

INNOVA

ELECTRONIC SCIENTIFIC JOURNAL

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ



МЕЖДУНАРОДНАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ОТ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ
К ТОНКОМУ ВЛАДЕНИЮ СКАЛЬПЕЛЕМ»
ПОСВЯЩЕННАЯ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО



2021, № 3 (24)



INNOVA

Учредитель: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Главный редактор:

Виктор Анатольевич Лазаренко - доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ.

Заместитель главного редактора:

Вячеслав Александрович Липатов - доктор медицинских наук.

Ответственный секретарь:

Ирина Леонидовна Привалова - доктор биологических наук.

Технический секретарь:

Артём Александрович Денисов.

Редакционный совет:

Анатолий Николаевич Лызык - доктор медицинских наук, Гомель, Беларусь.

Виорел Евгеньевич Наку - доктор наук, Кишинёв, Молдова.

Дэвид Вайсман - доктор наук, Даллас, США.

Ирина Игоревна Фришман - доктор педагогических наук, Москва, Россия.

Карл-Йозеф Гундерманн - доктор наук, Щецин, Польша.

Константин Енкоян - доктор медицинских и биологических наук, Ереван, Армения.

Лью Хуньвень - доктор наук, Харбин, Китай.

Марина Николаевна Белогубова - доктор социологических наук, Москва, Россия.

Сисакян Хмаяк - доктор медицинских наук, Ереван, Армения.

Редакционная коллегия:

Алексей Леонидович Локтионов - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Василий Петрович Гаврилюк - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Виталий Владимирович Зотов - доктор социологических наук, Курск, Россия.

Галина Сергеевна Маль - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Елена Вячеславовна Будко - доктор фармацевтических наук, Курск, Россия.

Мария Андреевна Солодилова - доктор биологических наук, Курск, Россия.

Сергей Владимирович Поветкин - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Павел Владимирович Ткаченко - доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Татьяна Дмитриевна Василенко - доктор психологических наук, Курск, Россия.

В Научном электронном журнале «Innova» публикуются результаты оригинальных исследований, научные обзоры, лекции и общетеоретические статьи, а также другие виды научных работ (по согласованию с редакцией). **Публикация в журнале для авторов бесплатна.**

Все статьи подвергаются рецензированию. Всем статьям присваивается индивидуальный код **DOI** (Crossref (DOI prefix: 10.21626). Номера журнала размещаются в **РИНЦ** (договор 1543-05/2015К).

Сетевое издание Innova зарегистрировано в качестве средства массовой информации.

Свидетельство о регистрации СМИ: ЭЛ № ФС77 - 66290 от 01.07.2016 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

ISSN: 2500-2937

РИНЦ: 1543-05/2015К

DOI: dx.doi.org/10.21626/innova/

Адрес в сети Интернет: <http://innova-journal.ru/>

Почтовый адрес редакции: 305041 Курская обл., г. Курск, ул. Карла Маркса, д. 3

Адрес электронной почты редакции: main@innova-journal.ru

Телефон редакции: +7 (4712) 588-137



INNOVA

Founder: Kursk State Medical University.

Chair of Editorial Board:

Victor Lazarenko - Doctor of Medical Sciences, Honoured Doctor of Russian Federation.

Vice-Editor:

Viacheslav Lipatov - Doctor of Medical Sciences.

Editor-in-Chief:

Irina Privalova - Doctor of Biological Sciences.

Technical Secretary:

Artyom Denisov.

Editorial Board:

Anatolii Lyzikov - Doctor of Medical Sciences, Gomel, Belarus.

David Wiseman - Philosophy Doctor, Dallas, USA.

Irina Frishman - Doctor of Pedagogical Sciences, Moscow, Russia.

Karl-Iosef Gundermann - Doctor of Sciences, Shetcin, Poland.

Khmaiak Sisakian - Doctor of Medical Sciences, Erevan, Armenia.

Konstantin Enkoyan - Doctor of Medical and Biological Sciences, Erevan, Armenia.

Liu Hungwen - Philosophy Doctor, Harbin, China.

Marina Belogubova - Doctor of Sociological Sciences, Moscow, Russia.

Viorel Naku - Doctor of Science, Kishinev, Moldova.

Editorial team:

Alexander Konichenko - Doctor of Technical Sciences, Kursk, Russia.

Alexey Loktionov - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Elena Budko - Doctor of Pharmacy, Kursk, Russia.

Galina Mal - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Irina Privalova - Doctor of Biological Sciences, Kursk, Russia.

Maria Solodilova - Doctor of Biological Sciences, Kursk, Russia.

Sergey Povetkin - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Sergey Schavelyov - Doctor of Philosophy, Doctor of Historical Sciences. Kursk, Russia.

Pavel Tkachenko - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Tatiana Vasilenko - Doctor of Psychology, Kursk, Russia.

Vasiliy Gavriilyuk - Doctor of Medical Sciences, Kursk, Russia.

Vitaliy Zotov - Doctor of Social Sciences, Kursk, Russia.

Electronic scientific journal Innova accepts for publication results of original researches, scientific surveys, lectures and general-theoretical articles and also other types of scientific papers (by agreement with the Editorial Board). **Publication are free of charge for all authors.** All articles are reviewed. All articles are assigned an individual **DOI** code (Crossref (DOI prefix: 10.21626). The journal numbers are placed in the **RISC** (contract 1543-05 / 2015K).

Mass-media registration: Эп №ФЦ77-66290

ISSN: 2500-2937

RISC: 1543-05/2015K

DOI: dx.doi.org/10.21626/innova/

WEB site: <http://innova-journal.ru/>

Post address: 305041, Russia, Kursk region, Kursk city, Karl Marks st., 3

E-mail: main@innova-journal.ru

Phone: +7 (4712) 588-137

ИМЯ В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО (СВТ. ЛУКИ) В СОВРЕМЕННОЙ НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ (РЕЗУЛЬТАТ ЧАСТОТНОГО АНАЛИЗА)*Липатов В.А., Привалова И.Л., Денисов А.А., Никитин Н.А., Ахмедов А.Г.*

6

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ*Охунов А.О., Абдурахманов Ф.М.*

10

ВОЗМОЖНОСТИ ИИНОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ РАН У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ*Касимов У.К., Охунов А.О., Атаков С.В.*

16

ЭВТАНАЗИЯ В РЕТРОСПЕКТИВНОЙ ПРИЗМЕ*Пыжова О.В., Коссова П.В.*

21

К ВОПРОСУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕРМИНОЛОГИИ, СВЯЗАННОЙ С ОСТАНОВКОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ*Липатов В.А., Костромина Т.А., Северинов Д.А., Денисов А.А., Панов А.А.*

24

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛОВСКОГО РАЙНА ПО ДАННЫМ ОБУЗ «БЕЛОВСКАЯ ЦРБ» В 2018-2021 ГГ.*Новикова М.А.*

31

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МИОМЕТРИЯ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА*Иванова О.Ю., Коростелева Е.С., Суровцева А.Ю.*

34

**NAME V.F. VOYNO-YASENETSKY (ST. LUKE) IN MODERN SCIENTIFIC LITERATURE
(RESULT OF FREQUENCY ANALYSIS)***Lipatov V.A., Privalova I.L., Denisov A.A., Nikitin N.A., Akhmedov A.G.*

6

**CAUSES OF RECURRENCE OF ULCERATIVE-NEUROTIC LESIONS OF THE DIABETIC
FOOT SYNDROME***Okhunov A.O., Abdurakhmanov F.M.*

10

**POSSIBILITIES OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF WOUNDS IN
PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS***Kasimov U.K., Okhunov A.O., Atakov S.V.*

16

EUTHANASIA IN RETROSPECTIVE PRISM*Pyzhova O.V., Kossova P.V.*

21

**TO THE QUESTION OF USE OF TERMINOLOGY RELATED
TO THE STOP OF BLEEDING***Lipatov V.A., Kostromina T.A., Severinov D.A., Denisov A.A., Panov A.A.*

24

**INCIDENCE OF THE POPULATION OF BELOVSKY DISTRICT ACCORDING TO THE DATA
OF THE BELOVSKAYA CDH IN 2018-2021***Novikova M.A.*

31

**CHANGES IN HAEMOSTASIS PARAMETERS IN PROLIFERATIVE UTERINE
DISEASES AND PELVIC INFLAMMATORY DISEASES***Ivanova O.Yu., Korosteleva E.S., Surovtseva A.Yu.*

34

ИМЯ В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО (СВТ. ЛУКИ) В СОВРЕМЕННОЙ НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ (РЕЗУЛЬТАТ ЧАСТОТНОГО АНАЛИЗА)

NAME V.F. VOYNO-YASENETSKY (ST. LUKE) IN MODERN SCIENTIFIC LITERATURE (RESULT OF FREQUENCY ANALYSIS)

■ Липатов Вячеслав Александрович
Доктор медицинских наук

■ Привалова Ирина Леонидовна
Доктор биологических наук

■ Денисов Артём Александрович

■ Никитин Никита Андреевич

■ Ахмедов Ахмед Гусейнович

■ Курский государственный медицинский
университет

■ Lipatov Vyacheslav Alexandrovich
Doctor of Medical Sciences

■ Privalova Irina Leonidovna
Doctor of Biological Sciences

■ Denisov Artyom Alexandrovich

■ Nikitin Nikita Andreevich

■ Akhmedov Ahmed Huseynovich

■ Kursk State Medical University

E-mail: d.artiom21@gmail.com

Резюме

В.Ф. Войно-Ясенецкий (свт. Лука) по праву является одним из наиболее известных врачей, живших в нашей стране на рубеже XIX – XX веков. На его долю выпало немало тягот и испытаний, с которыми столкнулось российское общество в начале прошлого столетия, однако в это непростое время и раскрывается талант хирурга и широта души Войно-Ясенецкого. В данной статье представлены результаты частотного анализа русскоязычных научных статей журналов различного профиля, где встречалось имя В.Ф. Войно-Ясенецкого (свт. Луки).

Ключевые слова: Войно-Ясенецкий, наука, религия, медицина..

Summary

V.F. Voyno-Yasenetsky (St. Luke) is one of the most prominent personalities living in our country at the turn of the 19th and 20th centuries. He had a lot of hardships and trials that Russian society faced at the beginning of the last century, but at this difficult time, the surgeon's talent and the breadth of Voyno-Yasenetsky's soul are revealed. This article presents the results of a frequency analysis of Russian-language scientific articles in journals of various profiles, where the name of V.F. Voyno-Yasenetsky (St. Luke).

Key words: V.F. Voyno-Yasenetsky, science, religion, medicine.

Библиографическая ссылка на статью

Липатов В.А., Привалова И.Л., Денисов А.А., Никитин Н.А., Ахмедов А.Г. Имя В.Ф. Войно-Ясенецкого (свт. Луки) в современной научной литературе (результат частотного анализа) // Innova. - 2021. - № 3 (24). - С.6-9.

References to the article

Lipatov V.A., Privalova I.L., Denisov A.A., Nikitin N.A., Akhmedov A.G. The name of V.F. Voyno-Yasenetsky (St. Luke) in modern scientific literature (the result of frequency analysis) // Innova. - 2021. - No. 3 (24). - P.6-9.
10.21626/innova/2021.3/01/

DOI:

Введение

Противопоставление веры образованию в наши дни наблюдается на самых разных уровнях: от межличностных отношений в кругу знакомых до громких заявлений общественных деятелей, что, само собой, пагубно влияет на духовное воспитание молодежи. Многие

представители общества считают, что религия и наука несовместимы, что невозможно их гармоничное сосуществование в современном мире. Диссонанс и противоречия, а также возникающие пути диалога и даже сотрудничества изучены и опубликованы многими авторами. Существует достаточно

большое количество примеров гармоничного контакта науки и религии. Одним из наиболее ярких с уверенностью можно назвать личность Святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецкого), который был не только талантливым хирургом, но и доктором богословия, священнослужителем в сане архиепископа Симферопольского и Крымского.

В отечественной медицине фигура В.Ф. Войно-Ясенецкого предстает монолитом, вызывающим неподдельный интерес среди людей, увлекающихся такими направлениями, как философия, этика, теория и практика лечебного дела, духовенства [1-2].

Его научно-исследовательская деятельность освещена в медицинской литературе не только по гнойной хирургии (его основной работой является монография «Очерки гнойной хирургии»), но и анестезиологии, офтальмологии, травматологии, урологии и даже онкологии. Что касается духовной сферы деятельности В.Ф. Войно-Ясенецкого, то до наших дней дошли публикации, обобщающие опыт служения в сане архиепископа, подробно описывающие его духовные принципы и их отражение в профессиональной религиозной, общественной и научной деятельности [3-5].

Целью исследования было проведение частотного анализа встречаемости имени В.Ф. Войно-Ясенецкого (свт. Луки) в медицинских, гуманитарных и религиоведческих публикациях, размещенных в официальных научных источниках.

Материалы и методы исследования.

Были изучены научные публикации за период с 2016 по 2021 год: статьи, монографии, упоминания в журналах и научной литературе. Они были разделены соответственно трем разным профилям публикации: медицинские, гуманитарные (педагогика, история, психология, языкознание и литературоведение и пр.) науки и религиоведение. В качестве ключевых слов выбраны: «Войно-Ясенецкий», «Святитель Лука». Поиск публикаций осуществлялся на основных русскоязычных сервисах: КиберЛенинка, НЭБ (Национальная электронная библиотека), ЭБС «Лань». Был проведен частотный анализ употребления имени В.Ф. Войно-Ясенецкого в найденных источниках.

Результаты исследования. По итогам проведенного исследования были получены данные, которые отражены на рисунке 1.

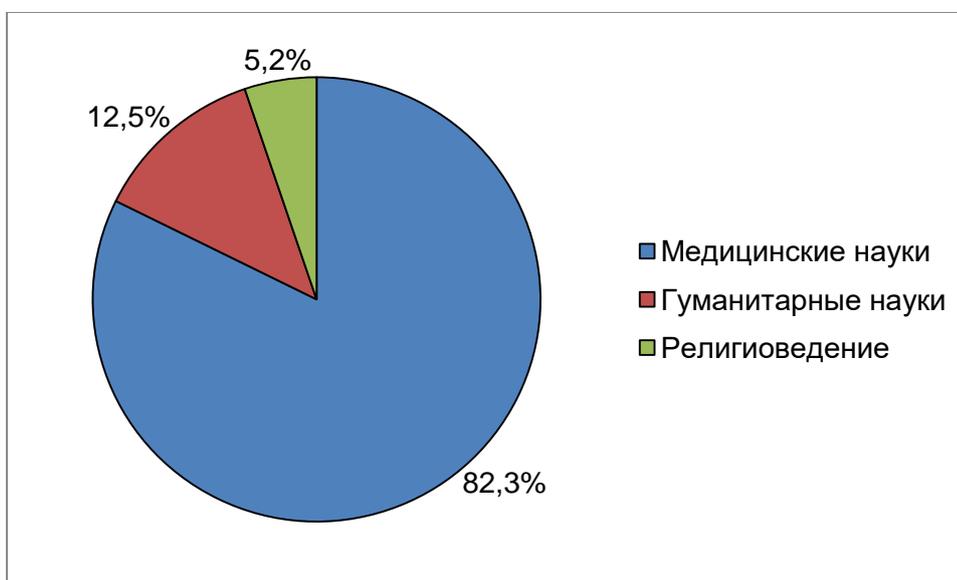


Рис. 1. Распределение публикаций с ключевыми словами по профилю издания.

На основании полученных данных можно отметить, что имя В.Ф. Войно-Ясенецкого чаще всего упоминается среди медицинских научных публикаций (5141 раз), что вполне логично объясняется высокой актуальностью его трудов и идей для медицинской науки. В первую очередь, это труды в области хирургии и регионарной анестезии. «Я изучал медицину с исключительной целью быть всю жизнь

деревенским, мужицким врачом, помогать бедным людям».— писал В.Ф. Войно-Ясенецкий (Св.Лука) [1]. Именно эта цель привела его в земские больницы, где ему приходилось оперировать в условиях, которые не могли адекватно обеспечить общую анестезию. Непреклонное желание помочь страдающему человеку в сочетании с высочайшим профессионализмом врача и ученого помогли

ему не только разработать несколько новых способов регионарной анестезии, но и применить в клинической практике. Докторская диссертация профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого «Регионарная анестезия» была опубликована в виде научной монографии в 1915 году. Также невозможно оставить без внимания тот факт, что разработка авторской методики блокады седалищного нерва В.Ф. Войно-Ясенецкого стала знаковым событием в мировой анестезиологии [2].

В декабре 1918 г. монография В.Ф. Войно-Ясенецкого «Регионарная анестезия» была отмечена Варшавским университетом премией имени А. Хойнацкого (за новые пути в медицине), что распространило славу ее автора за пределы России [3]. Разработанные профессором В.Ф. Войно-Ясенецким эффективные и безопасные способы регионарной анестезии и сегодня находят применение в практической медицине. [6-12].

Второе место по частоте встречаемости имени В.Ф. Войно-Ясенецкого занимают публикации, относящиеся к гуманитарным наукам (780 упоминаний). Значительную часть здесь составляют биографические работы, каждая из которых открывает новые грани личности святителя Луки. Проведенный нами анализ показал, что существенный рост таких публикаций начинается в 90-е годы 20 века. Наиболее полное описание жизни врача, профессора и святителя представляет собой книга М. А. Поповского «Жизнь и житие святителя Луки Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга». Книга издавалась в Париже и Нью-Йорке, в России она впервые вышла в 2002 году [14]. Весьма ценными являются произведения В.А. Лисичкина (внучатого племянника В.Ф. Войно-Ясенецкого), которые содержат достоверные биографические факты и документальные материалы [15]. Недолгое пребывание В.Ф. Войно-Ясенецкого в Курской губернии имеет немного упоминаний в литературных источниках. Объективно это связано с утратой многих архивных фондов дореволюционного периода. Объединенный фонд «Уездные земские управы

Курской губернии», сохранившийся в государственном архиве Курской области, является малоинформативным для выяснения деталей пребывания В.Ф. Войно-Ясенецкого в Курской губернии. Поэтому большой интерес представляет публикация С.П. Логинова (2019), в которой рассмотрены несколько выпусков «Журнала Фатежского санитарного совета» за 1905–1906 гг. из «Врачебно-санитарной хроники

Курской губернии», где упоминается имя В.Ф. Войно-Ясенецкого [16].

Меньше всего упоминаний имени В.Ф. Войно-Ясенецкого (свт. Луки) (321 раз) встречаются в изданиях, где публикуются религиозоведческие материалы. Это может быть связано с невысокой публикационной активностью, поскольку данное направление слишком узкое и, как правило, его представители не выпускают научных изданий, связанных с религиоведением. По аналогичной причине число авторов, работающих с данной тематикой и публикующих в научных журнал свои работы, крайне невелико, несмотря на широкое почитание святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецкого, архиепископа Симферопольского и Крымского) как в России, так и за ее пределами.

Список литературы

1. Войно-Ясенецкий В.Ф. (архиепископ Лука). Я полюбил страдание... Автобиография. – М.: Изд-во «Сестричества во имя Святителя Игнатия Ставропольского». – 2008. – 192 с.
2. Браун Т.С.К. История регионарной анестезии в педиатрии / Т.С.К. Браун // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2014. Т. 8. № 4. С. 71-77.
3. Яковлев А.Е., В.Ф. Войно-Ясенецкий - основоположник отечественной регионарной анестезии (к 100-летию защиты диссертации на тему «Регионарная анестезия») / А.Е. Яковлев, И.Д. Косачев // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 2. С. 430-432
4. Моргошья Т.Ш. Отечественная анестезиология в первой половине XX века: научные приоритеты / Т.Ш. Моргошья // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2018; 12 (3): 197–203. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1993-6508-2018-12-3-197-203>.
5. Мороз В.В., Исторические аспекты анестезиологии-реаниматологии. Местная анестезия (часть III) / В.В. Мороз, В.Ю. Васильев, А.Н. Кузовлев // Общая реаниматология. 2008. Т. 4. № 4. С. 95-98.
6. Князев В.Н., Вспоминая вековые даты выхода в свет и защиты монографии-диссертации «Регионарная анестезия» земского врача-хирурга Ясенецкого-Войно В.Ф. (1915-2016) / В.Н. Князев // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2016. Т. 11. № 4. С. 116-119.
7. Нестеров А.И., История развития метода лечебных блокад в России / А.И. Нестеров, Е.Л. Соков, Л.Е. Корнилова, А.П.

Жарков, П.Е. Соков // Медицинский альманах. 2018. № 5 (56). С. 92-96.

8. Ясенецкий-Войно В.Ф. О способах анестезии, наиболее удобных в земской практике /В.Ф.Ясенецкий-Войно// Врачебная газета. – 1908. - №47. – С.1365-1368.

9. Ясенецкий-Войно В.Ф. О способах анестезии, наиболее удобных в земской практике (Окончание) / В.Ф.Ясенецкий-Войно// Врачебная газета. – 1908. - №48. – С.1390-1392.

10. Данилова А.В. Значимость научных трудов В.Ф. Войно-Ясенецкого на примере изданий из фонда библиотеки Курского государственного медицинского университета / А.В.Данилова, Н.В. Судакова // Innova. 2019. № 3 (16). С. 6-12.

11. Глянцев С.П. Архиепископ Лука (В.Ф. Войно-Ясенецкий) "Очерки гнойной хирургии" / С.П.Глянцев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013. № 7. С. 75-78.

12. Каликинская Е.И. Святитель Лука: факты, документы, воспоминания / Е.И.Каликинская // М.: ДАРЪ, 2015. – 192с.

13. Рехачев В.П. Книга и ее судьба. К 70-летию первого издания "Очерков гнойной хирургии" В. Ф. Войно-Ясенецкого / В.П. Рехачев // Экология человека. 2005. № 2. С. 58-59.

14. Поповский М. А. Жизнь и житие святителя Луки Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга / М.А. Поповский // С-Пб.: САТИСЪ, 2019. – 432с.

15. Лисичкин В.А. Земский путь Святителя Луки / В.А. Лисичкин // Симферополь, 2005.-

16. Логинов С.П. К биографии В.Ф. Войно-Ясенецкого: "Курский период" жизни святителя Луки (1905-1908 гг.) / С.П. Логинов // Известия Алтайского государственного университета. 2019. № 2 (106). С. 27-32.

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

CAUSES OF RECURRENCE OF ULCERATIVE-NEUROTIC LESIONS OF THE DIABETIC FOOT SYNDROME

■ **Охунув Алишер Орипович**
Доктор медицинских наук

■ **Okhunov Alisher Oripovich**
Doctor of Medical Sciences

■ **Абдурахманов Файзрахмон Мунисович**

■ **Abdurakhmanov Fayzrakhmon Munisovich**

■ Ташкентская медицинская академия

■ Tashkent Medical Academy

E-mail: alisher.ohunov@tma.uz

Резюме

В работе проанализирована динамика рецидива язвообразования у больных с различными клинико-патогенетическими формами синдрома диабетической стопы с учетом качества их жизни. Проведенный анализ рецидива язвообразования показал, что выявление определенной закономерности между развитием данного патологического процесса и его локализацией целиком зависит от вида перенесенного оперативного вмешательства. В наших исследованиях четко прослеживается тенденция, характеризующаяся зависимостью от вида оперативного вмешательства и зоны поражения стопы.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, нейроишемия, ангиопатия, язвы стопы, ампутации, осложнения ампутаций.

Summary

The paper analyzes the assessment of the dynamics of ulceration recurrence in patients with various clinical and pathogenetic forms of diabetic foot syndrome, taking into account their quality of life. The analysis of the recurrence of ulcers showed that the identification of a certain pattern between the development of a given pathological process and its localization entirely depends on the type of surgery. In our studies, there is a clear trend characterized by dependence on the type of surgery and the affected area of the foot.

Key words: diabetic foot syndrome, neuro ischemia, angiopathia, foot ulcers, amputation, complications of amputations.

Библиографическая ссылка на статью

Охунув А.О., Абдурахманов Ф.М. Причины рецидивов язвенно-некротических поражений синдрома диабетической стопы // Innova. - 2021. - № 3 (24). - С.10-15.

References to the article

Okhunov A.O., Abdurakhmanov F.M. Causes of recurrence of necrotic ulcerative lesions of diabetic foot syndrome // Innova. - 2021. - No. 3 (24). - P.10-15.
[10.21626/innova/2021.3/02/](https://doi.org/10.21626/innova/2021.3/02/)

DOI:

Введение

Сахарный диабет является острой медико-социальной проблемой, относящейся к приоритетам национальных систем здравоохранения практически всех стран мира, защищенных нормативными актами ВОЗ [10,12]. От этого недуга страдает около 4% населения планеты [9]. Широкая распространенность заболевания во многом обусловлено изменением образа жизни (гиподинамией), особенностями питания (избыточное потребление животных жиров, рафинированных углеводов), нарастанием груза генетических мутаций [2,4,6,7].

Число вновь заболевших сахарным диабетом увеличивается в год на 5-7 % и каждые 15 лет удваивается [1,5,8]. Прогнозируется, что к 2025 году в мире сахарным диабетом будут

больны 250 млн. человек [11]. Все это способствует ранней инвалидизации, снижению качества жизни больных, что требует постоянного внимания к данной проблеме со стороны общества, а также медицинских работников и самих больных.

Недавнее эпидемиологическое исследование, проведенное в Узбекистане, позволило выявить показатель заболеваемости сахарным диабетом. В Ташкенте данный показатель составляет 4,7 %, а в других крупных городах республики — от 3,0 до 7,8 % [3].

Одной из далеко нерешенных проблем при сахарном диабете является язвообразование. Именно язвообразованием в особенности при наличии дополнительных факторов ишемии и нейропатии, считается пусковым механизмом формирования такого

грозного осложнения синдрома диабетической стопы как их гнойно-некротические поражения. Именно данный вид осложнения является базовым среди высокой частоты как инвалидизации, так и летальности больных сахарным диабетом.

При наличии достаточно большого арсенала методов лечения гнойно-некротических поражений синдрома диабетической стопы все еще актуальным остается высокая частота рецидива язвообразования. Появление данного вида поражения стопы, в какой-то степени, по-видимому, влияет и на качество жизни больных. Анализ взаимосвязи уровня качества жизни и частота рецидива язвообразования возможно позволит по новому подойти к проблеме решения данной проблемы.

В связи с этим, целью нашего исследования явилась оценка динамики рецидива язвообразования у больных с различными клинко-патогенетическими формами синдрома диабетической стопы с учетом качества их жизни.

Материал и методы исследования

Аналізу подвергаются отдаленные результаты лечения 893 больных с различными

клинко-патогенетическими формами синдрома диабетической стопы. Преобладающими были больные с нейропатической формой синдрома диабетической стопы (74,9%). Основной контингент больных составляли пациенты мужского пола (66,7%) в возрасте от 51 до 80 лет. 98,1% больных имел II тип сахарного диабета.

С наличием полноценного анатомо-функционального состояния стопы в центр были госпитализированы 60% больных. У остальных больных пораженная стопа в анамнезе была подвергнута оперативному вмешательству (таблица 1). У 357 больных (40%) в анамнезе были выполнены различные хирургические вмешательства на стопе по поводу ее поражения язвенно-некротическим процессом. Среди них были: вскрытие флегмоны стопы с некрэктомией (22,4%), ампутиация пальцев или пальца стопы (17,6%), экзартикуляция пальца или пальцев стопы (11,5%), ампутиация пальцев или пальца стопы со вскрытием флегмоны стопы и некрэктомией (24,1%), экзартикуляция пальца или пальцев стопы со вскрытием флегмоны стопы и некрэктомией (17,9%), трансметатарзальная ампутиация стопы (6,4%).

Таблица 1

Характер распределения больных в зависимости от анатомической целостности стопы

Состояние стопы	ПОДГРУППЫ БОЛЬНЫХ				ВСЕГО	
	НПФ (n=669)		НИФ (n=224)			
Целая стопа	418	62,5	118	52,7	536	60
Оперированная стопа	251	37,5	106	47,3	357	40
ВСЕГО	669	74,9	224	25,1	893	100

У 277 больных оперированная в анамнезе стопа имела форму культи (77,6%). В 91,7% случаев культи была на уровне пальцев, а в 8,3% случаев – на уровне плюсны. При этом, если в случае с больными с нейропатическими формами поражения синдрома диабетической стопы превалирующим (98,9%) было наличие культи на уровне пальцев, то у больных с нейроишемической формой данный вид культи имел место в 77,7% случаев. В остальных наблюдениях культи стопы была на уровне плюсны.

Степень язвенного поражения оценивали согласно классификации по Вагнеру.

В общей сложности было выполнено 1177 хирургических операций, что в относительной численности составило 1,3 операции на больного. При этом количество больных подвергнутых хирургическим методам лечения составило 717 (80,3%). У 176 больных лечение завершилось сугубо консервативными методами (19,7%). Количество операций на одного больного подвергнутых хирургическим методам лечения составляло в среднем 1,6.

Среди выполненных хирургических вмешательств в 56% случаев были операции ампутиационного характера. Львиную долю составили экзартикуляции пальцев (31,9%). Следующие операции были выполнены по частоте в убывающем характере: ампутиация стопы (10,6%), ампутиация бедра (7,6%) и ампутиация пальцев (5,5%).

В отдаленном периоде в процессе проводимого наблюдения больные, у которых язвенно-некротический процесс рецидивировал или появлялся как первичный вне прежней зоны поражения, госпитализировались в клинику для получения нового курса лечения. Наравне с консервативной терапией больным проводили и оперативные вмешательства. В конечном исходе анализировались случаи завершившиеся ампутиацией на уровне бедра вследствие безуспешности проводимого лечения. Наравне с этим выявлялся показатель, характеризующий сохранение опорной функции конечности.

Полученные результаты и их обсуждение

В среднем за 5 летний период

наблюдения за больными с различными клинко-патогенетическими формами синдрома диабетической стопы сохранение опорной функции конечности было достигнуто в $69,3 \pm 16,8\%$ случаев.

Как видно по данным на таблице 2, число ампутаций на уровне бедра с годами возрастало, причем на фоне уменьшения количества наблюдаемых больных.

Коэффициент соотношения, между количеством ампутаций на уровне бедра и больных к началу исследования изменялся существенно. В среднем частота выполненных ампутаций на уровне бедра, у больных с различными формами синдрома диабетической стопы за период 5 летнего наблюдения приходилась в расчете 1 ампутация на 14,9 больных.

Таблица 2

Анализ сохранения опорной функции нижней конечности среди анализируемых в отдаленном периоде лечения больных с различными формами синдрома диабетической стопы

Показатели	Период наблюдения больных							
	<1 года		1-2 лет		3-4 лет		4-5 лет	
	А.Ч.	%	А.Ч.	%	А.Ч.	%	А.Ч.	%
Число больных к началу исследования	794	94,3	751	89,2	691	82,1	552	65,6
Число выбывших из наблюдения и умерших больных	48	6,0	91	12,1	151	21,8	290	52,5
Число ампутаций бедра	25	3,1	59	7,9	82	11,9	81	14,7
Сохранение опорной функции	721	90,8	655	87,2	458	66,3	181	32,8

Одной из причин возникновения осложнений со стороны конечности явились рецидивы образования язвенно-некротических процессов.

Среди факторов, провоцирующих возникновение язвенных дефектов и гнойно-некротического процесса на стопе нами выявлены такие как тупая травма стопы (20,3%), ранение после обработки острым предметом (17,1%), потертость обувью (24%), наличие вросшего ногтя (2,3%) и микотического поражения кожи (20,6%), гиперкератоз (15%). В 0,7% случаев причина, спровоцировавшая возникновение язвенных дефектов на стопе, осталась не известной. Проведенный анализ частоты распределения факторов, провоцирующих возникновение язвенных дефектов и гнойно-некротического процесса на стопе, среди больных с различными клинко-патогенетическими формами синдрома диабетической стопы показал, что в случае нейропатической формы в большинстве случаев больные указывали на потертость обувью (30,9%). В тоже время у больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы преобладающими факторами были тупая травма стопы (50%) и ранение при обработке острым предметом (28,6%).

Анализ взаимосвязи рецидива язвообразования в отдаленном периоде лечения больных от вида перенесенного оперативного вмешательства показал, что данный патологический процесс на стороне поражения

конечности развивался в 34,4% случаев, на контралатеральной конечности – в 11,98% и на обеих конечностях – в 17,4% случаев от общего количества анализируемого контингента больных.

Наиболее частым рецидивом язвообразования на стороне поражения нами отмечено, в общей зачете, у больных, лечившихся без ампутаций. В 29,5% и в 21,4% случаев это были больные после ампутации всех пальцев стопы и больные после ампутации I пальца стопы соответственно. Меньше всего рецидивов на стороне поражения были отмечены у больных после ампутации II-V пальцев стопы – 17,5%.

В динамике наблюдения за больными в отдаленном периоде дисперсия этого показателя была разнообразной. Так, если в период наблюдения за больными в срок менее 3 лет количество больных, с рецидивом образования язв, превалировало среди лечившихся без ампутаций (в среднем 36,6% на каждый год), то в срок более 3 лет – среди больных после ампутации всех пальцев стопы (33%). Следует отметить, что среди больных с ампутациями отдельных пальцев стоп данный показатель не имел определенную закономерность динамики изменения.

Как было изложено выше, язвообразование на контралатеральной конечности было зарегистрировано нами у 107 больных (11,98%). Наиболее часто данный патологический процесс был отмечен нами у больных после ампутаций всех пальцев стопы

(49,2%). Следующие по частоте были пациенты после ампутации II-V пальцев стопы – 19,6%. Что касается подгрупп больных с исходом лечения без ампутаций и после ампутации I пальца стопы, язвообразование на контралатеральной конечности было одинаковым и в сумме было отмечено в 31,8% случаев.

В сроки наблюдения до 1 года после выписки из стационара среди анализируемых подгрупп преобладающими были больные после ампутации всех пальцев стопы (58,3%) и после ампутации II-V пальцев стопы (41,7%). В последующие сроки наблюдения преобладающими с язвообразованиями на контралатеральной стороне оставались лишь больные после ампутации всех пальцев стопы (45,7%).

Язвообразование на обеих конечностях в отдаленные сроки наблюдения за больными, отмеченное нами у 155 больных (17,4%), преобладало в подгруппе пациентов после ампутации всех пальцев стопы (33,5%). Ампутации отдельных пальцев стопы сопровождались почти одинаковой частотой язвообразованием на обеих конечностях – в среднем 24,2%. В 18,1% случаев развитие данного патологического процесса имело место среди больных, лечившихся без ампутации пальцев стопы.

Таким образом, проведенный анализ рецидива язвообразования показал, что выявление определенной закономерности между развитием данного патологического процесса и его локализацией целиком зависит от вида перенесенного оперативного вмешательства. В наших исследованиях четко прослеживается тенденция, характеризующаяся зависимостью от вида оперативного вмешательства и зоны поражения.

Нами определено, что раздельно значимые показатели позволяют подобрать наиболее информативный ракурс, если пациентов разделить на следующие подгруппы определяющие фактор риска язвообразования: первая подгруппа – пациенты завершившие лечение без ампутации пальцев стопы (142 больных); вторая подгруппа – пациенты завершившие лечение ампутацией I пальца стопы (116 больных); третья подгруппа – пациенты завершившие лечение ампутацией II-V пальцев стопы (117 больных); четвертая подгруппа – пациенты завершившие лечение ампутацией всех пальцев стопы (196 больных).

Из общего количества больных, находившихся под наблюдением в отдаленные сроки лечения (571 больных - 63,9%) преобладающими с рецидивом язвообразования были в 4 подгруппе, где больные завершили лечение в клинике с исходом ампутации всех пальцев стопы.

Дисперсионный анализ показал, что

рецидив язвообразования на стороне поражения преобладают во всех подгруппах больных не зависимо от объема перенесенного оперативного метода лечения. Распределение общего количества взаимоотношения подгрупп при язвообразовании на стороне поражения стопы приобрела следующее значение среди подгрупп: 1/2/3/4. Другими словами, частота рецидива язвообразования в общей сложности преобладало у пациентов завершившие лечение без ампутации пальцев стопы.

В динамике оценка язвообразования характеризовалась неоднозначной картиной. В сроки менее 1 года лечения соотношение между подгрупп было в порядке 2/1/3/4. При этом в сроки от 1 до 3 лет наблюдения данный показатель приобретал картину 1/3/2/4. Что касается сроков более 3 лет наблюдения, данное соотношение выглядело как 1/2/4/3.

Таким образом, проведенный анализ рецидива язвообразования на стороне поражения у больных с различными исходами хирургических методов лечения синдрома диабетической стопы показал общность высокой частоты развития патологического процесса на стороне поражения при операциях не ампутационного характера, чем в случаях ампутации пальцев.

Среднее значение язвообразования на контралатеральной конечности выявило соотношение в виде 4/3/2/1. То есть, в данном случае имело место обратной картины формирования язвообразования на контралатеральной конечности по сравнению с первой подгруппой больных. Дисперсионное значение в сроки менее 1 года данное соотношение имела картину 3/4/1/2. В тоже время, в сроки от 1 года до 3 лет данное соотношение изменялось в порядке 4/2/1/3. Отдаленные сроки же приобретали соотношение 4/3/1/2.

Таким образом, рецидив язвообразования на контралатеральной конечности у обследованных больных показало преобладал фактора у больных 3 и 4 подгрупп во все отдаленные сроки. Характер этих осложнений, по-видимому, был связан с увеличением нагрузки на контралатеральную конечность при условии ампутации пальцев стопы.

Рецидив язвообразования на обеих конечностях в отдаленные периоды наблюдения за больными, в среднем дисперсионном значении показало, что оно имело картину соотношений 3/2/4/1. То есть, у больных подвергнутых операциям ампутационного характера имеет место преобладал развития данного патологического процесса. В динамике данный показатель не подтверждал наше предварительное заключение, так как в сроки до 1 года он приобретал картину соотношения

1/4/3/2. Это значит, что процесс язвообразования мог зависеть как в случаях операций не связанных с ампутациями, так и связанных с таковыми почти в одинаковой пропорции. В последующие сроки лечения в промежутке между 1-3 годами наблюдения дисперсионное соотношение приобретало картину 3/2/4/1, а в более поздние сроки (свыше 3 лет) - 3/4/2/1. Это в свою очередь свидетельствует, что в отдаленные сроки лечения рецидив язвообразования на обеих конечностях приобретает свойственность к формированию у больных подвергнутых ампутациям пальцев и меньшую вероятность у больных при условии лечения без ампутаций.

Оценка образа жизни больных в отдаленные сроки наблюдения и лечения показала прогрессивное увеличение бальной градации, достигающее своего максимального значения у больных более 3 летнего периода ($9,4 \pm 0,4$ баллов). При этом у больных в период до 1 года наблюдения данный показатель составлял $7,7 \pm 0,2$ бала. Наблюдение в период до 1 года показало, что полностью себя обслуживать могли 53,3% больных. Больные, которым требовалась частичная помощь посторонних, составили 31,9%. В последующие сроки наблюдения (от 1 года до 3 лет и более) за больными выявили закономерность в виде уменьшения контингента, которые могли полностью себя обслуживать. Частичная помощь посторонних требовалась больным, находившихся под наблюдением в период от 1 до 3 лет в 29,4% случаев, а в период более 3 лет – в 21,1% случаев.

Таким образом, превентивное исследование уровня качества жизни больных в отдаленные сроки наблюдения показали однозначную отрицательную динамику изменений, что, на наш взгляд, было связано с различными факторами (рецидив язвообразования, течение основного заболевания, осложнение со стороны сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем и др.). Ведущими среди таких факторов, как было указано выше, являлся рецидив язвообразования, который провоцировал осложненное течение различных форм синдрома диабетической стопы.

Выводы

1. Рецидива язвообразования и его локализация зависят от вида перенесенного оперативного вмешательства. При операциях носящие не ампутационный характер имеют место высокой частоты рецидива патологического процесса на стороне поражения.

2. Рецидив язвообразования на контралатеральной конечности у обследованных больных согласно нашим данным был связан с увеличением на нее нагрузки при условии ампутации пальцев стопы.

3. Среди ведущих факторов снижения уровня качества жизни больных в отдаленные сроки наблюдения является рецидив язвообразования, который провоцировал осложненное течение различных форм синдрома диабетической стопы.

Список литературы

1. Амбулаторная ангиология: руководство для врачей / под ред. А. И. Кириенко, В. М. Кошкина, В. Ю. Богачева. – М.: Литтера, 2007. – 325 с.

2. Анциферов М.Б., Суркова Е.В., Майоров А.Ю. Критерии качества жизни при лечении больных сахарным диабетом. Качество жизни. М.: Медицина, 2003. – С.69-71.

3. Ибрагимов Л. И. Оценка эффективности программы обучения больных сахарным диабетом 1 типа на помповой инсулинотерапии: автореф. дис. канд. мед. наук, М. 2014. – 26с.

4. Сачек М.Г., Булавкин В.П., Ерошкин С.Н. Возможности прямой реваскуляризации конечности в лечении пациентов с синдромом диабетической стопы // Новости хирургии. – 2011. – Т.19, №4. – С.123-129.

5. Татжикова К.А. Влияние полимагнитотерапии на качество жизни больных синдромом диабетической стопы с хронической артериальной недостаточностью // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – № 1. – С.87-89.

6. Черданцев Д.В., Николаева Л.П., Степаненко А.В., Константинов Е.П. Способы восстановления магистрального кровотока у больных с диабетической ангиопатией сосудов нижних конечностей // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – 2009. – №11. – С.25-29.

7. Шишкова Ю.А. Клинические, психологические и социально-демографические аспекты качества жизни больных сахарным диабетом 1 типа молодого возраста: автореф. дис. канд. мед. наук, М. 2013. – 28с.

8. Шишкова Ю.А., Мотовилин О.Г., Суркова Е.В., Майоров А.Ю. Гликемический контроль, качество жизни и психологические характеристики больных сахарным диабетом 1 типа // Сахарный диабет. – 2013. – №4. – С.58-65.

9. Egede L., Ellis C. The effects of depression on metabolic control and quality of life in indigent patients with type 2 diabetes//Diabetes Technol Ther. – 2010. – Vol.12(4). – P.257-262.

10. Hajos T., Pouwer F., de Grooth R.et al. The longitudinal association between glycemic control and health-related quality of life following insulin therapy optimization in type 2 diabetes patients. A prospective observational study in secondary care//Qual Life Res. – 2012. – Vol.21(8). – P.1359-1365.

11. Liu X., Miller Y., Burton N., Brown W. A preliminary study of the effects of Tai Chi and

Qigong medical exercise on indicators of metabolic syndrome, glycemic control, health-related quality of life, and psychological health in adults with elevated blood glucose//Br J Sports Med. – 2010. – Vol.44(10). – P.704-709.

12. Schram M., Baan C., Pouwer F. Depression and quality of life in patients with diabetes: a systematic review from the European depression in diabetes (EDID) research consortium// Curr Diabetes Rev. – 2009. – Vol.5(2). – P.112-119.

ВОЗМОЖНОСТИ ИИНОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ РАН У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

POSSIBILITIES OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF WOUNDS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

■ **Касимов Улугбек Куркмасович**
Кандидат медицинских наук

■ **Охуннов Алишер Орипович**
Доктор медицинских наук

■ **Атаков Сарвар Султанбаевич**
Кандидат медицинских наук

■ Ташкентская медицинская академия

■ **Kasimov Ulugbek Kurkmasovich**
Candidate of Medical Sciences

■ **Okhunov Alisher Oripovich**
Doctor of Medical Sciences

■ **Atakov Sarvar Sultanbaevich**
Candidate of Medical Sciences

■ Tashkent Medical Academy

E-mail: alisher.ohunov@tma.uz

Резюме

Проведено клиническое исследование ранозаживляющей активности трансформирующей повязки «ALTRAZEAL», в лечении хронических ран. Ранозаживляющую активность оценивали в сравнении с мазью «Пантестин» у 43 пациентов с различными послеоперационными ранами у больных на фоне сахарного диабета. При применении «ALTRAZEAL» заполнение раневого дефекта грануляционной тканью начинается у больных основной группы в сроки $4,4 \pm 1,3$ дня, тогда как этот же показатель в контрольной составил $7,2 \pm 1,4$. Начало появления краевой эпителизации в основной группе отмечается на $5,6 \pm 0,15$ сутки, при этом в контрольной группе $7,5 \pm 0,9$ дня. Оно имеет достоинства перед традиционными методами лечения оказывая стимулирующее воздействие на рану и комфортом для пациентов, обладает хорошей переносимостью и его можно рекомендовать в комплексе мероприятий, для лечения ран на фоне основной базисной терапии при сахарном диабете.

Ключевые слова: хроническая рана, ранозаживляющая эффективность, площадь раны, гель, сахарный диабет.

Summary

A clinical study of the wound-healing activity of the transforming dressing «ALTRAZEAL» in the treatment of chronic wounds was carried out. Wound healing activity was assessed in comparison with «Pantestin» ointment in 43 patients with various postoperative wounds in patients with diabetes mellitus. When using «ALTRAZEAL» filling of the wound defect with granulation tissue begins in patients of the main group in terms of 4.4 ± 1.3 days, while the same indicator in the control was 7.2 ± 1.4 . The onset of the appearance of marginal epithelialization in the main group is observed on 5.6 ± 0.15 days, while in the control group it is 7.5 ± 0.9 days. It has advantages over traditional methods of treatment, providing a stimulating effect on the wound and comfort for patients, has good tolerance and can be recommended in a set of measures for the treatment of wounds against the background of the main basic therapy for diabetes mellitus.

Key words: chronic wound, wound healing efficiency, wound area, gel, diabetes mellitus.

Библиографическая ссылка на статью

Касимов У.К., Охуннов А.О., Атаков С.В. Возможности инновационных технологий в лечении ран у больных с сахарным диабетом // Innova. - 2021. - № 3 (24). - С.16-20.

DOI:

References to the article

Kasimov U.K., Okhunov A.O., Atakov S.V. Possibilities of innovative technologies in the treatment of wounds in patients with diabetes mellitus // Innova. - 2021. - No. 3 (24). - P.16-20. [10.21626/innova/2021.3/03/](https://doi.org/10.21626/innova/2021.3/03/)

Введение

«Гнойная» хирургия появилась вместе с зарождением человеческой цивилизации. Военные конфликты уже в древней истории сопровождались гнойно-воспалительными осложнениями, а появление огнестрельного оружия еще более увеличило и утяжелило инфекционные осложнения ран.

Основоположником гнойно-септической хирургии в России заслуженно признан Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (Архиепископ Лука) [1]. Его монография «Очерки гнойной хирургии», изданная в 1934 году, стала настольной книгой нескольких поколений хирургов. С момента издания монографии начался отсчет новой науки о хирургической

инфекции. Накопленный за этот период опыт лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями свидетельствует о том, что понятие «гнойная хирургия» не соответствует в полной мере современным представлениям о проблеме хирургической инфекции [10].

Заживление ран можно условно разделить на четыре непрерывных и перекрывающихся процесса: гемостаз, немедленный воспалительный ответ, определяемый инфильтрацией цитокин-высвобождающих лейкоцитов с антимикробными функциями, цитокины запускают пролиферативную фазу, в которой закладываются новый эпителий, кровеносные сосуды и внеклеточный матрикс, в течение периода от недель до месяцев рана сокращается по мере реконструкции [2]. Эти строго регулируемые клеточные, гуморальные и молекулярные процессы приводят к идеальной регенерации [3].

Однако хронические раны связаны с определенными заболеваниями, такими как сахарный диабет, и не проходят через упорядоченный набор стадий и предсказуемое количество времени, которые характеризуют нормальный процесс заживления ран. Хронические раны часто остаются в воспалительной стадии в течение длительного времени, и их продолжительность связана с такими факторами, как бактериальная нагрузка, некротическая ткань и баланс влажности раневого процесса. Кроме того, риски повторного появления хронических ран чрезвычайно высоки, если корень болезни не будет излечен [4].

Они не проходят стадию заживления «воспаления» из-за дисбаланса воспалительных клеток, цитокинов и факторов роста [5,6,7]. Специализированные микроскопические методы показали, что 60–90% хронических ран имеют раневую биопленку [8]. Биопленка определяется как «структурированный консорциум микробных клеток, окруженный полимерной матрицей собственного производства» [9]. Помимо микроорганизмов, в матрицу биопленки могут быть интегрированы такие компоненты, как фибрин, тромбоциты или иммуноглобулины. Биопленки характеризуются стойкой и прогрессирующей патологией, в первую очередь из-за воспалительной реакции, окружающей биопленку [11].

Для лечения хронических ран применено множество средств и методов, однако поиск инновационных технологий, позволяющих создать оптимальные физиологические условия заживления не теряет своей актуальности.

Перевязочные средства должны оказывать комплексное влияние на рану: эффективно удалять избыток раневого экссудата и его токсических компонентов, обеспечивать адекватный газообмен между раной и атмосферой, предотвращать вторичное инфицирование раны и контаминацию объектов окружающей среды, способствовать созданию оптимальной влажности раневой поверхности, обладать антиадгезивными свойствами, иметь достаточную механическую прочность [6,7].

Экссудат является важным компонентом заживления ран, он необходим для активации системы комплемента (последовательность белков в сыворотке и внеклеточной жидкости, которая уничтожает патогены) и способствует аутолитической очистке раны [12]. Однако в хронических ранах с чрезмерным или недостаточным выделением экссудата процессы заживления ран могут быть ингибированы. Чрезмерный уровень экссудата может вызвать повреждение окружающей кожи (мацерацию), а так же, как считается, способствует образованию биопленки как потенциального источника питательных веществ [13], в то время как низкий уровень экссудата способствует образованию струпа и подавляет клеточную активность. Однако важен не только объем экссудата, поскольку есть доказательства того, что состав хронической раневой жидкости так же важен, как и количество экссудата. Было показано, что по сравнению с острой раневой жидкостью хроническая раневая жидкость подавляет рост фибробластов (необходимых для отложения и организации коллагена) [14] и имеет повышенные уровни провоспалительных цитокинов, свободных радикалов кислорода и протеаз (продлевая стадию воспаления, заживления ран).

Выбор повязки важен для контроля уровня экссудата и должен обеспечивать соответствующий баланс влажности, предотвращать мацерацию краев кожи, предотвращать протекание и легко накладываться и сниматься.

Для ускорения процессов заживления ран и уменьшения сроков госпитализации пациентов необходимы эффективные и простые методы лечения. Это связано с социально-экономическими условиями существования общества, так как процессы заживления раневых дефектов относятся к группе факторов, существенно влияющих на конечную стоимость лечения пациентов и качество их жизни [8,9]. Этим проявляется постоянный интерес к разработке новых инновационных методов

лечения ран, среди пациентов с различными фоновыми заболеваниями, приводящими к развитию длительно незаживающих ран.

Целью исследования выступило проведение сравнительной оценки изучения эффективности трансформирующей повязки «ALTRAZEAL» и мази «Пантестин» в лечении ран у больных на фоне сахарного диабета.

Материалы и методы исследования

«ALTRAZEAL» – стерильный белый порошок, сделанный по нанотехнологиям и состоящий из органических полимеров: 84,9 % поли-2-гидроксиэтил–метакрилат; 14,9% поли-2-гидроксипропил-метакрилат; 0,3% дезоксихолат натрия. Механизм действия заключается в преобразовании повязки в гибкую влагопроницаемую пленку на поверхности раны, обеспечивающую идеальную влажность раневой среды, поддерживающую клеточные функции и восстановление тканей и одновременно предотвращающую пенетрацию экзогенных бактерий в повязку. Это обеспечивается за счет микроскопических частичек полимеров рНЕМА / рНРМА синтезированных в виде дискретных частиц, с минимальным размером 63мкм. Капиллярные каналы между частицами составляют приблизительно 4-7нм в диаметре и именно эти каналы обеспечивают транспорт кислорода, а также перенос влаги из раны на поверхность перевязочного материала.

В отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии сравнительная оценка проведена среди 43 пациента с ранами различной локализации, на фоне сахарного диабета, находившихся на лечении в 2020 году. Всем пациентам на фоне консервативного

лечения, включающей в себя антибактериальную, противогрибковую и симптоматическую терапию, проведено оперативное вмешательство, направленное на удаление – иссечение патологического очага в пределах здоровых тканей. Таким образом, мы получаем чистую раневую поверхность, с возможностью местного применения препаратов, стимулирующих репаративные процессы.

Больные были разделены на 2 группы: основная группа, в которой был использован препарат «ALTRAZEAL» — 32 пациента, и контрольная группа, в которой был применен препарат сравнения «Пантестин» — 11 больных. Обе были сопоставимы по клинико-анамнестическим и лабораторным данным. Критериями включения пациентов в исследование были послеоперационные раневые поверхности различной локализации, развившиеся на фоне сахарного диабета.

Схема назначения препаратов. Больным основной группы (32 пациента) «ALTRAZEAL» назначали в виде присыпок на рану, которая заполняла раневую поверхность и пропитывалась изотоническим раствором. Она менялась один раз в 3 - 5 дней, в зависимости от состояния раневой поверхности и трансформирующей повязки. Раневой дефект закрывался вторичной повязкой. Больные, которые составили контрольную группу (11 человек), получали мазь «Пантестин», с ежедневной сменой повязки, согласно инструкции, на фоне аналогичной базисной терапии.

Перевязки получали 26 пациентов мужчин и 17 женщин (табл. 1). Средний возраст мужчин составил $58 \pm 2,3$ года, женщин – $54 \pm 2,5$ года.

Таблица 1

Распределение пациентов по группам и возрасту

№	Пол	Возраст	Группа	
			Основная	Контрольная
1	Мужчины	$58 \pm 2,3$	19	7
2	Женщины	$54 \pm 2,5$	13	4
Итого			32	11

По локализации раневых поверхностей доминировали пациенты, у которых процесс локализовался в пределах стоп – 28 (65,1%), менее часто встречались раны в пределах голени и головы, 16,3% и 18,6% соответственно.

Таблица №2.

Распределение больных по локализации раневой поверхности

Локализация	Количество	%
Стопа	28	65,1
Голень	7	16,3
Голова	8	18,6
Всего	43	100

В комплекс клинической оценки эффективности местного лечения были включены следующие параметры: уменьшение размеров раневой поверхности, появление грануляций в ране, начало краевой эпителизации.

Результаты и их обсуждение

Применение трансформирующей повязки «ALTRAZEAL» 1 раз в 3 дня отчетливо стимулировало репарацию тканей дна и краев ран. Так, на дне раны в основной группе пациентов отмечали появление розовых грануляций на 5-6 сутки, тогда как в контрольной группе они выявлялись на 11-13 сутки. Процесс распространялся как на зоны прилежащие к раневому дефекту, так и на участки удаленные от краев раны (дно раны). Смена повязки не приводила к нарушению молодой грануляционной ткани, т.к. гелеобразное покрытие легко удалялось с раны. Отек и гиперемия мягких тканей раны не были выражены у всех пациентов данной группы. В контрольной группе повязка была пропитана раневым экссудатом и мазью, что являлось своеобразной пробкой в раневой поверхности. При этом ежедневная смена повязки, с обработкой раневой поверхности растворами

антисептиков приводило к травматизации молодой грануляционной ткани, что в свою очередь и удлиняло течение раневого процесса. Воспаления вокруг эпителизовавшейся раны ни в одном случае наблюдений не было выявлено. Различия лишь заключались в сроках заживления между контрольной и пациентами основной группы.

Средние сроки полного заживления ран у пациентов I группы составили $22,1 \pm 2,5$ дней, тогда как, в контрольной группе – $31,3 \pm 3,2$ дней. Различия между группами больных были достоверны ($p < 0,05$).

Комфорт для больных был в основной группе, т.к. перевязки, в основной группе были практически безболезненными и более удобными, они производились однократно в сроки 3 – 5 дней, в зависимости от состояния раневой поверхности и трансформирующей повязки. Прозрачность повязки, с оценкой течения процесса позволяла определять кратность ее смены, что невозможно было произвести среди пациентов контрольной группы.

Динамика закрытия дефекта гнойно-некротических ран в основной и контрольной группах больных представлена в таблице №3.

Таблица №3.

Динамика закрытия ран

Группа	Кол-во	Результаты исследования			
		Кратность перевязок	Заполнение грануляциями	Появление краевой эпителизации, сутки	Сроки закрытия дефекта, сутки
Основная	32	1 раз в 3-5 дня	$4,4 \pm 1,3^*$	$5,6 \pm 0,15^*$	$22,1 \pm 2,5^{**}$
Контрольная	11	Ежедневно	$7,2 \pm 1,4^*$	$7,5 \pm 0,9^*$	$31,3 \pm 3,2^{**}$

* и ** – статистически значимые различия между соответствующими показателями основной и контрольной групп ($p < 0,05$).

Как видно из представленной таблицы заполнение раневого дефекта грануляционной тканью начинается у больных основной группы в сроки $4,4 \pm 1,3$ дня, тогда как этот же показатель в

контрольной составил $7,2 \pm 1,4$. Начало появления краевой эпителизации в основной группе отмечается на $5,6 \pm 0,15$ сутки, при этом в контрольной группе $7,5 \pm 0,9$ дня.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о том, что трансформирующая повязка «ALTRAZEAL» ускоряет течение раневого процесса, способствует появлению своевременной грануляции и эпителизации раневой поверхности. Она имеет достоинства перед традиционными методами лечения оказывая стимулирующее воздействие на рану и комфортом для пациентов. Обладая высокой эффективностью его можно рекомендовать в комплексе мероприятий для лечения ран на фоне основной базисной терапии у больных сахарным диабетом.

Список литературы

1. Абаев, Ю.К. Раневые повязки в хирургии / Ю.К. Абаев // Медицинские новости. – 2003. – № 12. – С. 30-37.
2. Ли Дж., Чен Дж., Кирснер Р. Патофизиология острого заживления ран. Clin. Dermatol. 2007; 25: 9–18. DOI: 10.1016 / j.clindermatol.
3. Рейнке Дж. М., Зорг Х. Восстановление и регенерация ран. Евро. Surg. Res. 2012; 49 : 35–43. DOI: 10,1159.
4. Бальцис Д., Элефтериладу И., Вевес А. Патогенез и лечение нарушения заживления ран при сахарном диабете: новые открытия. Adv. Ther. 2014; 31 : 817–836. DOI: 10.1007 /.
5. 19. Хардинг К.Г., Мур К., Филлипс Т.Дж. Хроничность раны и старение фибробластов - значение лечения. Int Wound J 2005; 2 : 364–8.
6. Современные взгляды на патофизиологию и лечение гнойных ран / О. Э. Луцкевич [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. – 2011. – № 5. – С. 72–77.
7. Минченко А. Н. Раны. Лечение и профилактика осложнений / А. Н. Минченко. – СПб.: СпецЛит, 2003. – 207 с.
8. Современные раневые покрытия в местном лечении ран различного генеза / Д. В. Шаблин [и др.] // Фундам. исследования. – 2013. – № 12-2. – С. 361–65.
9. Холл-Стодли Л., Стодли П., Катхью С., Хойби Н., Мозер С., Костертон Дж. В., Мотер А., Бьярнскольт Т. К руководствам по диагностике инфекций, связанных с биопленками. FEMS Immunol Med Microbiol 2012; 65: 127–45.
10. А. И. Дронов, А. А. Скомаровский, В. А. Колесник, А. В. Кравченко, Ю. И. Сотник / Современные подходы к лечению ран в зависимости от фаз раневого процесса. //Шпитальна хірургія, 2, 2013
11. Джонс В., Хардинг К., Стехмилл Дж., Шульц Г. Заживление острых и хронических ран. В: Бараноски С., Айелло Е.А., редакторы. Принципы практики по основам ухода за ранами. Филадельфия, Пенсильвания: Липпинкотт, Уильямс и Уилкинс, 2007: 64–76.
12. Hurlow J, Bowler PG. Возможные последствия биопленки в хронических ранах: серия случаев. J Wound Care 2012; 21 : 109–10, 112, 114, 116, 118.
13. Филипс Т.Дж., аль-Амуди Х.О., Леверкус М., Парк НУ. Влияние хронической раневой жидкости на фибробласты. J Wound Care 1998; 7 : 527–32.
14. Trengove NJ, Bielefeldt-Ohmann H, Stacey MC. Митогенная активность и уровни цитокинов при незаживающих и заживающих хронических язвах ног. Round Repair Regen 2000; 8 : 13–25.

ЭВТАНАЗИЯ В РЕТРОСПЕКТИВНОЙ ПРИЗМЕ

EUTHANASIA IN RETROSPECTIVE PRISM

Пыжова Олеся Владимировна
Кандидат философских наук

Pyzhova Olesya Vladimirovna
Candidate of Philosophical Sciences

Коссова Полина Вячеславовна

Kossova Polina Vyacheslavovna

Курский государственный медицинский университет

Kursk State Medical University

E-mail: pyzhovaov@kursksmu.net

Резюме

В представленной работе рассматривается история возникновения и развития процедуры эвтаназии. Отдельное внимание обращается на применение процесса умерщвления людей в Древнем мире, в России, а также в Германии в период Третьего Рейха. Автор анализирует мнения различных ученых по вопросам эвтаназии. Цель – изучить историю становления и формирования процедуры эвтаназии. Метод – эмпирическое и библиометрическое исследование. Выводы – исследование эвтаназии сквозь ретроспективную призму помогает воссоздать картину последовательных этапов развития и становления данной процедуры, а также определить достоинства и недостатки рассматриваемого процесса.

Ключевые слова: эвтаназия, жизнь, смерть, убийство, общество, государство.

Summary

The presented work examines the history of the emergence and development of the euthanasia procedure. Special attention is paid to the application of the process of killing people in the Ancient World, in Russia, as well as in Germany during the Third Reich. The author analyzes the opinions of various scientists on the issues of euthanasia. The goal is to study the history of the formation and formation of the euthanasia procedure. Method - empirical and bibliometric research. Conclusions - the study of euthanasia through a retrospective prism helps to recreate a picture of the successive stages of development and formation of this procedure, as well as to determine the advantages and disadvantages of the process under consideration.

Key words: euthanasia, life, death, murder, society, state.

Библиографическая ссылка на статью

Пыжова О.В., Коссова П.В. Эвтаназия в ретроспективной призме // Innova. - 2021. - № 3 (24). - С.21-23.

References to the article

Pyzhova O.V., Kossova P.V. Euthanasia in a retrospective prism // Innova. - 2021. - No. 3 (24). - P.21-23.

DOI:

[10.21626/innova/2021.3/04/](https://doi.org/10.21626/innova/2021.3/04/)

Многие явления или процессы, которые существуют в современном мире, имеют свои «корни» прошлого. Поэтому ведя разговор об эвтаназии, целесообразно обратить внимание на исторические аспекты данного явления.

Понятие «эвтаназия» происходит от греческих слов «эу» и «танатос» и дословно понимается как легкая смерть, наступившая естественным способом или с помощью медицинских манипуляций [2].

В 1623 году термин «эвтаназия» впервые был употреблен в труде «О достоинстве и приумножении наук» английского философа Фрэнсиса Бэкона.

Однако стоит обратить внимание, что истоки проявления рассматриваемого явления наблюдались со времен глубокой древности.

Древнейший народ не воспринимал жизнь как высшее благо. Так, например, в первобытных племенах считалось нормальным

умерщвлять стариков и тяжелобольных людей или оставлять их, не забирая с собой, в случае если менялось место стоянки.

В Древней Греции придерживались позиции, что не стоит продлевать и бороться за жизнь слабых и больных. Древние греки даже с одобрением относились к самоубийству людей, достигших возраста 60 лет [6].

Многие античные мыслители, такие как Сократ, Платон, Зенон, Сенека, поддерживали наступления смерти тех, кто слаб и болен, а также оправдывали умерщвление таких людей даже в условиях отсутствия их согласия на это.

Однако Аристотель и пифагорейцы были противниками убийства тяжелобольных людей.

В Клятве Гиппократов упоминается об идее эвтаназии: «Я не дам никому, просимого у меня смертельного средства, и не покажу пути для подобного замысла...» [3]. Из данного положения следует, что Гиппократ являлся ярким

противником эвтанази.

С затмением Римской империи и возникновении такой религии, как христианство происходит кардинальное изменение взглядов. Жизнь человека начинает рассматриваться в качестве дара Божьего, а страдания и боль являются испытаниями, которые надо с мужеством принимать. Самоубийство, выраженное в проявлении трусости, становится уделом слабых духом людей. Христианская позиция отрицания и недопущения эвтанази просуществовала вплоть до эпохи Нового времени и даже Просвещения.

На границе 19-20 веков дискуссии о возможности возврата эвтанази получили широкое распространение в России. Образовались «тайные общества», которые занимались по просьбе родственников ускорением процесса наступления смерти безнадежно больных людей при помощи медикаментов. В этот же период появились первые попытки правовой оценки умерщвления неизлечимо больных пациентов. Так, отечественный юрист, судья и общественный деятель Анатолий Федорович Кони допускал проведение эвтанази при обязательном соблюдении ряда условий:

- Сознательная просьба больного об ускорении процесса наступления смерти;
- Дееспособность пациента на момент выдвижения просьбы, а также подтверждение отсутствия у больного психических расстройств;
- Отсутствие возможности у врачей облегчить страдания и боли пациента;
- Единое заключение консилиума врачей о смертельном диагнозе больного и об отсутствии возможности продлить или спасти жизнь пациента;
- Уведомление органов прокуратуры о совершении эвтанази с целью освобождения от ответственности врача, проводившего манипуляции по умерщвлению пациента [7].

Стоит отметить, что правовые нормы государств современного периода, которые узаконили эвтаназию как форму облегчения страданий тяжелобольных людей, включают в себя практически все требования, сформулированные Анатолием Федоровичем.

С середины 20 века отдельные сторонники эвтанази начали объединяться в организации и фонды, занимаясь пропагандой. В истории имеется пример, где эвтанази не только была легализована, но и принята в качестве принудительной меры, то есть

осуществлялась по решению государства без согласия пациента. Речь в данном случае идет о Третьем Рейхе – о гитлеровской Германии. Основы укрепления данной политики были заложены еще до прихода к власти национал-социалистов. Так, в 1920 году была опубликована книга «Разрешение на уничтожение жизни, недостойной жизни», авторами которой являлись Альфред Хохе и Карл Биндинг. Они утверждали, что убийство слабых и тяжелобольных людей это праведный и полезный акт.

Национал-социалисты преследовали идею «очищения» «арийской расы» от людей, существование которых, согласно господствовавшим представлениям, влияло на появление здорового потомства. Поэтому было принято решение по «очистке» государства от больных людей, приведена в действие так называемая программа «Т-4».

Стоит отметить, что причиной таких действий было не только проведение расовой гигиены, но и избавление от нетрудоспособных людей, которые в силу своего здоровья не могли работать.

Поначалу в рамках данной программы практиковалась стерилизация больных согласно «Закону о предотвращении рождения потомства с наследственными заболеваниями». Решение о принудительной стерилизации должно было приниматься специальным судом, состоящим из двух психиатров и одного судьи. Под предлогом стерилизации психически больных, инвалидов стерилизации подвергались также «неполноценные личности»: закон использовался в том числе и против политических врагов.

Затем программа получила свое расширение и ее действие начало распространяться на уничтожение неизлечимо больных детей до 3 лет, позднее мера распространилась и на подростков до 17-летнего возраста, а потом и вовсе стали уничтожаться все возрастные группы, которые были неуютны государству. Показанием для убийства была любая «серьезная наследственная болезнь» (сюда входили идиотия, синдром Дауна, микроцефалия, гидроцефалия, уродства всех видов, паралич и спастические расстройства). Приговор о смерти выносился без серьезной диагностики. Решение принималось без согласия родителей. В ходе «эвтанази» детей также использовали в качестве объектов исследования, поскольку немецкие учёные были очень заинтересованы в исследованиях мозга.

Во второй половине 20 века эвтанази в

цивилизованном мире стала пониматься как процесс умерщвления тяжелобольных людей, испытывающих физические и моральные страдания, относительно быстрым и безболезненным способом, при содействии медицинских работников.

Именно с этого времени начинается рассмотрение и обсуждение эвтаназии как части медицинской процедуры.

В заключение стоит отметить, что рассмотрение вопроса эвтаназии сквозь ретроспективную призму позволяет представить целостную картину этапов развития и становления, а также определить достоинства и недостатки введения данной процедуры. В современном мире проблема эвтаназии является одной из сложных проблем биоэтики, поскольку ведутся активные споры среди ученых, являющихся противниками и сторонниками рассматриваемой процедуры. Затруднение решения возникшей проблемы связано, прежде всего, с социальной сложностью вопроса эвтаназии. Более того, не все люди болезненно воспринимают все, что связано со смертью. В частности, молодое поколение положительно относится к эвтаназии, так как полагают, что это избавление от страданий и боли. Поэтому вопрос рассмотрения эвтаназии в качестве убийства или проявления сострадания, милосердия остается актуальным по сей день.

Список литературы

1. Билько, Н.В. Нравственно-этические проблемы эвтаназии в современном обществе / Н.В. Билько, Н.А. Коница // Наука и образование в современных условиях: Материалы Международной (заочной) научно-практической

конференции, Нефтекамск, 15 сентября 2017 года / Под общей редакцией А.И. Вострецова. – Нефтекамск: Научно-издательский центр «Мир науки» (ИП Вострецов Александр Ильич), 2017. – С. 684-688.

2. Гюлишанова, И.А. Понятие и виды эвтаназии / И.А. Гюлишанова // Юристы-Правоведь. – 2009. – № 6(37). – С. 23-27.

3. Евсеева, Я.В. Эвтаназия: история и современные дебаты. (Обзор) / Я.В. Евсеева // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Серия 11: Социология. – 2021. – № 3. – С. 12-25.

4. Катионова, А.О. К вопросу об отношении к эвтаназии: аспекты ответственности за эвтаназию и социальные риски / А.О. Катионова // Антропологические вопросы философии, истории, медицины и религии: Материалы конференции, Москва, 20–21 ноября 2017 года. – Москва: Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, 2018. – С. 77-80.

5. Киселева, О.П. К вопросу о правовой оценке международными органами по защите прав человека эвтаназии и содействия в самоубийстве / О.П. Киселева // Московский адвокат. – 2016. – № 4. – С. 18-20.

6. Лыгина, Т.Ю. Эвтаназия как моральная дилемма в истории человечества / Т.Ю. Лыгина // Вестник научных конференций. – 2016. – № 10-5(14). – С. 88-89.

7. Пыжова О.В. Биоэтика в теории и на практике. Учебное пособие для студентов медицинских университетов / О.В. Пыжова. – Курск: изд-во КГМУ, 2020. – 240 с.

К ВОПРОСУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕРМИНОЛОГИИ, СВЯЗАННОЙ С ОСТАНОВКОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ

TO THE QUESTION OF USE OF TERMINOLOGY RELATED TO THE STOP OF BLEEDING

- | | |
|--|---|
| ■ Липатов Вячеслав Александрович
Доктор медицинских наук | ■ Lipatov Vyacheslav Alexandrovich
Doctor of Medical Sciences |
| ■ Костромина Татьяна Аркадьевна
Кандидат социологических наук | ■ Kostromina Tatiana Arkadyevna
Candidate of Sociological Sciences |
| ■ Северинов Дмитрий Андреевич | ■ Severinov Dmitry Andreevich |
| ■ Денисов Артём Александрович | ■ Denisov Artyom Alexandrovich |
| ■ Панов Александр Анатольевич | ■ Panov Alexander Anatolievich |
| ■ Курский государственный медицинский университет | ■ Kursk State Medical University |

E-mail: drli@yandex.ru

10.21626/innova/2021.3/05/

Резюме

Цель. Цель настоящего исследования заключается в обосновании применения терминологии, связанной с остановкой кровотечения.

Материалы и методы. Проводили семантический, этимологический и частотный анализ употребления ключевых слов в научных публикациях терапевтического и хирургического профилей. Их поиск проводили в наиболее популярных российских и зарубежных базах цитирования. Запрос формировали на кириллице и латинице. Поиск осуществлялся среди журналов терапевтических и хирургических специальностей, давность публикаций которых не превышала три года.

Результаты. Несмотря на некорректность употребления термина «коагуляция» некорректно употреблять в качестве описания интраоперационной остановки кровотечения, он часто употребляется в публикациях хирургического профиля (10378 статей).

Согласно результатам частотного анализа в публикациях терапевтического профиля терминология, связанная с описанием механизмов гемостаза и способов его достижения встречается реже, чем в хирургических. Термин «коагуляция» в публикациях терапевтического профиля встречается наиболее часто по сравнению с остальными ключевыми словами (2769 публикаций в англоязычных и 739 в русскоязычных публикациях). Термин «гемостаз» чаще встречается в англоязычных публикациях (1026 статей). В статьях хирургического профиля чаще употребляется термин «гемостатический» (число публикаций 18810).

Заключение. Согласно результатам этимологического и семантического анализа термин «коагуляция» некорректен в качестве характеристики методов остановки кровотечения, поскольку он раскрывает совокупность механизмов сгущения жидких сред, в том числе периферической крови. По частоте употребления в журналах терапевтических специальностей преобладает термин «Коагуляция» (3508 статей), который отражает проблему сгущения периферической крови при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. В статьях ученых-хирургов наиболее часто встречаются термины «Гемостаз» (14174 статей) и «Гемостатический» (18810 статей). В отличие от публикаций терапевтического профиля, результаты хирургических исследований при употреблении терминов «гемостаз» и «гемостатический» предполагают процесс локальной остановки кровотечения и не имеют в виду ассоциацию с системой гемостаза.

Ключевые слова: хирургия, остановка кровотечения, терапия, медицинская терминология, греко-латинские термины, гемостаз, гемостатический, кровоостанавливающий.

Summary

Objective. The aim of this study is to justify the use of terminology related to stopping bleeding.

Materials and methods. Conducted semantic, etymological and frequency analysis of the use of keywords in scientific publications of therapeutic and surgical profiles. Their search was carried out in the most popular Russian and foreign citation databases. The request was formed in Cyrillic and Latin letters. The search was carried out among journals of therapeutic and surgical specialties, the publication period of which did not exceed three years.

Results. Despite the incorrectness of the use of the term "coagulation", it is incorrect to use it as a description of intraoperative stopping of bleeding, it is often used in publications of the surgical profile (10378 articles).

According to the results of the frequency analysis in the publications of the therapeutic profile, the terminology associated with the description of the mechanisms of hemostasis and methods for its achievement is less common than in surgical ones. The term "coagulation" in the publications of the therapeutic profile is found most often in comparison with the other keywords (2769 publications in English and 739 in Russian publications). The term "hemostasis" is more often found in English-language publications (1026 articles). In articles of the surgical profile, the term "hemostatic" is more often used (number of publications 18810).

Conclusion. According to the results of the etymological and semantic analysis, the term "coagulation" is incorrect as a characteristic of methods for stopping bleeding, since it reveals a set of mechanisms of thickening of liquid media, including peripheral blood. The term "Coagulation" (3508 articles) prevails in the frequency of use in journals of therapeutic specialties, which reflects the problem of peripheral blood thickening in diseases of the cardiovascular system. In the articles of surgeons, the terms "Hemostasis" (14174 articles) and "Hemostatic" (18810 articles) are most often found. In contrast to the publications of the therapeutic profile, the results of surgical studies using the terms "hemostasis" and "hemostatic" suggest a process of local stopping of bleeding and do not mean association with the hemostatic system.

Key words: surgery, stop of bleeding, therapy, medical terminology, Greek-Latin terminological elements, hemostasis, hemostatic.

Библиографическая ссылка на статью

Липатов В.А., Костромина Т.А., Северинов Д.А., Денисов А.А., Панов А.А. К вопросу использования терминологии, связанной с остановкой кровотечения // Innova. - 2021. - № 3 (24). - С.24-30.

References to the article

Lipatov V.A., Kostromina T.A., Severinov D.A., Denisov A.A., Panov A.A. On the use of terminology associated with stopping bleeding // Innova. - 2021. - No. 3 (24). - P.24-30.

DOI:

Введение

Корректное и рациональное употребление специальной терминологии является одним из основных критериев терминологической грамотности исследователя и залогом доверия к результатам проведенных им научных изысканий. Неправильное и неуместное употребление терминов и их сочетаний, порой способны дискредитировать исследователя, обусловить репутационные потери как для ученого, так и для учреждения, с которым он аффилирован. Непрерывное внедрение новых методов диагностики и лечения заболеваний сопровождается появлением новых терминов или модификацией старых. В результате данного процесса могут возникать неточности в употреблении определений и понятий, а следовательно искажение их первоначального значения. Это приводит к противоречиям, которые особенно остро возникают между представителями различных специальностей. Так, например вопрос рациональности употребления терминологии, связанной с остановкой кровотечения, вызывает споры между специалистами терапевтического и хирургического профиля.

На сегодняшний день интерес к проблеме терминологии в теоретическом и практическом аспекте постоянно растет. Особенно это касается медицинских наук, поскольку высокие темпы внедрения новых методов диагностики и лечения требуют постоянного обновления терминологической базы. Это объясняется

необходимостью рационализации и оптимизации корпоративной устной и письменной речи, а также усиления межязыковой интерференции в условиях глобализации и постоянно растущего объема информации [1]. Известно, что, в основном, медицинский академический язык базируется на латинских и греческих терминологических элементах, однако, их значение толкуется с учетом местных лингвистических критериев. Это способствует некоторому искажению первоначального смысла терминов и появлению различных видов синонимов и омонимов, которые вызывают ряд противоречий в научной среде. Особенно это касается специфики смысловой нагрузки и интерпретации терминов. Так, например, определения понятий, касающихся гемостаза, могут трактоваться по-разному с учетом направления специализации авторского коллектива [2]. В основном противоречия в употреблении терминов, прямо или косвенно связанных с механизмами гемостаза, возникают между представителями терапевтических и хирургических направлений. Для того, чтобы выявить степень различий в трактовке терминов, связанных с указанной тематикой, а также обоснованность их употребления, необходимо провести этимологический анализ ключевых слов, применимых к механизмам остановки кровотечения, а также провести частотную оценку их применения в научных публикациях терапевтического и хирургического профилей [3-5].

Цель исследования заключалась в научном и методическом обосновании применения терминов, связанных с остановкой кровотечения, частотном анализе употребления ключевых слов в научных публикациях терапевтического и хирургического профилей, размещенных в открытых источниках.

Материалы и методы

Основным методом исследования выступил контент-анализ научных статей 10 наиболее популярных международных баз цитирования на английском языке (Springer, Biomedsearch, Ncbi, Google Scholar, Highwirepress, Kurskmed.academia, Medscape, Sciencedirect, Iprbookshop, Publons) и из 5 на русском (ФИПС, Киберленинка, Российская Академия Естествознания, Elibrary, Российская государственная библиотека). Применялся анализ научной литературы соответствующей тематики.

Для достижения поставленной цели исследования определили ключевые слова: «гемостаз», «коагуляция», «гемостатический», «кровоостанавливающий» провели этимологический и семантический анализ терминов. Поисковой запрос формировали на кириллической и на латинской языковой раскладке с целью определения преобладающего варианта формулировки в русско- и англоязычных научных публикациях (гемостаз – hemostasis, коагуляция – coagulation, кровоостанавливающий, гемостатический – hemostatic). Для контент-анализа выбирали статьи и другие научные публикации авторов в области гемостаза терапевтического и хирургического профилей. Отбору подлежали научные статьи не старше трех лет. Проведен частотный анализ получившихся текстов.

Результаты

Применение этимологического и семантического анализа исследуемых ключевых слов показал, что термин «гемостаз» - англ. hemostasis, лат. haemostasis - является сложным производным термином, состоящим из двух терминоэлементов: греч. haemo – кровь, + греч. stasis – «стояние, неподвижность, застой» – остановка любой физиологической жидкости (например крови, желчи, мочи, слюны) в ограниченной области тела. Общее значение термина «гемостаз» в соответствии с Энциклопедическим словарем медицинских терминов: 1) в хирургии имеет значение остановки кровотечения; 2) в патофизиологии (синонимичен стаз кровяной) – остановка кровотока в сосудах участка органа или ткани [6-8].

Исходя из проведенного анализа, необходимо учитывать разницу в значениях термина «гемостаз» в зависимости от области медицины: в патологии он характеризует задержку или остановку кровотока; в хирургии применяется в качестве общего термина для обозначения хирургических методов остановки кровотечения (лигирование кровоточащего сосуда, электрокоагуляция, тампонада раны, эмболизация, наложение аппликационных средств и т.д.) [9-11].

Термин «коагуляция» происходит от латинского coagulatio (англ. coagulation) – свертывание – 1) соединение между собой частиц в дисперсных системах (в т.ч. и в тканях организма) с образованием более крупных комплексов; 2) синоним некроз сухой, характеризующийся дегидратацией ткани с денатурацией и коагуляцией тканевых белков [6-8]. Стоит отметить, что, кроме медицины, данный термин применяется в фармацевтических и технических науках.

Как правило, в терапевтических публикациях термин «коагуляция» применяется в значении сгущения периферической крови в результате влияния множества факторов, тогда как в хирургии данное определение должно применяться только в составе сложных слов, обозначающих дополнительное операционное оборудование (электрокоагулятор – устройство для проведения оперативного пособия с применением метода диатермокоагуляции. В свою очередь диатермокоагуляция (диатермия + коагуляция) – метод коагуляции тканей с целью их разрушения, рассечения или удаления, основанный на воздействии переменным электрическим током высокой частоты и большой силы, вызывающим повышение температуры тканей. Таким образом, в хирургии термин «коагуляция» не может обозначать метод остановки кровотечения.

Термин «кровоостанавливающий» является калькированным переводом на русский язык определения «гемостатический» (греч. haemo- кровь; -staticus – останавливающий), поэтому оба термина обладают одним и тем же значением, которое соответствует переводу. Применяется он в публикациях как терапевтического, так и хирургического профиля в качестве определения, характеризующего фармакологические препараты и изделия медицинского назначения, направленные на остановку кровотечения.

Результаты частотного анализа встречаемости терминов в журналах терапевтического профиля представлены в

таблице 1.

Таблица 1.

Количество статей терапевтической тематики, в которых встречаются ключевые слова

	«гемостаз»	«кровоостанавливающий»	«коагуляция»	«гемостатический»
Базы поиска на английском языке				
https://link.springer.com/	111	-	250	100
http://www.biomedsearch.com/	150	-	329	98
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/	95	-	452	85
https://scholar.google.ru/	193	-	312	121
https://www.highwirepress.com/	80	-	258	102
https://kurskmed.academia.edu/	98	-	189	71
https://www.medscape.com/	108	-	215	93
https://www.sciencedirect.com/	48	-	329	99
http://www.iprbookshop.ru/	84	-	172	115
https://publons.com/	59	-	263	69
ВСЕГО статей на английском языке	1026	-	2769	953
База поиска на русском языке				
http://www1.fips.ru/	126	95	167	23
https://cyberleninka.ru/	139	87	148	43
http://search.rae.ru/	109	82	132	55
https://elibrary.ru/	156	84	193	31
https://passport.rsl.ru	101	70	99	10
ВСЕГО статей на русском языке	631	418	739	162
ВСЕГО СТАТЕЙ	1657	418	3508	1115

Термин «hemostasis» наиболее часто употребляется в англоязычных публикациях (1026 публикаций), что может быть связано с фактом открытия двух теорий свертывающих механизмов в США.

Результаты анализа частоты употребления исследуемых ключевых слов в публикациях хирургического профиля представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Количество статей хирургической тематики, в которых встречаются ключевые слова

	«гемостаз»	«кровоостанавливающий»	«коагуляция»	«гемостатический»
Базы поиска на английском языке				
https://link.springer.com/	689	-	401	248
http://www.biomedsearch.com/	951	-	621	840
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/	1102	-	541	620
https://scholar.google.ru/	1008	-	788	531
https://www.highwirepress.com/	892	-	528	287
https://kurskmed.academia.edu/	987	-	819	319
https://www.medscape.com/	796	-	612	473
https://www.sciencedirect.com/	843	-	861	702
http://www.iprbookshop.ru/	937	-	489	961
https://publons.com/	905	-	565	421
ВСЕГО статей на английском языке	9110	-	6225	5402
База поиска на русском языке				
http://www1.fips.ru/	890	691	871	9513
https://cyberleninka.ru/	1203	752	789	1009
http://search.rae.ru/	1189	541	688	987
https://elibrary.ru/	951	651	861	899
https://passport.rsl.ru	831	401	944	1000
ВСЕГО статей на русском языке	5064	3036	4153	13408
ВСЕГО СТАТЕЙ	14174	3036	10378	18810

Исходя из данных частотного анализа, можно утверждать, что в публикациях на кириллице и латинице преобладает термин «гемостатический», он встречается в 18810 научных статьях, среди которых 71% опубликованы на русском языке. Вторым по частоте употребления является термин «гемостаз», общее число использования которого составляет 14174 публикаций. Среди них 36% приходится на рукописи на русскоязычный формат. «Коагуляция» применяется в 10378 научных работах, среди которых 40% на русском языке.

Обсуждение

На основании семантического и этимологического анализа термина «гемостаз»

можно предположить, что авторы терапевтических специальностей применяют данное определение понятия в качестве обобщения работы свертывающей системы крови, тогда как представители хирургических специальностей применяют термин «гемостаз» в качестве одного из методов интраоперационной остановки кровотечения. Анализ термина «коагуляция» выявил определенную некорректность его употребления в хирургических публикациях, поскольку его значение отражает процесс сгущения жидкой среды (периферическая кровь). Однако некоторыми авторами в хирургии данный термин употребляется в значении физического воздействия на зияющий просвет сосуда

(упрощенный вариант методик гемостаза – электрокоагуляция, диатермокоагуляция). Термин «кровоостанавливающий» аналогичен термину «гемостатический», однако авторы публикаций отдают предпочтение второму варианту, что закономерно, поскольку он является термином греко-латинского происхождения («золотой фонд» биологической и медицинской научной терминологии).

Преобладание в публикациях ученых-терапевтов термина «коагуляция» объясняется их акцентированием на заболеваниях сердечно-сосудистой системы, где заостряется проблема коагуляции периферической крови и пути ее решения. Наибольшая частота употребления терминов «гемостатический» и «гемостаз» в научных статьях хирургического профиля закономерно, поскольку любое оперативное вмешательство сопровождается кровотечением, которое необходимо остановить.

Заключение

Таким образом, согласно результатам этимологического и семантического анализа, термин «гемостаз» употребим как в качестве определения, включающего в себя как остановку кровотока вследствие влияния эндогенных факторов, так и совокупности хирургических методов остановки кровотечения.

Термин «коагуляция» некорректен в качестве характеристики хирургических методов остановки кровотечения, поскольку он раскрывает совокупность механизмов сгущения жидких сред, в том числе периферической крови.

Термин «кровоостанавливающий» является калькированным переводом на русский язык определения «гемостатический» и характеризует комплекс средств и методов достижения остановки кровотечения (фармакологические препараты и изделия медицинского назначения).

Согласно результатам частотного анализа в публикациях терапевтического профиля терминология, связанная с описанием механизмов гемостаза и способов его достижения встречается гораздо реже, чем в хирургических. Это закономерно, поскольку все хирургические исследования и манипуляции связаны с кровотечением и проблемами его остановки. Термин «коагуляция» в публикациях терапевтического профиля встречается наиболее часто по сравнению с остальными ключевыми словами (2769 публикаций в англоязычных и 739 в русскоязычных публикациях). Термин «гемостаз» чаще встречается в англоязычных публикациях (1026 статей). В статьях хирургического профиля с

наибольшей частотой употребляется термин «гемостатический» (общее число публикаций 18810). Вторым по частоте употребляется термин «гемостаз» (14174 публикаций). «Коагуляция» применяется в 10378 рукописях.

Литература

1. Величкова, С.М. Процессы заимствования в медицинской терминологии в области стоматологии / С.М. Величкова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: гуманитарные науки. – 2013. - №20. – С. 88-92. [Velichkova, S.M. Borrowing processes in medical terminology in the field of dentistry / S.M. Velichkova // Scientific reports of Belgorod State University. Series: humanities. - 2013. - No. 20. - P. 88-92. (in Russ)].
2. Кузнецова, Е.Г. Отечественная медицинская терминология // Modernivny mozenostivedy — 2013: Materialy IX mezinarodni vedecko — prakticka conference (27 ledna — 05 února 2013 roku). Díl 41, Filologické vědy. Praha: PublishingHouse «EducationandScience» s.r.o., 2013. С. 61–65.
3. Маджаева, С.И. Глобализация медицинской терминологии / С.И. Маджаева // Вестник Челябинского государственного университета. – 2013. - №1. – С. 96-99. [Majaeva, S.I. Globalization of medical terminology / S.I. Majaeva // Bulletin of the Chelyabinsk State University. - 2013. - No. 1. - P. 96-99. (in Russ)].
4. Шкарин, В.В. О культуре использования научной медицинской лексики (терминологии) / В.В. Шкарин, Ю.В. Григорьева, Н.М. Горохова // Нижегородский медицинский журнал. – 2014. – № 1. – С. 129-135. [Shkarin, V.V. About the culture of using scientific medical vocabulary (terminology) / V.V. Shkarin, Yu.V. Grigoryeva, N.M. Gorokhova // Nizhny Novgorod Medical Journal. - 2014. - No. 1. - P. 129-135. (in Russ)].
5. Дуралиева, А. Развитие и становление теории научного стиля / А. Дуралиева // Уральский научный вестник. – 2016. – №2. – С. 160-163. [Duraliev, A. Development and formation of the theory of scientific style / A. Duraliev // Ural Scientific Herald. - 2016. - No. 2. - P. 160-163 (in Russ)].
6. Энциклопедический словарь медицинских терминов. В 3-х томах. Гл.ред. Б.В.Петровский – М., «Советская энциклопедия». – 1983. – 454 с. [Encyclopedic dictionary of medical terms. In 3 volumes. Gl.red. B.V. Petrovsky - M., "Soviet Encyclopedia". – 1983. – 454 pp. (in Russ)].
7. Stedman's Medical Dictionary. 28th Edition illustrated in color. - 2005 – P.702.

8. Электронный ресурс
URL:<https://shop.lww.com/Stedman-s-Medical-Dictionary/p/9780781733908>. Дата запроса: 11.11.2019.

9. Майстренко А.Н., Бежин А.И., Липатов В.А., Чижиков Г.М. Определение объема кровопотери при моделировании травм паренхиматозных органов с аппликацией новых гемостатических средств в эксперименте // Innova. 2018. №2. С. 12-14. [Maistrenko A.N., Bezhin A.I., Lipatov V.A., Chizhikov G.M. Determining the amount of blood loss in modeling injuries of parenchymal organs with the application of new hemostatic agents in the experiment //

Innova. 2018. No2. P. 12-14. (in Russ)]. DOI: 10.21626/innova/2018.2/03.

10. Липатов В.А., Северинов Д.А., Денисов А.А., Григорьев Н.Н., Лазаренко С.В. Исследование физико-механических характеристик шовного материала в эксперименте при операциях на печени // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2020. Т. 28. № 2. С. 193-199.

11. Yarieva Z.Sh., Zoirova M.Z. The Essence of medical terminology in today's vocabulary // JournalNX- A Multidisciplinary Peer Reviewed Journal. № 3. P. 152-154.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛОВСКОГО РАЙОНА ПО ДАННЫМ ОБУЗ «БЕЛОВСКАЯ ЦРБ» В 2018-2021 ГГ.

INCIDENCE OF THE POPULATION OF BELOVSKY DISTRICT ACCORDING TO THE DATA OF THE BELOVSKAYA CDH IN 2018-2021

Новикова Мария Александровна

Novikova Maria Alexandrovna

Курский государственный медицинский университет

Kursk State Medical University

E-mail: Barbarissca@yandex.ru

Резюме

В статье представлены данные ретроспективного анализа структуры заболеваемости населения Беловского района Курской области хирургическими патологиями в период с 2018 по 2021 годы с учетом сложившейся неблагоприятной эпидемиологической ситуацией 2020-2021 гг.

Ключевые слова: хирургия, ретроспективное исследование

Summary

The article presents data from a retrospective analysis of the morbidity structure of the population of the Belovsky district of the Kursk region with surgical pathologies in the period from 2018 to 2021, taking into account the current unfavorable epidemiological situation in 2020-2021.

Key words: surgery, retrospective study.

Библиографическая ссылка на статью

Новикова М.А. Заболеваемость населения беловского района по данным ОБУЗ «Беловская ЦРБ» в 2018-2021 гг. // Innova. - 2021. - № 3 (24). - С.31-34.

References to the article

Novikova M.A. The incidence of the population of the Belovsky district according to the data of the public health care institution «Belovskaya CDH» in 2018-2021.// Innova. - 2021. - No. 3 (24). - P.31-34.

DOI:

10.21626/innova/2021.3/06/

Введение

В наши дни доля хирургических заболеваний до сих пор остается существенной, несмотря на разработку и внедрение новых методов диагностики и лечения, позволяющие отказаться от рутинных оперативных пособий в пользу консервативных или же малоинвазивных. В связи с этим процент заболеваний, связанных с радикальным лечением снижается согласно многолетней динамике. Например, патология червеобразного отростка за пять лет снизилась до 25% (от исходных 40% за 2018 год), перфоративная язва до 4,7%, желудочно-кишечные кровотечения до 39,1% и т.д. [1].

Количество экстренных хирургических вмешательств в Российской Федерации с начала XXI века сократилось на 28%, что можно связать с развитием плановой хирургии желчнокаменной болезни и грыж брюшной стенки,

эффективностью лечения язвенной болезни, а также с улучшением инструментальной диагностики (лапароскопия, УЗИ, КТ), позволяющей исключить острое заболевание органов брюшной полости [2].

Но нельзя не упомянуть о том, что в нынешней обстановке снизился процент плановых операций и вырос процент экстренных. Распространение новой коронавирусной инфекцией COVID-19 на территории РФ в начале 2020 года внесло существенные коррективы в повседневную работу многопрофильных стационаров. Оказание хирургической помощи сконцентрировалось именно в виде выполнения оперативных вмешательств по неотложным показаниям [3]. В связи с этим доля хирургических обращений относительно снизилась.

Цель исследования – проанализировать,

процентное соотношение пациентов, обратившихся за помощью по поводу хирургической патологии..

Материалы и методы исследования

1. Статистический анализ

2. Данные из медицинских карт

скорой медицинской помощи ОБУЗ «Беловская ЦРБ».

Результаты исследования

В работе были рассмотрены 5385 случаев обращения больных за скорой медицинской помощью в Беловской ЦРБ.

Среди общего количества человек, поступивших в стационар, было 297 случаев по поводу хирургических патологий. Данные

заболевания составляют 5,52 % от общего числа обращений. В свою очередь, терапевтических патологий – 94,48 % от общего количества пациентов. Среди пациентов хирургического отделения за исследуемый период на лечение поступили 179 мужчин (60%) и 118 женщин (40%).

Всего больных с хирургической патологией в возрастной группе от 1 до 20 лет, включительно, обратившихся за медицинской помощью – 58 (20%), от 21 до 40 лет – 79 (27%), от 41 до 60 – 69 (23%), от 61 до 80 – 65 (22%), старше 81 – 25 (8%).

Таблица 1. Структура пациентов хирургического отделения Беловской ЦРБ суммарно за 2018-2021 гг.

№	Заболевание	Количество случаев, шт (%)
1.	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с перфорацией	1 (0,34%)
2.	Острый аппендицит	36 (12,1%)
3.	Пупочная грыжа	3 (1%)
4.	Колотая рана	9 (3%)
5.	Рвано-скальпированная рана	32 (10,8%)
6.	Флеботромбоз голени	1 (0,34%)
7.	Резаная рана	48 (16,3%)
8.	Паховая грыжа	7 (2,4%)
9.	Рубленая рана	4 (1,3%)
10.	Термический ожог	14 (4,7%)
11.	Флегмоны различной локализации	8 (2,7%)
12.	Желудочное кровотечение	4 (1,3%)
13.	Инородное тело	17 (5,7%)
14.	Водянка левого яичка	1 (0,34%)
15.	Закрытая черепно-мозговая травма	6 (2%)
16.	Тромбоз артерий	3 (1%)
17.	Абсцессы различной локализации	6 (2%)
18.	Синовит коленного сустава	1 (0,34%)
19.	Панариций	2 (0,7%)
20.	Ущемленная грыжа различной локализации	4 (1,3%)
21.	Инфильтрат ягодичной области	1 (0,34%)
22.	Парапроктит	2 (0,7%)
23.	Гангрена нижних конечностей	6 (2%)
24.	Эмболия артерий	2 (0,7%)
25.	Закрытая травма живота, повреждение внутренних органов	1 (0,34%)
26.	Спаечная болезнь	3 (1%)
27.	Асцит	2 (0,7%)
28.	Калькулезный холецистит	7 (2,34%)
29.	Нефролитиаз	34 (11,4%)
30.	Острая задержка мочи	22 (7,4%)
31.	Свищ мочевого пузыря	2 (0,7)
32.	Травматическая ампутация	3 (1%)
33.	Перитонит	1 (0,34%)
34.	Разрыв дистального межреберного синдесмоза	1 (0,34%)
35.	Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода	2 (0,7)
36.	Киста почек	1 (0,34%)

Выводы

Исходя из полученных данных анализа статистики за период с сентября 2018 года по сентябрь 2021 года, количество поступающих пациентов с хирургической патологией составляет 5,52% от общего числа поступивших на тот период пациентов. Данная тенденция к снижению обращаемости с хирургическими заболеваниями может быть связана с пандемией новой вирусной инфекцией COVID-19, поэтому вырос рост терапевтических обращений на станции СМП.

Из всех случаев вызовов бригады СМП 92,5% больных потребовалась первая врачебная помощь, 45% в дальнейшем были госпитализированы в хирургическое отделение или транспортированы в областную клиническую больницу г. Курск.

Список литературы

1. Ревিশвили А.Ш. Хирургическая помощь в Российской Федерации - основные проблемы [Электронный ресурс]. - Режим

доступа: <https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1633811039&tld=ru&lang=ru&name=Revishvili.pdf&text=статистика%20хирургических%20заболеваний%20в%20россии&url=https%3A%2F%2Fxn----7sbgcd3afnu7aa9ax5f.xn--p1ai%2Fimages%2Fuploads%2Fdocs%2F2019-12-14%2FRevishvili.pdf&lr=8&mime=pdf&l10n=ru&sign=3c320e8983e60ddaab72bb2146827947&keyno=0&nosw=1> (Дата обращения 10.10.2021)

2. Ревিশвили А.Ш., Федоров А.В., Сажин В.П., Оловянный В.Е. Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019; (3): 88-97.

3. Барсукова И.М. Состояние экстренной хирургической помощи Санкт-Петербурга при острых заболеваниях органов брюшной полости/ Барсукова И.М, Демко А.Е., Сизоненко Н.А., Якимович А.И., Галака А.А., Титов Р.В. -М.: Биомедицинский журнал Медлайн.РУ, 2020. - 1025 с.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МИОМЕТРИЯ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

CHANGES IN HAEMOSTASIS PARAMETERS IN PROLIFERATIVE UTERINE DISEASES AND PELVIC INFLAMMATORY DISEASES

■ **Иванова Оксана Юрьевна**
Доктор медицинских наук

■ **Ivanova Oksana Yurievna**
Doctor of Medical Sciences

■ **Коростелева Елена Сергеевна**
Кандидат медицинских наук

■ **Korosteleva Elena Sergeevna**
Candidate of Medical Sciences

■ **Суровцева Анна Юрьевна**

■ **Surovtseva Anna Yurievna**

■ **Курский государственный медицинский университет**

■ **Kursk State Medical University**

E-mail: ivanovaoyu@kursksmu.net

Резюме

Был проведен анализ историй болезни 59 гинекологических пациенток, обратившихся за амбулаторной помощью в ОБУЗ «Советская ЦРБ» за период с января 2020 года по май 2021 года. Все пациентки были разделены на две группы. В первую группу входили 35 женщин с миомой матки, во вторую 24 обследованных – с хроническим сальпингоофоритом. Среди женщин с миомой матки отмечалась активация плазменного звена гемостаза со снижением процессов фибринолиза и активности противосвертывающей системы, что, вероятно, связано с достоверно более частым сочетанием гинекологических заболеваний с коморбидной патологией (заболевания эндокринной и сердечно-сосудистой систем). У женщин с хроническим сальпингоофоритом наблюдалось угнетение коагуляционного и фибринолитического звена гемостаза, что в свою очередь может являться следствием длительно текущего воспаления как генитальной, так и экстрагенитальной локализации.

Ключевые слова: миома матки, воспалительные заболевания органов малого таза, свертывание крови, гемостаз.

Summary

The case histories of 59 gynaecological patients who applied for ambulatory treatment at the Regional Clinical Hospital of Sovetskoye CRH for the period from January 2020 to May 2021 were analysed. The first group included 35 women with uterine myoma; the second group included 24 patients with chronic salpingo-oophoritis. In women with uterine myoma there was an activation of plasma hemostasis with a decrease in fibrinolysis and anticoagulation system activity, which is probably associated with a significantly more reliably combination of gynecological diseases with comorbid pathology (endocrine and cardiovascular diseases). In women with chronic salpingo-oophoritis there was an inhibition of coagulation and fibrinolytic hemostasis, which in turn may be a consequence of long-term inflammation of both genital and extragenital localization.

Key words: uterine myoma, pelvic inflammatory diseases, blood coagulation, hemostasis.

Библиографическая ссылка на статью

Иванова О.Ю., Коростелева Е.С., Суровцева А.Ю.
Изменения показателей системы гемостаза при пролиферативных заболеваниях миометрия и воспалительных заболеваниях органов малого таза // Innova. - 2021. - № 3 (24). - С.34-39.

References to the article

Ivanova O.Yu., Korosteleva E.S., Surovtseva A.Yu. Changes in the parameters of the hemostasis system in proliferative diseases of the myometrium and inflammatory diseases of the pelvic organs // Innova. - 2021. - No. 3 (24). - P.34-39.

DOI:

[10.21626/innova/2021.3/07/](https://doi.org/10.21626/innova/2021.3/07/)

Введение

Сочетание гормонального и иммунного

дисбаланса, лежащее в основе развития подавляющего большинства гинекологических

заболеваний, приводит, в том числе к формированию гиперкоагуляционного синдрома. Отсутствие системного подхода при назначении и проведении лечения создает условия для прогрессирования основного заболевания и утяжеляет процесс лечения развитием тромбогеморрагических расстройств.

При миоме матки миоматозные клетки могут продуцировать тромбопластин, стимулирующий повышение активности сосудисто-тромбоцитарного и плазменного гемостаза. Опухоль больших размеров в результате сдавления окружающих тканей и сосудов приводит к нарушению оттока и развитию ишемии и стаза, увеличивая риски тромбоза [5,9]. Кроме того, при миоме матки повышенное образование ингибитора активаторов плазминогена (PAI-1) и низкая васкуляризация миомы способствует снижению фибринолитической активности. Представленные процессы характеризуются увеличением показателя максимальной плотности сгустка, повышением активности XIII фактора, уровня фибриногена, активацией полимеризации фибрина и повышенным содержанием в крови растворимых комплексов мономеров фибрина, ускорением ретракции и лизиса сгустка за счет избыточной активации свертывающего звена [4,6]. Гормонотерапия при лечении миомы матки приводит к снижению уровня эндогенных антикоагулянтов и активности фибринолиза, а оперативное лечение создает условия для развития приобретенной тромбофилии, что может усугубить уже имеющуюся недостаточность противосвертывающего звена и вести к развитию тяжелых тромботических осложнений.

При воспалительных заболеваниях органов малого таза (ВЗОМТ) активация системы гемостаза происходит за счет выработки интерлейкина-1, интерлейкина-6, фактора некроза опухоли-а, повреждающих эндотелий сосуда и стимулирующих сосудисто-тромбоцитарный и плазменный гемостаз. При воспалении имеет место быть ингибирование фибринолиза за счет повышенной выработки PAI-1 и активируемого тромбином ингибитора фибринолиза со снижением эндогенных антикоагулянтов. Описанные процессы сопровождаются увеличением активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового индекса в коагулограмме [3,7]. Избыточная активация плазменных факторов свертывания и агрегация тромбоцитов ведет к истощению синтетической функции печени, следствием чего становится развитие ДВС-

синдрома с угнетением агрегации тромбоцитов и полимеризации фибрина [1,2]. Длительно текущее воспаление с развитием хронического ДВС-синдрома на фоне антибактериальной терапии при ВЗОМТ приводит к гемодилюции за счет увеличения объема циркулирующей крови и к угнетению синтеза витамина К в кишечнике за счет дисбактериоза, следствием чего может стать снижение активности факторов свертывания, что будет усиливать развившуюся недостаточность плазменного гемостаза и приведет к кровотечениям.

Следовательно, изучение показателей гемостаза при гинекологических заболеваниях является необходимым с патогенетической точки зрения и с целью подбора комплексного лечения с оценкой риска развития осложнений и профилактики тромбогеморрагических расстройств.

Цель исследования – оценить состояние системы гемостаза у пациенток с пролиферативными заболеваниями миометрия (миома матки) и воспалительными заболеваниями органов малого таза (хронический сальпингоофорит).

Материалы и методы

Проведен анализ историй болезни 59 гинекологических пациенток, обратившихся за амбулаторной помощью в ОБУЗ «Советская ЦРБ» за период с января 2020 года по май 2021 года. Все пациентки были разделены на две группы. В первую группу входили 35 женщин с пролиферативными заболеваниями миометрия (миома матки), во вторую 24 обследованных – с воспалительными заболеваниями органов малого таза (хронический сальпингоофорит).

Диагнозы лейомиома матки и ВЗОМТ выставлялись согласно международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Для классификации миом матки использовались рекомендации Европейского Общества Репродукции Человека (ESHRE), где к небольшим миомам относились опухоли до 5 см, а к большим – более 5 см, и классификация миомы матки Международной федерации гинекологии и акушерства (The International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO), 2011, 2018 [8].

Ретроспективный анализ проводился путем скрининга амбулаторных карт с анализом выбранных исходных данных и их структуризацией, интерпретацией и подготовкой выводов и рекомендаций.

В исследуемых группах производились: распределение женщин по возрасту, анализ клинико-anamnestических данных – жалоб,

характеристики менструальной функции, акушерско-гинекологического анамнеза, сопутствующих заболеваний; оценка показателей коагулограммы.

Изучение показателей гемостазиограммы проводилось по 3 звеньям: сосудисто-тромбоцитарному, коагуляционному и фибринолитическому. Оценка сосудисто-тромбоцитарного звена включала в себя уровень тромбоцитов капиллярной крови, время кровотечения по Дюку. В изучаемые показатели плазменного гемостаза входили АЧТВ, протромбиновый индекс (ПТИ), протромбиновое время (ПВ), время свертывания крови. Фибринолиз и противосвертывающая система оценивались по показателям уровня плазминогена, протеина С, антитромбина – III.

Статистическая обработка полученных материалов проводилась с помощью программ Microsoft Excel 2016 и Statistica 10.0. Для определения статистической значимости различий средних величин использовали критерий Стьюдента. Вероятность того, что статистические выборки отличались друг от друга, существовала при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Структура распределения 35 пациенток 1 группы с лейомиомой матки по классификации FIGO была следующей: к типу 0 относились 8,6% (3), к 1 - 14,3% (5) женщин, к 2 типу – 5,7% (2), к 3 – 11,4% (4), к 4 – 14,3% (5), к 5 – 20% (7), к 6 – 8,6% (3), к 7 – 17,1% (6). Согласно классификации ESHRE, обследованные распределились следующим образом: 54,3% (19) наблюдались с лейомиомой матки небольших размеров, 16 (45,7%) женщин – с миомой матки больших размеров. Во 2 группу входили 24 пациентки с хроническим сальпингоофоритом.

При анализе распределения пациенток по возрасту наблюдались следующие показатели: в 1 группе преобладали женщины позднего репродуктивного возраста – 69% (21) и 40% (14) находились в менопаузе. Во 2 группе 4,2% (1) обследованных входили в подростковую группу, 66,7% (16) женщин – раннего репродуктивного и 29,2% (7) – позднего репродуктивного возраста. Из представленных данных следует, что в 1 группу входили женщины более старшей возрастной группы, в то время как во 2 группе чаще встречались женщины раннего репродуктивного возраста ($p < 0,05$).

В ходе оценки характеристики менструальной функции было выявлено, что в 1 группе 5,3% (2) женщин имели длительность менструации более 8 дней, у 94,3% (33) данный показатель варьировал в пределах нормальных значений. Патологический объем кровопотери свыше 80 мл имели 25,7% (9) обследованных. 31,4% (11) женщин предъявляли жалобы на аномальные маточные кровотечения. Во 2 группе показатели менструальной функции всех пациенток находились в пределах нормативных значений ($p_{1-2} < 0,05$).

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза у пациенток 1 группы распределение частоты беременностей было следующим: 14,3% (5) обследованных имели 1-2 беременности, 82,8% (29) – 3 и более, у 2,9% (1) беременность отсутствовала. Во 2 группе 16,7% (4) пациенток не имели беременность в анамнезе, 1-2 – 29,1% (7) женщин, 3 и более – 54,2% (13). Из выше представленных данных следует, что у пациенток обеих групп преимущественно в анамнезе было 3 и более беременностей (рис.1).

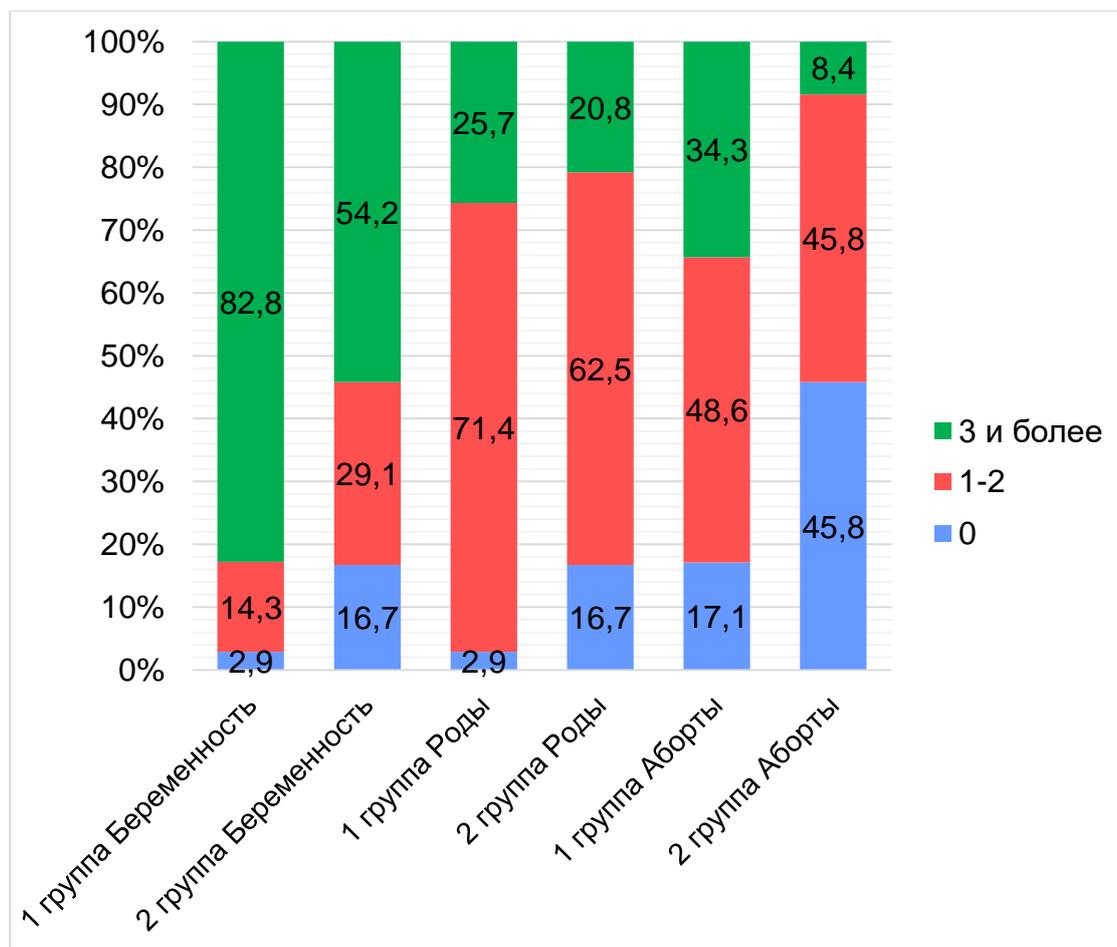


Рис. 1. Структура акушерско-гинекологического анамнеза пациенток 1 и 2 групп

Частота встречаемости родов, выкидышей, аборт и трубного бесплодия у женщин 1 и 2 групп представлена в таблице 1.

Таблица 1. Структура акушерско-гинекологического анамнеза пациенток 1 и 2 групп

Критерии	Кратность	1 группа (n=35)		2 группа (n=24)		p
		%	Абс.	%	Абс.	
Роды	0	2,9	1	16,7	4	<0,05
	1-2	71,4	25	62,5	15	<0,05
	3 и более	25,7	9	20,8	5	<0,05
Выкидыши		8,6	3	29,2	7	<0,05
Аборты	0	17,1	6	45,8	11	<0,05
	1-2	48,6	17	45,8	11	<0,05
	3 и более	34,3	12	8,4	2	<0,05
Трубное бесплодие		-	-	8,3	2	<0,05

Полученные показатели говорят о том, что женщины 1 группы чаще прибегали к

хирургическому прерыванию беременности, в то время как во 2 группе значения были ниже, что может быть связано с более молодым возрастом пациенток этой группы. Более частая встречаемость выкидышей и трубного бесплодия во 2 группе напрямую связано с наличием хронического воспаления, ведущего к эндотелиальной дисфункции и влияющего на систему свертывания.

Обращает на себя внимание тот факт, что в первой группе отмечается достоверно большее количество пациенток с сочетанной гинекологической патологией. Так у 11,4% (4) женщин 1 группы с лейомиомой больших размеров имелся аденомиоз. Фиброзно-

кистозная мастопатия чаще встречалась у женщин 1 группы – 85,7% (30), чем во 2 группе – 37,5% (9) ($p < 0,05$).

При оценке частоты встречаемости сопутствующей соматической патологии было выявлено: у женщин 1 группы чаще наблюдались заболевания сердечно-сосудистой системы – 82,9% (29), чем во 2 группе – 20,8% (5); заболевания мочевыделительной системы чаще встречались у пациенток 2 группы 29,2% (7), чем в 1 – 2,9% (1); 20,8% (5) обследованных 2 группы имели хронические инфекционные заболевания; эндокринная патология (сахарный диабет, ожирение) встречались у 85,7% (30) женщин 1 группы и у 25% (6) 2 группы ($p < 0,05$).

Таблица 2. Особенности изменения показателей коагулограммы у пациенток 1 и 2 групп

Звено гемостаза	Изменения	1 группа (n=35)		2 группа (n=24)		p
		%	Абс.	%	Абс.	
Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз	Повышение времени кровотечения по Дюку	25,7	9	37,5	9	<0,05
	Тромбоцитоз	-	-	4,2	1	>0,05
Коагуляционный гемостаз	Повышение времени свертывания	25,7	9	45,8	11	<0,05
	Снижение времени свертывания	48,6	17	4,2	1	<0,05
	Снижение ПВ	20	7	4,2	1	<0,05
	Увеличение АЧТВ	22,9	8	16,7	4	<0,05
	Снижение АЧТВ	34,3	12	4,2	1	<0,05
	Снижение ПТИ	8,6	3	20,8	5	<0,05
Фибринолиз и противосвертывающая система	Снижение плазминогена	17,1	6	29,2	7	<0,05
	Снижение протеина С	2,9	1	4,2	1	>0,05
	Снижение антитромбина III	2,9	1	12,5	3	<0,05
Нормальные показатели коагулограммы		25,7	9	29,2	7	>0,05

В ходе анализа показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у 25,7% (9) женщин 1 группы и у 37,5% (9) пациенток 2 группы наблюдалось снижение активности данного звена, проявляющаяся увеличением времени кровотечения по Дюку. У 4,2% (1) женщин 2 группы был выявлен тромбоцитоз (табл.2).

Активация плазменного гемостаза чаще наблюдалась у пациенток 1 группы – 48,6% (17), чем у обследованных 2 группы – 4,2% (1), которая характеризовалась снижением АЧТВ, протромбинового времени, времени свертывания ($p > 0,05$). Снижение активности коагуляционного звена превалировало во 2 группе 45,8% (11) более, чем в 1 – 22,9% (8) женщин ($p > 0,05$), что проявлялось увеличением АЧТВ, времени

свертывания и снижением протромбинового индекса.

Снижение активности фибринолиза и противосвертывающей системы наблюдалось в обеих группах: в 1 – у 17,1% (6) женщин, во 2 группе – у 29,2% (7), проявлявшееся снижением плазминогена, протеина С и антитромбина III.

Выводы

В ходе проведенного исследования было установлено, что у пациенток с лейомиомой матки наблюдается сочетание гинекологической патологии с эндокринными и сердечно-сосудистыми заболеваниями, способствующими активации прокоагулянтного звена гемостаза. Кроме того, с возрастом повышается склонность к венозному застою и гиперкоагуляции, что

формирует приобретенную тромбофилию и может усугубить уже имеющиеся нарушения в системе гемостаза. Наличие сопутствующих патологий в комплексе с нарушением менструальной функции приводит к изменениям показателей коагулограммы преимущественно в сторону гиперкоагуляции со снижением активности фибринолиза.

У пациенток с хроническим сальпингоофоритом наблюдаются изменения системы гемостаза в сторону гипокоагуляции. В свою очередь данные показатели можно связать с наличием у пациенток длительно текущего воспалительного процесса с дисбалансом факторов свертывания и с сопутствующими заболеваниями мочевыделительной системы и инфекционной патологией. Длительное течение заболевания может приводить к истощению прокоагулянтного звена системы свертывания крови, что в свою очередь может привести к коагулопатии, ДВС – синдрому и тромбоцитопении на его фоне.

Лечение женщин с гинекологической патологией диктует необходимость комплексного подхода с наблюдением за состоянием свертывающей и противосвертывающей систем крови.

Список литературы

1. Асранкулова, Д.Б. Особенности сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза у женщин с воспалительными заболеваниями придатков матки / Д.Б. Асранкулова, Н.М. Ахмедова, Г.И. Камилджанова // Re-health journal. – 2020. – № 1 – С. 4-7.
2. Асранкулова, Д.Б. Состояние про- и антиоксидантной системы крови и тромбоцитов у женщин с воспалительными заболеваниями придатков матки / Д.Б. Асранкулова, Н.М. Ахмедова, Ш.Б. Нуриддинова // Re-health journal. – 2020. - № 1. – С. 1-3.

3. Афанасьева, Г.А. Особенности нарушений коагуляционного потенциала крови в условиях развития системного воспалительного ответа при гнойных тубоовариальных образованиях / Г.А. Афанасьева, А.Н. Симонова // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2014. – № 11-12. – С. 5-10.

4. Каюков, Л.В. Влияние интра- и послеоперационного обезболивания на систему гемостаза у больных фибромиомой матки / Л.В. Каюков [и др.] // Сибирский медицинский журнал. – 2012. – Т.27. – №2. – С.86-91.

5. Тайц, А.Н. Современные представления о патогенезе миомы матки / А.Н. Тайц [и др.] // Педиатр. – 2019. – Т.10. – №1. – С.91-99.

6. Тарабрин, О.А. Диагностика и коррекция тромбгеморрагических расстройств у больных с гигантскими миомами матки на периперационном этапе лечения / О.А. Тарабрин [и др.] // Анестезиология и реаниматология. – 2016. – Т.61. – №6. – С. 450-453.

7. Foley, J.H. Plasmin(ogen) at the Nexus of Fibrinolysis, Inflammation, and Complement / J.H. Foley // Semin Thromb Hemost. – 2017. –Vol. 2 (43). – P.135-142.

8. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions / M.G. Munro, H.O.D Critchley, I.S. Fraser// Int J Gynaecol Obstet. – 2018. – №143. – Vol.3. – P.393-408.

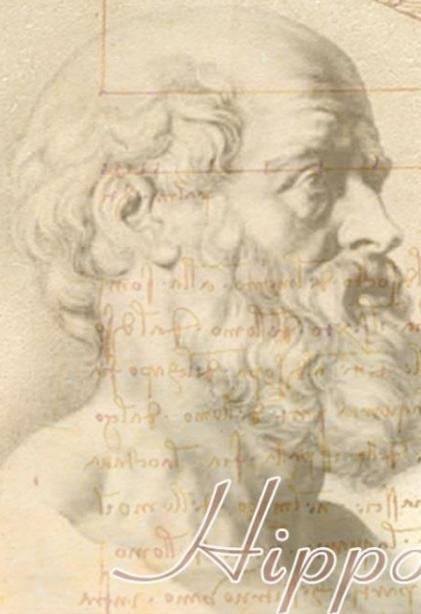
9. Sanchez-Iglesias, J.L. A giant superinfected uterine angioleiomyoma with distant septic metastases: an extremely rare presentation of a benign process and a systematic review of the literature / J.L. Sanchez-Iglesias // Arch Gynecol Obstet. – 2019. –№300. – Vol. 4. – P. 841-847.



КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ул. К. Маркса, 3, г. Курск 305041 Тел.: (4712) 58-81-32; факс.: (4712) 56-73-99; 58-81-37
Интернет-адрес: www.kurskmed.com Электронная почта kurskmed@mail.ru

Медицина - дело на все времена!



Hippocrates



Avicenna

Малое инновационное предприятие при Курском государственном медицинском университете ООО «МедТестИнфо» приглашает принять участие в мероприятиях, присоединиться к проектам в области медицины и фармации, высшего образования, а также опубликовать результаты исследований на страницах сборников конференций и научных журналов!



ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ, ФАРМАЦИИ, БИОТЕХНОЛОГИИ И ВЫСШЕМ ОБРАЗОВАНИИ



Цены | Мы в соцсетях | Наши партнеры | Контакты | Реквизиты

Главное меню

Главная
О нас
Документы
Вакансии

Сферы деятельности

Исследования
Конференции
Издательство
Проекты
Обучение
Программы
Лечение

Главная

Последние новости

- ➔ [\[АВСТРИЯ\] ЦЕНТР «АСПАХ РЕВИТАЛ» И ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ОТЕЛЬ «ВИЛЛА ВИТАЛИС»](#)
- ➔ [\[АВСТРИЯ\] МЕДИЦИНСКИЙ ХОЛДИНГ SANLAS КЛИНИКА ЛЕЕХ](#)
- ➔ [\[АВСТРИЯ\] ARMONA MEDICAL ALPINRESORT](#)
- ➔ [\[АВСТРИЯ\] КЛИНИКИ КОМПАНИИ «PREMIQAMED»](#)
- ➔ [\[ГЕРМАНИЯ\] ЦЕНТР ПО ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ КИНДКРВУНШ ЦЕНТРУМ МЮНХЕНА](#)

Популярное

- ➔ [Прейскурант цен](#)
- ➔ [МОЛОДЕЖНАЯ НАУКА И СОВРЕМЕННОСТЬ](#)
- ➔ [Медицинские импланты](#)
- ➔ [МедТестИнфо и КГМУ приглашают представителей бизнеса к сотрудничеству](#)
- ➔ [X Юбилейная Международная научно-практическая конференция молодых ученых-медиков](#)

Официальный сайт малого инновационного предприятия при Курском государственном медицинском университете

<http://medtestinfo.ru/>

АКТУАЛЬНЫЕ КОНФЕРЕНЦИИ

Фармакология сердца

Научно-практическая конференция
«Павловские чтения»

Студенческая научно-исследовательская лаборатория:
итоги и перспективы

Фармакология
нейроцитопротекторов

ИНОМЕД - 2017

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
НАУЧНЫХ, ПРАКТИЧЕСКИХ И
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
КОНФЕРЕНЦИЙ

Conferenc Innova.ru
КОНФЕРЕНЦИИ ИННОВАЦИИ

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНЫХ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В КУРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ В 2017 и 2018 ГОДАХ

[Скачать план мероприятий в формате pdf >>>](#)

Название мероприятия	Дата проведения	Организаторы мероприятия, ответственные за проведение мероприятия	Форма проведения
----------------------	-----------------	---	------------------

Участвуйте в наших конференциях:
<http://conferencinnova.ru/>

INNOVA

Электронный научный журнал

[Главная страница](#)

[Редакционный совет](#)

[Редакционная коллегия](#)

[Редакционная политика](#)

[Для авторов](#)

[Рецензентам](#)

[Контакты](#)

[Архив номеров](#)

[Выпуски журнала](#)

Редакционный совет

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ: ректор Курского государственного медицинского университета, заведующий кафедрой хирургии ФПО, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Виктор Анатольевич Лазаренко

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ: проректор по научной работе и инновационному развитию Курского государственного медицинского университета, заведующий кафедрой нормальной физиологии, доктор медицинских наук, доцент Павел Владимирович Ткаченко

ЧЛЕНЫ СОВЕТА

Дарья Львовна Алонцева – доктор физико-математических наук, Усть-Каменогорск, Казахстан.

Марина Николаевна Белогубова – доктор социологических наук, Москва, Россия.

Дэвид Вайсман – доктор наук, Даллас, США.

Карл-Йозеф Гундерманн – доктор наук, Шешин, Польша.

Константин Енкоян – доктор медицинских и биологических наук, Ереван, Армения.

Владимир Петрович Иванов – доктор биологических наук, Курск, Россия.

Анатолий Николаевич Лызинов – доктор медицинских наук, Гомель, Беларусь.

Виорел Евгеньевич Наку – доктор наук, Кишинёв, Молдова.

Леонид Георгиевич Прокопенко – доктор медицинских наук, Курск, Россия.

Ирина Игоревна Фришман – доктор педагогических наук, Москва, Россия.

Сисакян Хмаяк – доктор медицинских наук Ереван, Армения.

Лю Хуньвень – доктор наук, Харбин, Китай.

Активация Windows

Используйте лицензионный ключ Windows

Публикуйте результаты своих исследований
на страницах нашего журнала:
<http://conferencinnova.ru/>