помещена в отдельную камеру, а после родов переведена в главный корпус Лукьяновской тюрьмы. Отец Богомольца был врачом, его также привлекли к суду за участие в революционном движении. Родившийся в тюрьме, Александр провел детство в доме родителей мамы на Полтавщине, затем он учился в Киеве. В 1900 г. он поступил на юридический факультет Киевского университета, но вскоре понял, что этот факультет его не удовлетворяет и по совету своего дяди (профессора Киевского медицинского института Томашевского) решил стать врачом. На рубеже XIX – XX веков среди теоретиков медицины особенно выделялся профессор общей патологии В.В. Подвысоцкий, и молодой Богомольец решил начать у него свою научную деятельность, что явилось причиной зачисления на медицинский факультет Новороссийского (Одесского) университета. В дальнейшем Богомольец перенимал опыт у профессоров Л.А. Тарасевич, Н.Г. Ушинского, В.В. Воронина [2].



В начальный период своего научного развития А.А. Богомольец получил разностороннюю научную подготовку, что наложило яркий отпечаток на всю его дальнейшую деятельность. В этот период он написал 12 научных работ. После защиты диссертации, проходившей в Военно-медицинской академии, где его оппонентом был академик И.П. Павлов, А.А. Богомольец получил звание приват-доцента и был командирован в Париж для продолжения обучения. В 29-летнем возрасте приват-доцент Богомольец получил предложение Саратовского университета занять кафедру общей патологии, на базе которой им была создана лаборатория, по своему оборудованию ставшей лучшей в России. В 1917 г. вследствие длительных работ по изучению экспериментальной эндокринологии и обмену веществ вышел первый том научных трудов кафедры.

Профессор А.А. Богомольец в годы Первой Мировой войны исполнял обязанности проректора и ассистента по кафедре общей патологии и бактериологии Саратовского университета, по кафедре микробиологии в сельскохозяйственном институте, участвовал в организации высших женских курсов, где после революции занял должность декана [1].

В его лаборатории велись работы по изучению сыпного тифа, летних детских поносов и других заболеваний, уносивших множество человеческих жизней. А.А. Богомольец работал над ферментной теорией иммунитета и анафилаксии и над некоторыми другими вопросами общей патологии. В результате в 1925 г. вышел второй том трудов лаборатории. В это же время был опубликован его учебник, выдержавший четыре издания.

Александр Александрович получил широкую известность и был приглашен в Москву, на кафедру общей патологии II Московского университета. В первый год своего пребывания в Москве он уделял очень много внимания организации лаборатории во дворе 2-й Градской больницы. В дальнейшем он не только руководил кафедрой, но создал отделы экспериментальной патологии при Медико-биологическом институте Главнауки и при Институте по изучению высшей нервной деятельности при Коммунистической академии ЦИК СССР, а затем при Институте переливания крови, директором которого он стал с 1928 г. Кроме того были организованы онкологическая лаборатория и лаборатория по изучению происхождения, развития и профилактики утомления при Московском ипподроме. В сентябре 1925 г. на II съезде патологов

А. А. Богомолец сделал обзорный доклад «Эндокриния и конституция». Тогда же он вместе с профессором С.С. Халатовым предложили переименовать общую патологию в патологическую физиологию. В 1926 г. А.А. Богомолец работал со своими сотрудниками над вопросами утомления и его профилактики, проводя опыты на рысистых лошадях Московского ипподрома. В этот период Александр Александрович опубликовал ряд монографий и статей в научных журналах. Кроме того, он принимал активное участие в редактировании «Медико – биологического журнала» и «Журнала микробиологии, патологии и инфекционных болезней», был членом правления Всесоюзного и Московского обществ патологов. [2]

В 1929 г. Александр Александрович был избран действительным членом Академии наук УССР, а в 1930 г. – ее президентом. В дальнейшем он принял решение переехать на Украину. В киевском институте микробиологии АН УССР он сразу же развернул интенсивную научную работу вместе со своими московскими сотрудниками. Так создавалась кафедра патологической физиологии Академии наук УССР, которая с 1934 г. вошла в состав вновь организованного Александром Александровичем Института клинической физиологии.

В 1931 г. А.А. Богомолец создал в системе НКЗ УССР Институт экспериментальной биологии и патологии. Им были организованы конференции по аллергии, медицинской биологии, недостаточности кровообращения, шоку, гипертонии, старости и физиологической системе соединительной ткани. Являлся председателем оргкомитета I съезда онкологов УССР. В Киеве он вел и большую общественную работу, был избран членом ЦИК СССР, членом ВУЦИК, членом Президиума Киевского горсовета и областного исполнительного комитета, депутатом Верховного Совета УССР.

Война застала Александра Александровича полным энергии и творческих сил. Он сразу перестроил работу Академии наук УССР в связи с военными запросами, в руководимом им институте с поразительной быстротой были созданы блоки для взятия донорской крови, отправляемой на фронт. Богомолец и руководимый им институт работали над применением антиретрикуло – эндотелиальной цитотоксической сыворотки для ускорения заживления ран, переломов, для лечения заражения крови и других заболеваний. В 1944 г. академику было присвоено звание Героя Социалистического труда [2].

Национальный медицинский университет Украины назван в честь А.А. Богомольца, который в 2014-2018 гг. возглавляла профессор Е. Н. Амосова – дочь самого известного выпускника АГМИ, академика Н.М. Амосова [3]. Исследование продолжается.

Список литературы:

1. Пицк Н. Е. Богомолец. – М.: Молодая гвардия, 1964. – 224 с.
2. Сиротинин Н. Н. Академик Александр Александрович Богомолец :
3. К 75-летию со дня рождения (1881 – 1956). – Киев: Госмедиздат УССР, 1957. – 109 с.
4. Краткая история Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://nmu.ua/zagalni-vidomosti/istoriya/brief-history> 29.11.2021 (дата обращения: 29.11.2021).

В ПАМЯТЬ ОБ ОСНОВАТЕЛЕ МУЗЕЙНОГО КОМПЛЕКСА СГМУ ПРОФЕССОРЕ Г.С. ЩУРОВЕ

*Синцова Е. А., Дроздова Е. А., Пилипчук М.Р.
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет». (г. Архангельск)
Минздрава России. Отдел истории медицины. Студенты 1 курса лечебного факультета.
E-mail: sintsovaea@mail.ru, katy0774dro@gmail.com, pilip4uk.mih@yandex.ru
Научный руководитель: Самбуров Г.О.*

Аннотация: в статье представлена информация о докторе исторических наук, профессоре Г.С. Щурове, основателе музейного комплекса СГМУ и Общества изучения истории медицины Европейского Севера (ОИИМЕС).

Ключевые слова: история, музейный комплекс, АГМИ, СГМУ.

История Северного государственного медицинского университета (СГМУ, ранее АГМИ – Архангельский государственный медицинский институт) славится именами известных выпускников и преподавателей. Одним из таких ученых был доктор исторических наук Геннадий Степанович Щуров, который возглавлял кафедру гуманитарных наук, являлся основателем Музейного комплекса и Общества изучения истории медицины Европейского Севера (ОИИМЕС) в СГМУ [6]. Цель нашей работы заключается в рассмотрении вклада Г.С. Щурова в историю медицины.

Геннадий Степанович появился на свет 30 августа 1935 г. в больнице имени Н.А. Семашко, которая на протяжении всей жизни была связана с его деятельностью [2]. Детство Геннадия выпало на тяжелое

военное время, он быстро повзрослел, как и многие другие мальчишки и девочки. Попранное войной детство, страдания, голод, смерть сформировали волю, закаляли его характер. В школьные годы будущий ученый учился хорошо, занимался в музыкальном кружке Дворца пионеров города Архангельска, тогда проявились его музыкальные способности и желание профессионально заниматься музыкой. Он окончил музыкальное училище и служил в Ансамбле песни и пляски Беломорского военного округа. За это время он узнал тонкости народного творчества многих северных областей [2].



Спустя четыре года после окончания музыкального училища Г.С. Щуров поступил в педагогический институт на исторический факультет в Архангельске. Еще студентом, в 1960 г. он начал преподавать музыку для недавно появившегося факультета педагогики и методики начального образования АГПИ, в дальнейшем был назначен исполняющим обязанности декана этого факультета. В 1963 г. Г.С. Щурова пригласили в АГМИ на кафедру гуманитарных наук, название которой неоднократно менялось: истории КПСС и политэкономии; истории, экономики и права; гуманитарных наук и др. Он прошел все ступени становления ученого и педагога от ассистента и старшего преподавателя до профессора и заведующего. По совместительству около 10 лет он был заместителем декана лечебного и стоматологического факультетов АГМИ [2].

За долгие годы преподавания и руководства кафедрой Геннадий Степанович Щуров вдохновлял будущих врачей, специалистов на изучение истории, как своего вуза, так и медицинских учреждений Отечества. Они готовили исследовательские работы на различные темы: об истории развития факультетов, профессорах университета, медицинских учреждениях города и области. Профессор считал важным, чтобы врач был эрудирован, интеллектуально развит [2].

Несколько лет Г.С. Щуров занимался сбором информации по истории музыкальной культуры Севера. Результатом многолетней работы, составивший около 40 лет, стал «Архангельск город музыкальный». В 1997 г. ее признали лучшей книгой «музыкального краеведения» в России [3].

В 1998 г. Г.С. Щуров выпускает книгу «Николай Прокопьевич Бычихин. Отечества достойный сын». Она посвящена хирургу, доктору медицинских наук, ученому, педагогу, организатору здравоохранения Николаю Прокопьевичу Бычихину [3].

Одним из самых важных годов в его жизни был 2001 г., когда издалась книга «Профессора Северного государственного университета» о выдающихся ученых и научных школах. В России подобные работы еще не публиковались [1, 2].

В 2002 г. Щуров посвящает один из своих трудов «Медицинский образовательный и научный центр Европейского Севера» университету в честь 70-летнего юбилея вуза. Г.С. Щуров, являясь редактором, осуществляет деятельность по публикации серии книг, содержащих информацию о различных факультетах и кафедрах университета. Он также пишет «Очерки истории культуры Русского Севера» в 2004 г., которые выигрывают в номинации «Культура России» как «Лучшая книга 2004 г.». Г.С. Щуров долго обдумывал идею создания музейного комплекса и в летом 2005 г. начал разрабатывать его основу, фундаментом которой стал показ истории медицинских кафедр. Музейный комплекс считался единым центром, по координации музейных экспонатов, напечатанных работ по здравоохранению и истории медицины [3].

Г.С. Щуров поспособствовал становлению Общества изучения истории медицины и в 2005 г. был избран его председателем. Это сообщество занималось сбором и изучением исторических материалов о медицинских областях и их представителей, а итогом их деятельности стало сохранение опыта здравоохранения для будущих поколений [2].

Профессор Г.С. Щуров, являясь настоящим патриотом своей страны, издал более 100 научных работ, среди которых 18 книг, пользующихся до сих пор большим спросом [1].

Геннадий Степанович Щуров скончался 12 ноября 2012 г., однако его личность и достижения все остаются хорошим примером для студентов СГМУ. Таким образом, результат его деятельности Музейный комплекс СГМУ, который не забыт и продолжает свою работу по сбору, хранению и презентации экспонатов, собранных им вместе со своими коллегами и студентами.

Список использованных источников:

1. Андреева А.В. К 85-летию со дня рождения историка медицины, профессора Геннадия Степановича Щурова / Андреева А.В., Самбуров Г.О., Спасенникова М.Г. – Архангельск: Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко 2020. №3 – 12 с.
2. Спасенников Б.А. Памяти ученого. К 80-летию со дня рождения профессора Г.С. Щурова / Спасенников Б.А. // Исторические науки и археология [Электронный ресурс]. – Электрон.журн. – 2015. – №36-1 – Режим доступа : <https://novainfo.ru/article/3802> (дата обращения: 10.10.2021)
3. Поморская энциклопедия. Архангельск, 2001. Т. 4. С. 605;

4. Чернобаев А.А. Щуров Георгий Степанович // Историки России: Кто есть кто в изучении отечественной истории: биобиблиогр. слов. Саратов, 1998. С. 423;
5. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2015 год: в 2 т. / [сост.: А.В. Андреева, М.Г. Чирцова, Г.О. Самбуров]. Архангельск, 2015. Т. 1. С. 184.
6. Архив СГМУ, фонд 98. Личное дело профессора Г.С. Щурова. СГМУ, 2021.

ГОСПИТАЛИ ГОРОДА ВЫТЕГРЫ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941-1945 ГГ.

Скресанова Н.А.

*ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) МЗ РФ.
Студентка 1 курса стоматологического факультета.*

Научные руководителя: к.м.н., доцент Попов М.В.; Андреева А.В.

Аннотация: в статье представлена история эвакуационных госпиталей и роль медицинских работников, работавших в Вытегре во время Великой Отечественной войны

Ключевые слова: Вытегра, госпиталь, военное положение.

В годы Великой Отечественной войны Вологодская область являлась прифронтовой зоной, в которой располагались эвакуационные госпитали. Часть госпиталей, функционировавших на территории Вологодской области относилась к госпитальной базе Карельского фронта, другие – к иным, что было связано с передислокациями эвакуогоспиталей на протяжении всей войны. В музее СГМУ наиболее изучена госпитальная база Карельского фронта, тесно связанного с Вологодской областью, через которую на север шли эшелоны с ранеными [1].

С первых дней войны в Вологде разместилось управление одного из крупнейших в РККА распределительно – эвакуационного пункта (РЭП), в систему которого входили десятки госпиталей. На него было возложено лечебно-эвакуационное обслуживание раненных и больных солдат и офицеров Ленинградского, Карельского, Волховского фронтов, а также 4-й, 7-й и 54-й отдельных армий. В сентябре 1941 г. фронт подошел к северо-западной границе Вологодской области, и в октябре бои перекинулись на Оштинский район. Область, считавшаяся тыловой, оказалась на передовой, непродолжительное, но опасное время. Большую часть войны Вологодская область находилась в прифронтовой зоне и была лечебным центром для раненных и больных бойцов Красной Армии и эвакуированных жителей Ленинграда. История санитарных поездов также тесно переплетается с госпитальной сетью. В Вологде функционировал РЭП – 95, который обеспечивал работу всех эвакуогоспиталей на территории Вологодской области, 2 из которых располагались на территории Вологодского государственного университета с 24 июня 1941 г. до декабря 1945 г. [2].

В Вытегре в первые дни войны был создан истребительный батальон, перестроены промышленные предприятия на выпуск военной техники и оборудования, были созданы военные госпитали. 1 октября 1941 г. в Вытегре было объявлено военное положение, вся деятельность партийных, советских и других органов была направлена на решение задач фронтового города [3].

В военные годы в Вологодской и близлежащих областях было 3 линии госпиталей. Первая линия – это госпитали, в которых проводились срочные операции, вторая линия – это терапевтические госпитали, где выхаживали раненных, но после него можно было вернуться на фронт, и третья линия – это госпитали, где шла реабилитация раненых, ставших инвалидами. В Водлище и Жабинцах Вологодской области находились госпитали первой линии. Из них летом на теплоходе, а зимой на грузовых машинах раненых отправляли в госпитали второй линии, где они уже окончательно восстанавливались.

Госпитали, находящиеся в Вытегре, относились ко второй линии. Один из них назывался «хирургический полевой подвижный госпиталь», он был основан 29 сентября в 1941 г. в здании педагогического колледжа, сейчас это средняя школа №2. В данном госпитале в первое время было расположено хирургическое отделение на 250 коек с операционным блоком. Рядом в здании бывшего детского сада был размещен приемный покой и аптека. Количество раненых превышало количество коек в два, иногда и в три раза, и для решения этой проблемы были использованы трехъярусные кровати. Врачи тоже имели место для отдыха. Около госпиталя находилось здание, где врачи, медсестры и другой персонал мог отдохнуть, правда, за человеком не фиксировалось место, и отдыхали по принципу, где найдешь – там и ляжешь [3].

Хирургом в эвакуогоспитале №1006 был командированный из Лодейного Поля военврач 1 ранга Федоров Михаил Сергеевич, умерший от напряженной работы, и похороненный в городе Вытегра на военном кладбище. Факты его жизни неизвестны, поиск информации продолжается [4].

Еще одним хирургом была Пояркова Мария Сергеевна, 1918 г.р., которая в возрасте 23 лет призванная на фронт, по окончании войны имевшая звание капитана медицинской службы. За неустанную работу и самоотдачу Марина Сергеевна была награждена Орденом Отечественной войны II степени, а также медалью «За боевые заслуги» [5].

Медсестры эвакогоспиталя №1006: Т.И. Белицкая, К.А. Любченко, В.Д. Ильяшук, О.М. Курочкина, К.А. Данилова, А.С. Петрова (помимо обязанностей медсестры была донором, а еще отличным снайпером). Лаборант клинической лаборатории А. Аккуратова, медсестры П. Ханькова, В. Поповская. Трошева Евдокима Кузьминична работала медсестрой в госпитале, а после войны была акушеркой в Вытегорском роддоме. Кроме ухода за ранеными, работникам госпиталя приходилось самим заготавливать дрова, стирать бинты и белье, т.к. прачечной не было, водопровода и канализации тоже [3].

Второй госпиталь был расположен в здании школы №1 на улице Третьего Интернационала, дом 28. С 5 февраля 1942 г. имел название «Эвакогоспиталь», позже 30 февраля 1942 г. был переименован в «Фронт-овой госпиталь легкораненых». Сюда, собственно, и помещали легко раненых или выздоравливающих военнослужащих. Были и те, кто болел от недоедания, бойцов с дистрофией принимали в госпиталь, где «откармливали», а потом отправляли обратно на фронт. Территория госпиталя была не очень обширной, но внутренний двор имелся. Внутри дворовой территории был нанесён символ Красного Креста, по которому во время бомбежек и наносила удары авиация, но госпиталь был расположен немного дальше, поэтому не был поврежден. Покидать пределы госпиталя строго запрещалось.

Обычные жители имели к госпиталям прямое отношение. Свой урожай, домашнюю утварь, текстиль они отдавали в госпитали (утаивание этих ресурсов очень строго наказывалось). Школьники занимались сбором лекарственного сырья, давали концерты, женщины шили простыни и помогали санитаркам и медсестрам. Многим жителям паёк выдавался мукой или даже зерном, так как весь печеный хлеб передавался либо в госпитали, либо в воинские части [3].

Таким образом, госпитали г. Вытегры сыграли важную роль в лечении раненых и возвращении их в строй, что способствовало победе СССР в Великой Отечественной войне.

Список источников:

1. Быков В.П., Андреева А.В., Самбуков Г.О. // Госпитальная база Карельского фронта 1941-1945: монография. Архангельск, 2020. – 214 с.
2. Вологда прифронтовая. Эвакогоспитали. https://webkvestpobedniymay.blogspot.com/p/blog-page_21.html (дата обращения 07.12.2021)
3. Лебедева А. В. Штурвальный П.Г. Плавгоспитали / А. В. Лебедева ; запись М. И. Верецагина ; [прим.] Ред. // Белозерье. – 2013. – 8 мая. – с. 8.
4. Память народа: Федоров Михаил Сергеевич <https://pamyat-naroda.ru/heroes/person-hero90484897> (дата обращения 07.12. 2021)
5. Память народа: Пояркова Мария Сергеевна <https://pamyat-naroda.ru/heroes/person-hero123264919> (дата обращения 07.12.2021)

ОДИН ИЗ ПАТРИАРХОВ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ХИРУРГИИ – ПОЧЕТНЫЙ ДОКТОР СГМУ ВИКТОР ПАВЛОВИЧ РЕХАЧЕВ

Тучина Т.А., Пугачева Д.С.

*ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) МЗ РФ.
Студентки 4 курса лечебного факультета.*

E-mail: museumnsmu@mail.ru

Научные руководители: д.м.н., профессор С.М. Дыньков; Андреева А.В.

Аннотация: статья посвящена 90-летию Заслуженного врача РФ, Почетного доктора СГМУ В.П. Рехаева, его вкладу в развитие хирургии в Архангельской области.

Ключевые слова: АГМИ, хирургия, первая городская клиническая больница, Рехаев, СГМУ

В ноябре 2021 года исполнилось 90 лет известному архангельскому хирургу, Заслуженному врачу РФ, кандидату медицинских наук, доценту и Почетному доктору Северного государственного медицинского университета (СГМУ), общественному деятелю Виктору Павловичу Рехаеву.

Детство Виктора Павловича пришлось на военный период, он трудился наравне со взрослыми в Емецке. За 1941 г. будучи ребенком, он заработал в колхозе 41 трудодень и так продолжалось все последующие годы, в связи с чем официально признан тружеником тыла в годы Великой Отечественной войны. Окончив после войны школу в Емецке, он решил стать врачом и поступил на лечебный факультет



в АГМИ. В студенческие годы активно занимался общественной работой, состоял в комитете ВЛКСМ АГМИ, отвечал за спортивно-массовый сектор, играл в театре [1].

Начиная с 3 курса, получал именную стипендию имени 20-летия Ленинского комсомола. С этого же курса был увлечён хирургией, был старостой кружка на кафедре общей хирургии. После окончания в 1955 г. АГМИ с отличием и клинической ординатуры на кафедре общей хирургии по распределению он уехал работать хирургом в родной Емецк.

В 1958 г. Виктор Павлович вернулся в АГМИ, где работал сначала ассистентом кафедры нормальной анатомии, одновременно трудился в 4-й поликлинике хирургом на вечернем приёме. В 1959 г. по совместительству временно был главным врачом плавающей поликлиники, которая ходила летом по берегам Северной Двины и оказывала медицинскую помощь населению в прибрежных деревнях. В начале 1960-х гг. В.П. Рехачев разработал лекцию «Ломоносов и медицина» и выступал с ней в различных аудиториях Архангельской области. Его интерес к имени М.В. Ломоносова проявился ещё в юношеские годы: его родное село находится в 90 км от деревни Мишанинской – родины Ломоносова. В 1969 г. он принял участие в организации первых Ломоносовских чтений в Архангельске, в дальнейшем он стал Почетным членом Ломоносовского фонда [5].

В 1968 г. В.П. Рехачев защитил диссертацию на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по проблемам неотложной абдоминальной хирургии [3]. После защиты диссертации он стал ассистентом кафедры факультетской хирургии на базе Первой городской клинической больницы, посвятив кафедре всю свою дальнейшую жизнь. За время работы Виктор Павлович прошел путь от ассистента до доцента – заведующего, руководил ей в течение 20 лет. В 1995 г. на кафедре Виктор Павлович организован курс усовершенствования врачей, где проводит занятия и продолжает обучение врачей-хирургов до настоящего времени. В период заведования кафедрой Виктор Павлович работал в должности главного хирурга города Архангельска, регулярно консультировал больных в Цигломенской больнице №12, 2-ой поликлинике г. Архангельска, много оперировал, внедрял новые методы диагностики и лечения хирургических заболеваний. С 1980 г. он был в составе проблемной комиссии по неотложной хирургии МЗ и АМН СССР. Постоянно повышал свой уровень знаний и умений. Проходил специализацию в московском онкоцентре у академика Н.Н. Блохина. Помогая жене – хирургу, он также освоил экспериментальную хирургию. В 2007 г. стал доцентом хирургии последипломного образования СГМУ [2].

Большой хирургический опыт, навыки работы на руководящих постах и уважение со стороны коллег и студентов сыграли большую роль в жизни В.П. Рехачева. Он многое сделал для усовершенствования и организации хирургии в городе Архангельске и Первой городской больнице, неоднократно выступал на многочисленных конференциях и съездах, в т.ч. за рубежом. При его непосредственном участии созданы новые направления в сосудистой хирургии, проктологии, гнойной хирургии, внедрены новые оперативные вмешательства в плановой и экстренной хирургии. За свою деятельность он занесён в Книгу Почёта 1-й ГКБ.

Помимо руководящей и преподавательской работы В.П. Рехачев уделяет большое внимание научно-исследовательской деятельности. Он является автором свыше 200 печатных работ и 5 монографий. Был удостоен звания Почётный член общества «Знание» (в 2015 г. его наградили медалью «Подвижнику просвещения» Общества «Знание» России).

Виктор Павлович автор многих работ по истории медицины. В 2018 г. он презентовал свою книгу «История хирургии Архангельского Севера», где собраны уникальные документы и фотографии, биографии более чем 350 врачей и ученых, от знаний и умения которых зависели сотни тысяч жизней северян. Он соавтор издания, посвященного Народному врачу Е.Е. Волосевич. Активный член Общества изучения истории медицины Европейского Севера, свой полувековой опыт хирургии изложил в биографической книге «Размышления о судьбе хирурга (из записок врача)». Он многое сделал для создания и развития музейного комплекса СГМУ.

В.П. Рехачев был удостоен множества наград и званий за свою жизнь. Он был обладателем региональной общественной награды «Достояние Севера» (2012), лауреатом литературной премии имени Н.М. Рубцова (2004). Награждён орденом Трудового Красного Знамени (1982), медалями «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» (1945 г.), «Ветеран труда» (1985 г.), юбилейными медалями «50 лет (60, 65, 70, 75 лет) Победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» (1995; 2005; 2010; 2015; 2020). Он Почётный доктор СГМУ (2019), награжден медалями: им. Н.М. Амосова и В.Ф. Войно-Ясенецкого (2015).

В ноябре 2021 г. в честь своего 90-летия Виктор Павлович был удостоен высокой награды – нагрудного знака «За заслуги перед городом Архангельском» и признан Почетным гражданином Холмогорского района Архангельской области [2, 4].

Учитель подавляющего большинства ныне работающих хирургов в нашей области, В.П. Рехачев и до сегодняшнего дня занимается активной преподавательской и научной работой. Через его руки прошли

тысячи пациентов, и все они отзываются о нем как о враче и человеке высочайшей культуры и профессионале с большой буквы.

Виктор Павлович Рехачев за свою долгую карьеру успешно прооперировал многих пациентов, обучил хирургическому мастерству сотни врачей, которые стали профессионалами своего дела. Пациенты, студенты, коллеги отзываются о нём с любовью и большим уважением и желают ему долгих лет жизни и неугасающего энтузиазма в его профессиональной жизни.

Литература:

1. Личное дело выпускника АГМИ 1955 г. В.П. Рехачева. Архив СГМУ, фонд 98. – 2021.
2. Достояние Севера: АГМИ – АГМА – СГМУ: сборник статей / под ред. Л.Н. Горбатовой. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2017. – 400 с.
3. Хирургические кафедры СГМУ. – Архангельск, 2002. – С. 39–40;
4. Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2011 год. – Архангельск, 2011. – С. 76-77;
5. Интервью с Виктором Павловичем Рехачевым, 20.11.2021 г.

К 150-ЛЕТИЮ ВЫДАЮЩЕГОСЯ УРОЖЕНЦА АРХАНГЕЛЬСКОГО СЕВЕРА – АКАДЕМИКА В. Н. ШЕВКУНЕНКО

Хвиюзов К.А.

E-mail: konstantinsa321abc@gmail.com

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г.Архангельск)

Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научные руководители: к.м.н., доц. В.П. Рехачев; Андреева А.В.

Аннотация: в статье представлены достижения известного российского и советского военного хирурга, академика В.Н. Шевкуненко.

Ключевые слова: Шевкуненко, хирург, топографическая анатомия.

Знаете ли Вы, что даже на Крайнем севере нашей необъятной страны рождались великие люди? Именно такому человеку, Виктору Николаевичу Шевкуненко, посвящена статья. Он известен научному миру как хирург, топографоанатом, Заслуженный деятель науки РСФСР, доктор медицинских наук, академик АМН, генерал-лейтенант медицинской службы. В 2022 г. исполнится 150 лет со дня его рождения.

Виктор Шевкуненко родился 17 февраля 1872 г. в Мезени Архангельской губернии. Его отец занимался рыбным промыслом и составлял гидрографическое описание берегов Баренцева моря. Родители-поморы очень хотели, чтобы мальчик получил достойное образование, и в 1881 г. он был отправлен на учебу в Архангельскую Ломоносовскую гимназию, которую окончил с золотой медалью. В 1890 г. Виктор Николаевич поступил в Военно-медицинскую академию (г. Санкт-Петербург). Этот год в академии совпал с введением новой реформы – возобновлением пятилетнего обучения. Студент Шевкуненко успешно учился, особенно его интересовала хирургия. Он был разносторонне заинтересованным юношей, кроме учебы любил классическую музыку, ходил в театры, много читал, занимался спортом. Кроме того, он встречался с политическими ссыльными и оказывал медицинскую помощь красногвардейцам.

В 1895 г. Виктор Шевкуненко получил диплом врача с отличием и золотую медаль, после чего был допущен к написанию закрытого сочинения, благодаря которому поступил в Институт усовершенствования врачей. Доктор В. Н. Шевкуненко был зачислен в клинику госпитальной хирургии, созданную выдающимся Н. И. Пироговым. Руководителем клиники в этот период был хирург, профессор В. А. Ратимов.

Особенно Виктора Николаевича привлекала ортопедия, чему он посвятил диссертацию «Современное лечение косолапости», которую защитил в 1898 г.

В 1899 г. Шевкуненко стал доктором медицины и на средства Пироговского фонда поехал за границу, где изучал преподавание хирургии. Он посещал главнейшие хирургические клиники Западной Европы, а в 1902 г. – Нью-Йорк и вторично Лондон, где слушал лекции, смотрел операции мастеров хирургии.

В 1905 г. Виктор Николаевич, не покидая клиники, взял в Академии на себя обязанности прозектора



кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, ранее возглавляемой профессором С. Н. Делициным.

Виктор Николаевич приложил большие усилия развитию новой специальности- урологии; одно за другим появляются интереснейшие публикации по хирургической анатомии мочеполовых органов. Он изучает и другие системы, выявил существование двух типов ветвления крупных артериальных стволов – магистрального и рассыпного. С 1907 г. В. Н. Шевкуненко читает лекции и получает звание приват-доцента Академии. Также он знаменит работами по иннервации органов пищеварительной системы и ортопедии («Атлас периферической нервной и венозной систем» и др.)

В 1911 г. В. Н. Шевкуненко возглавил кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии.

Имя Шевкуненко в медицинской науке связано главным образом с прикладной анатомией. Вершиной коллективного творчества учителя и учеников явилось учение об индивидуальной изменчивости органов и систем человеческого тела. Как бы ни были значительными сами по себе успехи в изучении конституции человека, нейрохирургической анатомии, строения сосудисто-нервного пучка, фасций и других раз-делов, они не идут ни в какое сравнение с созданием типовой анатомии и по существу порождены ею, развивают ее идеи. В 1935 г. Виктор Николаевич получил звание Заслуженного деятеля науки РСФСР

Огромный опыт исследователей убедительно свидетельствует о существовании индивидуальных различий во внешнем строении органов и систем человека. Начиная с анатомических деталей и кончая телосложением, все в большей или меньшей степени подвержено колебаниям. Для большей достоверности В. Н. Шевкуненко настоятельно рекомендовал широко использовать вариационную статистику, для чего необходимо иметь не менее 100 наблюдений. Особенно резко, по мнению академика, выступает значение возраста на очертании и положении полых органов. Если основные черты каждого органа, системы в целом закладываются во внутриутробном периоде, то в процессе внеутробного развития они дополняются рядом новых анатомических признаков. К этому сроку органы и системы приобретают индивидуальные особенности, приобретенные в начальных стадиях онтогенеза.

Учитывая все изложенное, можно прийти к заключению, что изучение диапазона индивидуальной изменчивости формы и положения органов человека надо проводить на объектах от взрослых людей. В годы Великой Отечественной войны В. Н. Шевкуненко был консультантом Главного военно-санитарного управления Красной Армии. В 1944 г. он стал академиком АМН СССР.

В мае 1948 г. В. Н. Шевкуненко по приказу министра Вооруженных Сил был переведён на должность профессора-консультанта Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова. Состояние его здоровья ухудшалось. В конце 1949 г. наступила полная слепота. Однако он все время работал и видел в труде могучий источник жизни. В июне 1952 г. В. Н. Шевкуненко перенёс пневмонию и инсульт. 30 июня наступило ухудшение, и в ночь на 3 июля 1952 г. он скончался. Из жизни ушёл человек, прошедший славный путь в науке и свершивший в ней настоящий подвиг. Он был награжден орденами Ленина, Красного Знамени, Трудового Красного Знамени, Отечественной войны I степени, Красной Звезды и различными медалями.

В г. Мезени до сих пор сохранился дом, в котором родился и провел первые годы жизни Виктор Николаевич Шевкуненко. На нём висит мемориальная доска, которая подтверждает этот факт. Жаль, что это здание находится в крайне плачевном состоянии, но жители малой Родины выдающегося хирурга стараются продлить срок его обветшания, потому что они помнят, любят и ценят своих великих и выдающихся земляков!

Список источников:

1. Бородулин В. Ш. Клиническая медицина от истоков до 20-го века / В. И. Бородулин ; Российское о-во историков медицины. – Москва РОИМ, 2015. – с.435, 455.
2. Калашников Р. Н. «140 лет со дня рождения Виктора Николаевича Шевкуненко». Юбилейные и памятные даты медицины и здравоохранения Архангельской области на 2012 год / [сост.: А. В. Андреева] ; Сев. гос. мед. ун-т. – Архангельск, 2012, с. 252-255.
3. Поморская Энциклопедия. Культура Архангельского Севера / Сев. (Аркт.) федер. ун-т им. М. В. Ломоносова, Ломонос. фонд ; гл. ред. Т. С. Буторина. – 2012. IV том. – с. 592
4. Симбирцев С. А. В.Н. Шевкуненко – выдающийся топографоанатом XX века / С.А. Симбирцев; С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования. – СПб. : СПбМАПО, 2004. Основные печ. науч. работы В.Н. Шевкуненко: с. 36

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА

Хацук А. С., Гусейнова А.Т.

Северный государственный медицинский университет.

Кафедра инфекционных болезней. Студентки V курса лечебного факультета.

E-mail: aalisahacuk@mail.ru

Научный руководитель: к.м.н. Поздеева М.А.

Аннотация: в статье представлен краткий обзор о методах лечения и профилактики вируса папилломы человека.

Ключевые слова: вирус папилломы человека, рак, вакцинация, иммунотерапия

Вирус папилломы человека (ВПЧ) – ДНК-содержащий вирус, относящийся к семейству Papillomaviridae. Размер его достаточно мал, что позволяет вирусу беспрепятственно проникать через различные повреждения на коже и слизистых оболочках [9]. Актуальность данной проблемы как в мире, так и в России обусловлена высокой распространенностью предрака и рака шейки матки (РШМ) и ролью ВПЧ инфекции в цервикальном канцерогенезе [6]. По данным IARC (Международного агентства по изучению рака), РШМ в мире является вторым по распространенности видом рака репродуктивной системы у женщин. По данным же ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется до 570 000 новых случаев рака у женщин, ассоциированных с ВПЧ, при доминирующем количестве РШМ [10, 11]. Заболеваемость РШМ за последние 10 лет в возрасте 15-39 лет стала занимать 1-е место среди всех злокачественных опухолей у женщин, а в возрасте 20-29 лет РШМ ежегодно увеличивается на 6,7 %, в 30-39 лет – на 3% [4].

Цель обзора: Предоставить актуальную информацию по особенностям лечения и профилактики вируса папилломы человека.

Материалы и методы: Всего проанализировано 11 источников литературы, из них 2 – иностранных авторов, опубликованных за период 2012-2021 гг. и размещённых на электронных ресурсах: <https://pubmed.gov>, <https://cyberleninka.ru>, <https://www.elibrary.ru>.

На сегодняшний день существует несколько консервативных способов, дающих положительные результаты в лечении ВПЧ-ассоциированных онкологических заболеваний. Один из них – применение имихимода, являющийся местным модулятором иммунного ответа. Применение противовирусного препарата цидофовира, ингибитора ДНК-полимеразы, доказало свою эффективность в лечении ВПЧ-ассоциированного респираторного папилломатоза. Основы лечения заключаются в иммунизации пациентов белком Е7 или малыми мРНК протеинов Е6/Е7 для формирования Т-клеточного ответа [8]. Перспективным классом препаратов для лечения ВПЧ являются TLR-агонисты – препараты, активирующие различные Toll- подобные рецепторы клеток. Так, например, Иммуномакс способствует активации иммунных клеток с сниженным профилем активности. Курс из 6 инъекций 200 ЕД внутримышечно в сочетании с деструкцией кондилом приводит к элиминации ВПЧ у 74-84 % инфицированных при проведении контрольного исследования через 6 и 9 месяцев. Однако комбинированные методы лечения являются наиболее эффективной системой терапии ВПЧ-ассоциированных заболеваний. Этот факт подтверждается тем, что локальная деструкция папиллом не позволяет полностью элиминировать вирус. Поэтому наиболее очевидной схемой является комбинация одного из традиционных методов деструкции в сочетании с одним из видов иммунотерапии [5].

Тем не менее для пациенток с предраковыми поражениями шейки матки на сегодняшний день отсутствуют эффективные медикаментозные методы лечения. В этих ситуациях используются инвазивные методы: лазерная терапия, криотерапия, конизация шейки матки, которые способствуют удалению пораженной зоны шейки матки [2]. В отношении ВПЧ противовирусным эффектом обладает фотодинамическая терапия. По итогам российских исследований ее эффективность в элиминации вируса при лечении РШМ может достигать 100%. Применение фотосенсибилизатора 5-ALA в лечении цервикальной ВПЧ-инфекции высокой степени риска отмечается полная ремиссия у 76,92% пациенток, полный регресс ЦИН-1 (98,2%) и значительная элиминация вируса (83,9%) после сеансов ФДТ [8].

В настоящее время действенным методом предотвращения инфицирования ВПЧ является вакцинация. Существуют три коммерчески доступных вакцины против ВПЧ: это Cervarix®, двухвалентная вакцина против ВПЧ-16/18; Gardasil®, четырехвалентная вакцина ВПЧ-6/11/16/18; и Gardasil®9, вакцина ВПЧ-6/11/16/18/31/33/45/52/58. Все вакцины используют тот факт, что белок ВПЧ L1 может образовывать вирусоподобные частицы, которые морфологически и антигенно очень похожи на нативные вирионы. Вакцины эффективно предотвращают инфекции ВПЧ, однако они не эффективны для устранения ранее существовавших инфекций, поскольку целевые антигены, капсидные белки L1 не экспрессируются в инфицированных базальных эпителиальных клетках [1]. В России зарегистрирована и применяется с 2007 г. четырехвалентная вакцина (Gardasil®), рекомендованная девочкам и женщинам в возрасте от 9 до 45 лет, мальчикам и мужчинам в возрасте от 9 до 26 лет. Вакцина предотвращает инфицирование

при первом половом контакте, вследствие этого ее эффективность наблюдается при вакцинации еще до начала половой жизни [7].

К мероприятиям неспецифической профилактики ВПЧ-инфекции относится своевременное выявление носителей ВПЧ-инфекции во время регулярных осмотров гинеколога путем проведения ПАП-скрининга – цитологического исследования вертикального мазка, позволяющее обнаружить раковые клетки и ВПЧ [3]. Эффективной и доступной остается барьерная контрацепция. Презервативы снижают вероятность инфицирования ВПЧ и риск развития ВПЧ-ассоциированных заболеваний, однако не могут полностью защитить, так как вирус может находиться и в других областях, не защищенных презервативом. Кроме того, необходимо повышать уровень сексуальной культуры и информированности населения, проводить образовательные мероприятия для молодых людей. Многие страны уже включили вакцину против ВПЧ в национальный календарь профилактических прививок. В России пока не принято финальное решение по внедрению данной вакцины в национальный календарь профилактических прививок [3].

Таким образом, вирусная природа ВПЧ-ассоциированных заболеваний позволяет разрабатывать вакцины с целью снижения онкологической заболеваемости. Изучение аспектов онкогенеза лежит в основе разработки лекарственной терапии, которая является перспективной альтернативой хирургическому лечению.

Литература:

1. Аляутдина О. С., Дармостукова М. А. Современные аспекты вакцинации против вируса папилломы человека //Безопасность и риск фармакотерапии. – 2018. – Т. 6. – №. 3.
2. Баранов И.И., Зароченцева Н.В., Малиновская В.В., Выжлова Е.Н. Неинвазивные методы лечения пациенток с ВПЧ-инфекцией и цервикальными интраэпителиальными неоплазиями: систематический обзор и метаанализ //Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. – 2021. – Т. 9. – №. 1 (31). – С. 31-43.
3. Башилина А.В., Чураева С.Н. Перспективы профилактики ВПЧ // FORCIPE. 2020. №3. –с. 457.
4. Дисаи Ф.Дж., Крисман У.Т. Клиническая онкогинекология. В 3 т. Пер. с англ. Клиническая онкогинекология: Издательство «Рид Элсивер». 2012;1:316
5. Довлетханова Э. Р., Абакарова П. Р. Современные возможности диагностики и лечения ВПЧ-ассоциированных заболеваний гениталий // МС. 2020. №3.
6. Клинышкова Т. В., Турчанинов Д. В., Буян М. С. Эпидемиологические аспекты рака шейки матки //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2018. – Т. 18. – №. 2. – С. 22-26.
7. Назарова Н.М., Павлович С.В., Агтоева Дж. И. Впч-ассоциированные заболевания у женщин и мужчин: принципы диагностики, лечения, профилактики // МС. 2019. №7.
8. Нигматуллин Л. М. Впч-ассоциированные онкологические заболевания //Поволжский онкологический вестник. – 2017. – №. 2 (29).
9. Цой А. Е., Самедова О. Р., Пономаренко Е. В. Папилломавирусные инфекции гениталий //Международный студенческий научный вестник. – 2018. – №. 4-2. – С. 324-326.
10. Clifford G, Franceschi S, Plummer M, De Martel C. The burden of HPV associated cancers in men and women. Eurogin. 2016;2-3.
11. De Sanjose S. The state of the art of HPV epidemiology, cervical vs oral. Eurogin. 2016;4-5.

СОДЕРЖАНИЕ

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА КОНСТИТУЦИЮ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА Абдулова А.Р.	3
АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 5 ЛЕТ Абрамова П.А., Киселева А.Д.	4
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. ГРЫЖА АМИАНДА Андреева Е.А., Кувакин Д.Г.	6
ЧАСТОТА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРЕПАРАТОМ ПРЕВЕНАР-13 Белькова О.А., Булыгина Н.Ю., Карнавина Е.В., Коробейников О.В., Муравьева Я.Г., Сокольников А.В.	8
ВЛИЯНИЕ НЕСЪЕМНЫХ ПРОТЕЗОВ НА ПАРОДОНТ ОПОРНЫХ ЗУБОВ (обзор литературы) Булдакова А.С., Соболева Н.Д., Черныш А.Н., Лытасова В.Д.	9
COVID-19: ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ, КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ (обзор литературы) Бутина А.А., Елисеева А.Д., Исакова И.И.	11
ВОЗДЕЙСТВИЕ МАЛЫХ ДОЗ РАДИАЦИИ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА Веселова М.М., Протасова Д.А.	13
КЛЕБСИЕЛЛЫ КАК ВОЗБУДИТЕЛИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ Веселова М.М., Протасова Д.А.	14
ВАКЦИНАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПРОТИВ КОКЛЮША: НАПРЯЖЁННОСТЬ ИММУНИТЕТА, ПРИВЕРЖЕННОСТЬ (литературный обзор) Ворошилова Д. Е., Устинова А. А.	16
ВЕБ-ПРИЛОЖЕНИЕ «КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ» – ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В УЧЕБНОМ И ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССАХ Грудина Е.С., Сумарокова А.Я., Анфимов Д.М., Сычева В.А.	18
ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ У КОРЕННЫХ НАРОДОВ РОССИЙСКОЙ АРКТИКИ Гудков А.А., Негодяева А.В.	20
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI Егоренкова Е.А., Слободина М.А.	21
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОПЕРАЦИОННЫМ БЛОКАМ Егорова Г.Е.	23
СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МУЗЕЙНО-ВЫСТАВОЧНОГО ПРОЕКТА «МЫ ШЛИ К ЛЮБВИ И МИЛОСЕРДИЮ...» Иванов Д.В.	25
ВЛИЯНИЕ ПОГОДЫ НА РАЗВИТИЕ СОСУДИСТЫХ КАТАСТРОФ Ильина К.С., Полозова П.Р.	27
ЭШЕРИХИИ КАК ВОЗБУДИТЕЛИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ Ильина К.С., Полозова П.Р.	28
МОТИВЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ЖЕНЩИН СТАРШЕ 50 ЛЕТ: КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Кирилкин Г.Э.	30
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИСТОЧНИКОВ ВОДОСНАБЖЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД С 2018 ПО 2020 ГГ. Клишина А.Ю.	32
УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ И ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Комиссарова Д.Д., Громоткова Е.С., Афанасьева К.Н., Паршевникова А.С., Мишина В.Д.	34

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕНОСА ОСТАТКОВ ВЗАИМОРАСЧЕТОВ С КОНТРАГЕНТАМИ ИЗ КОМПОНЕНТЫ 1С: ТОРГОВЛЯ И СКЛАД ВЕРСИИ 7.7 В КОМПОНЕНТУ 1С: БУХГАЛТЕРИЯ ПРЕДПРИЯТИЯ ВЕРСИИ 3.0.	
Корельская А.О., Земцовский А.Е., Меньшиков А.М.....	36
ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ВЫДЕЛЕНИЯ ГУМИНОВЫХ КИСЛОТ	
Корельская Т.А., Майер Л.В., Журавлева Е.А., Айвазова Е.А., Онохина Н.А., Зубова Н.А.	37
СОЧЕТАНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	
Коробова О.Д., Рупасова О.В.....	40
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВНЕЗАПНОЙ ОСТАНОВКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БРАТЬЕВ БЛИЗНЕЦОВ	
Крайнова И.Н., Шабаева М.А., Егоров А.Н.	41
ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ONLINE-СЕРВИСОВ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ	
Крылова В.Д.	43
ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ПРИ COVID-ИНФЕКЦИИ В ГБУЗ АО «АОКБ»	
Крючкова О.М., Дьячков С.К., Цуканова М.В.	45
СОВРЕМЕННЫЕ КЛАСТЕРЫ ПАРОДОНТАЛЬНОГО РИСКА	
Маленина И.В., Белозерова Е.В., Вилова Т.В.	47
ФИЗИОЛОГИЯ ВАХТОВОГО ТРУДА В АРКТИКЕ	
Молокова Э.Ю., Хоменко В.А.....	49
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ВАХТОВЫХ РАБОТНИКОВ В АРКТИКЕ	
Негодяева А.В., Гудков А.А.	50
ЧТО ДЕЛАЕТ ПАЦИЕНТА СЛОЖНЫМ? ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	
Парамонов А.А.....	52
АКТИВНЫЕ ФОРМЫ КИСЛОРОДА И ПУТИ ИХ ОБЕЗВРЕЖИВАНИЯ В ОРГАНИЗМЕ	
Паршевникова А.С.....	55
ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ И БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ	
Першина В.Д., Садкова А.Н, Максимова М.П.	57
ПРИЧИНЫ ОТКАЗА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОТ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	
Равлусевич Л.А.	59
ВЛИЯНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ 6-12 ЛЕТ СЪЕМНЫМИ АППАРАТАМИ НА ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОБИОТЫ ПОЛОСТИ РТА	
Разилова А.В., Мамедов Ад.А.	60
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА ПЕРЕНОСА ОСТАТКОВ ТОВАРНО-МАТЕРИАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЕЙ ИЗ КОМПОНЕНТЫ 1С: ТОРГОВЛЯ И СКЛАД ВЕРСИИ 7.7 В КОМПОНЕНТУ 1С: БУХГАЛТЕРИЯ ПРЕДПРИЯТИЯ ВЕРСИИ 3.0.	
Рыжкова Е.С., Земцовский А.Е., Меньшиков А.М.....	62
АНТИВОЗРАСТНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ (ANTI-AGE СТОМАТОЛОГИЯ)	
Сидоренко А.Ю., Соболева Н. Д., Скачкова А.А., Кухтина М.В., Федотова Н.О.....	63
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ С БЕРЕМЕННЫМИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ	
Смирнова А. В., Корягина О.А., Воронова Н.Г., Лебедева Т.Б.	65
КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРКТИЧЕСКИХ ТЕРРИТОРИЙ	
Хоменко В.А., Молокова Э.Ю.....	67
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	
Щербакова А.В., Юдина А.А.	69
EXPERIENCE OF COVID-19 PATIENTS DURING HOSPITALIZATION: A QUALITATIVE STUDY	
Akinlagun Taiwo Adebisi.....	71

WHY FOREIGN STUDENTS STUDYING IN MEDICAL UNIVERSITY START DRINKING ALCOHOL: A QUALITATIVE STUDY Akinlagun Kehinde Adeniyi	72
PANDEMICS: CAUSES AND OUTCOMES Erykalova S.P., Alenina M.V.....	74
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И НАУКИ	
150 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ОСНОВОПОЛОЖНИКА ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ, ПРОФЕССОРА ВЛАДИМИРА АНДРЕЕВИЧА ОППЕЛЯ Ананьина М.О.	76
140 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АКАДЕМИКА В.Ф. ЗЕЛЕНИНА Анфилова А.А., Скресанова Н.А.	77
150 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ССЫЛЬНОГО ИСТОРИКА Н.Я. НОВОМБЕРГСКОГО Воронович К.В., Кокшарова А.А.	79
185 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ОСНОВОПОЛОЖНИКА ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НЕВРОПАТОЛОГИИ А.Я. КОЖЕВНИКОВА Воронцова Д.Д., Головки М.К.	80
В ПАМЯТЬ О ВЫПУСКНИКАХ АГМИ 1946 ГОДА Воронцова Д. Д., Лысенко А. Д., Пилицина У. Д., Черкасова А. А.	82
В ПАМЯТЬ ОБ ОСНОВОПОЛОЖНИКЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ Н.М. МАКСИМОВИЧЕ-АМБОДИКЕ Воронцова Д.Д., Головки М.К.	83
«СПЕШИТЕ ДЕЛАТЬ ДОБРО!» – ДЕВИЗ ДОКТОРА ГАЗА Золотилова А.И.	85
ТЕОДОР КОХЕР И ЕГО ИЗОБРЕТЕНИЯ Клюкас А.А., Морев В.И.	86
ИЗ ИСТОРИИ КАФЕДРЫ БИОХИМИИ АГМИ-АГМА-СГМУ Кобелев И.М.	87
НАУЧНЫЕ ТРУДЫ МАЛОИЗВЕСТНЫХ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ АГМИ-АГМА-СГМУ. ЧАСТЬ 1 Кобелев И.М.	89
НАУЧНЫЕ ТРУДЫ МАЛОИЗВЕСТНЫХ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ АГМИ-АГМА-СГМУ. ЧАСТЬ 2 Кобелев И.М.	91
А.А. БОБРОВ – ИЗОБРЕТАТЕЛЬ АППАРАТА БОБРОВА ДЛЯ ПОДКОЖНЫХ ИНЪЕКЦИЙ Кобелев И.М., Шишова Н.Ю.	92
ВРАЧ И УЧИТЕЛЬ – ПРОФЕССОР АНАТОЛИЙ НИКОЛАЕВИЧ ЯРОШЕНКО Кузина С. Д., Крайнова М. К.	94
ВКЛАД ЭТЬЕНА-ЛУИ АРТУРА ФАЛЛО В РАЗВИТИЕ МИРОВОЙ КАРДИОЛОГИИ Кучерявая М.В.	96
К 125-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ СОВЕТСКОГО ИСТОРИКА МЕДИЦИНЫ Ф.Р. БОРОДУЛИНА Манаков А.А.	97
К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА, ДОЦЕНТА А. Л. РОЖКОВА Местечко Я.В.	99
80 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ СТОМАТОЛОГА ПРОФЕССОРА Ю.Л. ОБРАЗЦОВА Мигалкина А.В., Арсенян Г.Д.	100
АМСТЕРДАМ – АРХАНГЕЛЬСК – МОСКВА: ПУТЬ ВРАЧА Н. БИДЛОУ Морев В.И. , Клюкас А.А.	102
ВКЛАД ПОЧЕТНОГО ДОКТОРА СГМУ, ПОЛЯРНИКА А.Н.ЧИЛИНГАРОВА В ИЗУЧЕНИЕ АРКТИКИ Ненашева А.А.	103

К 130-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВРАЧА И ПИСАТЕЛЯ М.А. БУЛГАКОВА Паршина Е.Ф., Дрига Л.В.	105
ВКЛАД В.Н. ТАТИЩЕВА В РАЗВИТИЕ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В XVIII ВЕКЕ Паршина Е. Ф.	106
К ЮБИЛЕЮ НАЧАЛЬНИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ГЛАВНОГО КОМАНДОВАНИЯ ВМФ РФ И.Г. МОСЯГИНА Пономарев М.А., Пугачева Д.С.	108
250 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЫДАЮЩЕГОСЯ РУССКОГО АНАТОМА ИВАНА ФЁДОРОВИЧА БУША Потапова Е. Д., Кучерявая М. В.	109
ЛАУРЕАТЫ ЛОМОНОСОВСКОЙ ПРЕМИИ В ИСТОРИИ АГМИ-АГМА-СГМУ Пугачёва Д.С., Дуркин К.Е.	111
К ЮБИЛЕЮ ИЗВЕСТНОГО АКАДЕМИКА АЛЕКСАНДРА АЛЕКСАНДРОВИЧА БОГОМОЛЬЦА Пугачева Д.С.	113
В ПАМЯТЬ ОБ ОСНОВАТЕЛЕ МУЗЕЙНОГО КОМПЛЕКСА СГМУ ПРОФЕССОРЕ Г.С. ЩУРОВЕ Синцова Е. А., Дроздова Е. А., Пилипчук М.Р.	114
ГОСПИТАЛИ ГОРОДА ВЫТЕГРЫ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941-1945 ГГ. Скресанова Н.А.	116
ОДИН ИЗ ПАТРИАРХОВ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ХИРУРГИИ – ПОЧЕТНЫЙ ДОКТОР СГМУ ВИКТОР ПАВЛОВИЧ РЕХАЧЕВ Тучина Т.А., Пугачева Д.С.	117
К 150-ЛЕТИЮ ВЫДАЮЩЕГОСЯ УРОЖЕНЦА АРХАНГЕЛЬСКОГО СЕВЕРА – АКАДЕМИКА В. Н. ШЕВКУНЕНКО Хвиюзов К.А.	119
ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА Хацук А. С., Гусейнова А.Т.	121

Научное издание

**БЮЛЛЕТЕНЬ
СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

Вып. XXXXVII

№ 1

Издано в авторской редакции

Фото на 4-й стороне обложки Л.А. Зубова

Компьютерная верстка *Г.Е. Волковой*

Подписано в печать 04.04.2022.
Формат 60×90^{1/8}. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 16,0. Уч.-изд. л. 13,1.
Тираж 100 экз. Заказ № 2442

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51
Телефон (8182) 20-61-90. E-mail: izdatelnsmu@yandex.ru

