Международная Объединенная Академия Наук

Научный диалог: Вопросы медицины

Сборник научных трудов

**по материалам
XXI международной научной конференции**

15 ноября 2019 г.

Санкт-Петербург 2019

УДК 61
ББК 5

Н34

Научный диалог: Вопросы медицины. Сборник научных трудов по материалам XXI международной научно-практической конференции 15 ноября 2019 г. Изд. ЦНК МОАН, 2019. -24с.

SPLN 001-000001-0525-MQ
DOI 10.18411/sciencepublic-15-11-2019
IDSP sciencepublic-15-11-2019

В сборнике научных трудов собраны материалы из различных областей научных знаний. В данном издании приведены все материалы, которые были присланы на XXI международную научно-практическую конференцию
Научный диалог: Вопросы медицины

Сборник предназначен для научных работников, преподавателей, аспирантов и студентов.

Все материалы, размещенные в сборнике, опубликованы в авторском варианте. Редакция не вносила коррективы в научные статьи. Ответственность за информацию, размещенную в материалах на всеобщее обозрение, несут их авторы.

Информация об опубликованных статьях будет передана научную электронную библиотеку (ELIBRARY.RU) и наукометрическую базу SPINDEX

Электронная версия сборника доступна на сайте ЦНК МОАН. Сайт центра: conf.sciencepublic.ru

УДК330.1
ББК 65

SPLN 001-000001-0525-MQ

<http://conf.sciencepublic.ru>

Содержание

РАЗДЕЛ I. МЕДИЦИНА	4
Алиева С.С. Проспективная оценка монокристаллических циркониевых фиксированных зубных реставраций на премоляры и моляры в течение 3-х лет.....	4
Бачинская Ю.В. Роль хронической сердечной недостаточности в возникновении фибрилляции предсердий.....	5
Беганская Н.С., Аникин В.В., Изварина О.А., Николаева Т.О., Кожевникова А.Д. Особенности наблюдения в клинике за больными с пролапсом митрального клапана при соединительнотканной дисплазии	6
Руина О.В., Строганов А.Б., Османов А.М., Курушин А.М., Шпрыкова О.Н., Меньшикова С.Н., Ждакова Н.А., Тотмина Т.Б., Дудукина Ю.А., Козлова Е.А., Зайцева Е.И. Взаимосвязь потребления антибиотиков и локальной микробиоты	8
Сагина О.В., Забалуева Э.Ю. Результаты социологического исследования в аспекте заболеваемости тканей пародонта у женщин с нарушением гормонального статуса ...	10
Сметанин В.Н. Гигиена рук медицинского персонала — основная мера в профилактике ИСМП.....	12
Халилов Н.Г. Роль обязательного медицинского страхования в разработке методов лекарственного обеспечения населения	15
Aslanov P.R. Cochlear implantation in Azerbaijan	16
Rasulova M.A. Provision of dental care to persons with mental disorders	18
Salihova K.M. Prevalence of different pathologies in the practice of a family doctor.....	19

РАЗДЕЛ I. МЕДИЦИНА

Алиева С.С.

Перспективная оценка монокристаллических циркониевых фиксированных зубных реставраций на премоляры и моляры в течение 3-х лет

Азербайджанский Медицинский Университет
(Азербайджан, Баку)

doi:10.18411/sciencepublic-15-11-2019-01

idsp: sciencepublic-15-11-2019-01

Abstract

Despite the significant success of zirconia restorations, clinicians are worried about the wear of the dentition for a long time. The results of assessing the quality and effectiveness of monolithic zirconium restorations on the posterior teeth for 3 years are presented. 98 crowns were installed: on the upper jaw - 42, of which 22 were fixed on premolars and 20 restorations on molars; on the lower jaw - 56 crowns, of which 26 on the premolars, 30 molars on the molars. Evaluated by USPHS criteria 7-10 days and 36 months after fixation. During the 3-year follow-up period, survival was 97.9%. All 98 restorations were rated A in terms of characteristics: anatomical form, secondary caries, fracture. According to the criteria of “color matching” and “integrity of the region”, 94.9% received the highest score A after 3 years, and a B score - 5.1% of restorations, respectively. B. Regarding the “surface texture” indicator, an assessment after 3 years, an assessment of B was obtained by 7 (7.1%) restorations. Thus, monolithic zirconium crowns showed excellent overall clinical survival.

Keywords: premolars, molars, dental restorations, zirconia, USPHS criteria

В последнее десятилетие были достигнуты значительные успехи в применении диоксида циркония для реставраций задних зубов, особенно, при использовании поликристаллического оксида циркония, стабилизированного иттрием [1-4]. Тем не менее, у клиницистов вызывает беспокойство износ зубного ряда в течение длительного времени.

Цель исследования – оценить качество и эффективность монокристаллических циркониевых реставраций на задние зубы в течение 3-х лет.

Материал и методы. Реставрация проведена 77 пациентам в молярной и премолярной областях. Всего установлено 98 коронок: на верхней челюсти - 42 (42,8%), из которых на премоляры зафиксировано 22, на моляры – 20 реставраций; на нижней челюсти - 56 (51,0%) коронок, из которых на премоляры - 26, моляры – 30 коронок. При этом у 59 (76,6%) пациентов установлена 1 коронка, у 15 (19,5%) – 2 коронки, у 3 (3,9%) – 3 коронки. Реставрации оценены в соответствии критериев Службы здравоохранения Соединенных Штатов (United States Public Health Service–USPHS) через 7-10 дней и 36 месяцев после фиксации.

Результаты и обсуждение. В течение 3-х летнего периода наблюдения 96 коронок из 98 не повредились, что привело к 97,9%-ной выживаемости. При оценке качества реставраций выявлено, что 2 (2,0%) реставрации соответствовали категории С (Чарли) из-за маргинального обесцвечивания, все остальные 96 реставраций соответствовали оценке Альфа или Bravo. Процент реставраций с оценкой В для маргинального обесцвечивания в течение всего периода обследования встречался в 4,1% случаев (4 коронки). Следовательно, результат успешной реставрации составил 97,9%. Высший балл по этой характеристике отмечался в 95,9% случаев (94 коронки) через 7-10 дней и в 95,9% случаев (94 реставраций) через 36 месяцев. Все 98

реставраций были оценены в балл А по характеристикам: анатомическая форма, вторичный кариес, перелом. По критерию соответствие цвета высший балл А получили все реставрации через 7 дней и 94,9% через 3 года. По этому критерию балл В оценен в 5,1% случаев спустя 3 года. В отношении характеристики «целостность края» у всех 98 реставраций в период обследования спустя 7 дней определен высший балл А, а через 36 месяцев – 93 коронки (94,9%), 5 (5,1%) коронок получили балл В. В отношении показателя “текстура поверхности” оценка через 3 года оценка В получена 7 (7,1%) реставрациями. Такие показатели, как целостность коронки, вторичный кариес по краю, проксимальные контакты коронки, центрические окклюзивные контакты, а также протрузивные и латеротрузивные контакты коронок на этапах посещения в течение всего трехлетнего периода не отличались от исходных. Согласно критериям USPHS, маргинальная адаптация была оценена в балл А в 92,8% случаев, т.е. отличная, в 7,1% случаев оценена в балл В, т.е., как хорошая.

Заключение. Монолитные циркониевые коронки показали отличную общую клиническую выживаемость. Фиксированные монолитные циркониевые коронки являются перспективным вариантом протезирования премоляров и моляров.

1. Konstantinidis I, Trikka D, Gasparatos S, Mitsias ME. Clinical Outcomes of Monolithic Zirconia Crowns with CAD/CAM Technology. A 1-Year Follow-Up Prospective Clinical Study of 65 Patients. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018;15:2523. doi:10.3390/ijerph15112523
2. Ariaans K., Heussen N., Schiffer H., Wienert A.L. et al. Use of molecular indicators of inflammation to assess the biocompatibility of all-ceramic restorations. *J Clin Periodontol*. 2016;43(2):173-179. doi: 10.1111/jcpe.12500. Epub 2016 Feb 19.
3. Madfa A.A., Al-Sanabani F.A., Al-Qudami N.H., Al-Sanabani J.S., Amran A.G. Use of Zirconia in Dentistry: An Overview. *The Open Biomaterials Journal*. 2014;5:1-9. DOI: 10.2174/1876502501405010001
4. Worni A, Katsoulis J, Kolgeci L, Worni M, Mericske-Stern R. Monolithic zirconia reconstructions supported by teeth and implants: 1- to 3-year results of a case series. *Quintessence Int*. 2017;48:459–467. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S157118>

Бачинская Ю.В.

Роль хронической сердечной недостаточности в возникновении фибрилляции предсердий

*ФГБОУ ВО "Оренбургский государственный медицинский университет"
(Россия, Оренбург)*

doi:10.18411/sciencepublic-15-11-2019-02

idsp: sciencepublic-15-11-2019-02

На сегодняшний день фибрилляция предсердий (ФП) занимает одно из ведущих мест среди всех нарушений сердечного ритма, нередко приводя к сердечно-сосудистым катастрофам в виде острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта). Именно из-за возможности развития грозных осложнений ФП в настоящее время отнесена к заболеваниям, непосредственно ассоциирующимся с высоким уровнем сердечно-сосудистой смертности. Согласно различным источникам распространенность данного вида нарушения сердечного ритма составляет в среднем 1-2%, однако данное значение существенно увеличивается с возрастом: от <0,5% в возрасте 40-50 лет до 5-15% в возрасте 80 лет.

Целью данного исследования является изучение влияния хронической сердечной недостаточности на возникновение фибрилляции предсердий.

Материалы и методы исследования: были изучены 112 историй болезни пациентов с ФП, средний возраст которых составлял 60 лет [54,0;75,0]. Статистической оценке подвергались следующие параметры: пол, возраст, наличие сопутствующей

патологии в виде ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), её стадии и функционального класса, а также патологии щитовидной железы в виде гипо- и гипертиреоза, ожирения и наличия сахарного диабета. Данные обрабатывали в программе Statistical10.0, непосредственно в подсчетах использовали критерий Фишера. Различия считали статистически значимыми при уровне критерия Фишера (p) $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения: 112 пациентов были разделены на две равные группы в зависимости от формы фибрилляции предсердий: по 56 человек с впервые выявленной ФП и пароксизмальной формой ФП. Распределение женщин и мужчин по группам было следующим: в первой группе – по 28 человек (25%), во второй группе – 27 (24,1%) и 29 (25,9%) соответственно. Статистически значимого влияния пола на возникновение фибрилляции предсердий получено не было, критерий Фишера составил 0,41. Наличие хронической сердечной недостаточности в группах было следующим: в 1 группе ХСН страдали 46 человек (41%), ХСН отсутствовала у 10 человек (9%), во 2 группе ХСН имели 54 человека (48%) и у 2 пациентов (2%) ХСН отсутствовала. Критерий Фишера при этом составлял $p = 0,017$. Изучая стадии ХСН и ее функциональные классы было выявлено статистически значимое влияние на возникновение фибрилляции предсердий лишь стадий ХСН ($p = 0,015$), причем при прогрессировании стадий данное влияние усиливалось. Так как, при изучении остальных параметров статистически значимые результаты не были получены, в данную статью включать мы их не стали.

Заключение. Таким образом, данные, полученные нами в ходе исследования, свидетельствуют о том, что фибрилляция предсердий достоверно чаще возникает при наличии хронической сердечной недостаточности у пациентов (критерий Фишера $p = 0,017$). Причем при прогрессировании стадии ХСН данное влияние значительно возрастает. Следовательно, при проведении своевременной профилактики хронической сердечной недостаточности можно избежать возникновения нарушения сердечного ритма по типу фибрилляции предсердий.

1. Александрова Л.Н. Особенности возникновения и течения фибрилляции предсердий у пациентов различного возраста // Диссертация. Санкт-Петербург, 2012г. – с. 23.
2. Кушаковский, М.С. Аритмии сердца / М.С. Кушаковский. — СПб.: Фолиант, 2004г. – с. 520.
3. Фомина И.Г. Нарушения сердечного ритма. М., «Русский врач», 2003. – с.192.

Беганская Н.С., Аникин В.В., Изварина О.А., Николаева Т.О., Кожевникова А.Д.
Особенности наблюдения в клинике за больными с пролапсом митрального
клапана при соединительнотканной дисплазии

*ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Россия, Тверь)*

doi:10.18411/sciencepublic-15-11-2019-03

idsp: sciencepublic-15-11-2019-03

Как известно, синдром дисплазии соединительной ткани (ДСТ) представляет собой системное нарушение структуры и функции мезенхимальных структур, обуславливая широкое разнообразие клинической симптоматики, что объясняет актуальность изучения данной патологии в течение многих лет [2]. Довольно распространенным кардиальным проявлением ДСТ является пролапс митрального клапана (ПМК), клинические особенности которого также весьма многообразны [1]. Так, наряду с кардиальными проявлениями, ПМК характеризуется изменениями со стороны различных органов и систем, в том числе и иммунного статуса, что косвенно

подтверждается, в частности, высокой обращаемостью больных за амбулаторной медицинской помощью по поводу острых респираторных или обострений хронических заболеваний верхних дыхательных путей [3]. В связи с этим анализ клинико-иммунологических особенностей у больных с ПМК имеет важное практическое значение.

С целью выявления особенностей клинического наблюдения при первичном ПМК проведено комплексное клинико-иммунологическое обследование лиц с данной патологией, включавшее определение содержания сывороточных иммуноглобулинов А, М, G методом радиальной иммунодиффузии («Имтек») и сывороточных цитокинов (интерлейкин-6, интерлейкин-10) с помощью иммуноферментного анализа («Цитокин»).

Помимо характерных для ПМК жалоб (кардиалгии, сердцебиение, проявления астено-невротического синдрома) многие больные сравнительно часто переносили ОРВИ. У половины опрошенных ОРВИ наблюдались до 2-3 раз в год. Повышение среднегодовой заболеваемости до 4-5 случаев в год выявилось у 28,6% больных, а 16,2% обследованных отмечали еще более высокую частоту (до 6-8 раз в год) ОРВИ. В свою очередь, хронические заболевания верхних дыхательных путей и ЛОР-органов, такие как хронический гайморит, хронический ринит, хронический тонзиллит, хронический фарингит, отмечены у 41,9% обследованных. Иммунологическое обследование больных с ПМК при ДСТ обнаружило существенные изменения гуморального иммунитета: у 18,9% больных был снижен уровень сывороточного иммуноглобулина А (Ig A) и у 8,9% - иммуноглобулина М (Ig M). При этом в целом среди лиц с ПМК уровень этих фракций иммуноглобулинов был существенно ниже по сравнению со здоровыми. Выявлено, что учащение среднегодовой заболеваемости ОРВИ ассоциируется с уменьшением содержания в сыворотке крови иммуноглобулинов А ($r = -0,3$) и М ($r = -0,6$). Аналогичная выраженная закономерность выявляется при хронической патологии верхних дыхательных путей и ЛОР-органов. При изучении цитокинового профиля из 62 обследованных у 24 (38,7%) имелся повышенный уровень сывороточного противовоспалительного ИЛ-10, тогда как содержание провоспалительного ИЛ-6 у больных с ПМК не отличалось от его уровня у здоровых лиц. Вместе с тем, уровень ИЛ-10 в сыворотке крови понижался с уменьшением частоты заболеваемости ОРВИ. Так, у пациентов, отмечающих более трех случаев болезни в год, содержание ИЛ-10 в 1,3 раза превышало ($12,6 \pm 3,37$ пг/мл) его концентрации у больных с более редкой заболеваемостью ($16,42 \pm 1,6$ пг/мл) при $p < 0,05$. Возможно, повышенный уровень ИЛ-10 в данной ситуации имеет адаптационный характер, направленный на подавление инфекционного воспаления.

Таким образом, первичный ПМК характеризуется наличием иммунного дисбаланса, проявляющегося рядом изменений в системе гуморального иммунитета и цитокинового профиля, вероятно, обуславливающих клинические особенности данной патологии в виде большой частоты респираторных инфекционных заболеваний и очагов хронической инфекции верхних дыхательных путей и ЛОР-органов по сравнению со здоровыми лицами, что необходимо учитывать в клинической практике, определяя тактику ведения больных с назначением адекватных лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

1. Беганская, Н.С. Роль комплексного подхода в оценке соматического здоровья больных с первичным пролапсом митрального клапана / Н.С. Беганская // Материалы I Международного научно-образовательного форума молодых кардиологов «Кардиология: на стыке настоящего и будущего». – Самара. – 2012. – С.93-94.

2. Земцовский, Э.В. Наследственные нарушения соединительной ткани. Синдром соединительнотканной дисплазии сердца. Спорные вопросы и возможные решения / Э.В. Земцовский // Кубанский научный медицинский вестник. – 2009. - №6. – С. 51-54.
3. Ягода, А.В. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани, ассоциированная с хроническими заболеваниями ЛОР-органов: особенности фенотипа и уровень сывороточных цитокинов / А.В. Ягода, Н.Н. Гладких, А.Б. Семенова // Медицинская помощь. – 2007. - №2. – С. 29-32.
4. Vahanian, A. The new ESC/EACTS guidelines on the management of valvular heart disease / A. Vahanian, B. Lung // Arch.Cardiovasc.Dis. – 2012. – Vol. 105(10). – P. 465-467.

**Руина О.В., Строганов А.Б., Османов А.М., Курушин А.М., Шпрыкова О.Н.,
Меньшикова С.Н., Ждакова Н.А., Тотмина Т.Б., Дудукина Ю.А., Козлова Е.А.,
Зайцева Е.И.**

Взаимосвязь потребления антибиотиков и локальной микробиоты

*ФГБОУ ВО «Приволжский Исследовательский Медицинский Университет» МЗ
РФ*

*ГБУЗ НО «Городская клиническая инфекционная больница №2»
(Россия, Н. Новгород)*

doi:10.18411/sciencepublic-15-11-2019-04

idsp: sciencepublic-15-11-2019-04

Аннотация

Изучено потребление антибактериальных препаратов резерва, назначаемых решением врачебной комиссии с участием врача – клинического фармаколога, в отделениях многопрофильной больницы. Выявлена зависимость потребления данных препаратов от профиля отделения и хэарактера выделяемой микробиоты. Наибольшее количество антибиотиков резерва потребляется в отделении трансплантации, где часто выделяются микробные патогенны с высоким уровнем устойчивости к препаратам, наименьшее – в терапевтических, гинекологическом отделениях, отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения.

Ключевые слова: антибиотики, микробиота, резистентность, потребление.

Введение. На сегодняшний день антибиотикорезистентность является глобальной проблемой – не только общероссийской, но и общемировой [1]. Риск селекции антибиотикорезистентных штаммов в отделении, повышается при частом и длительном применении антибиотиков [2]. Поэтому подбор антибиотикотерапии для таких пациентов является актуальной задачей, ее решению посвящено много исследовательских работ [3, 4, 5]. Актуальным является изучение потребления антибактериальных препаратов в зависимости от профиля отделения и данных микробиологического мониторинга.

Цель и задачи: Изучение потребления антибактериальных препаратов резерва в отделениях многопрофильной больницы, соотнесение результатов с данными микробиологического мониторинга, разработка возможных путей оптимизации антибиотикотерапии.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе многопрофильного стационара г. Н. Новгорода, оказывающего как терапевтическую, так и высокотехнологичную хирургическую помощь. Изучалось потребление антибактериальных препаратов резерва, назначаемых решением врачебной комиссии с участием клинического фармаколога, за 2017 г. К антибактериальным препаратам резерва были отнесены: пиперациллин/тазобактам, цефоперазон/сульбактам, цефепим и цефтазидим, респираторные фторхинолоны, карбапенемы, гликопептиды, оксалидиноны, полимиксины, глицилциклины, а также все инъекционные системные антимикотики.

Исследование потребления антибактериальных препаратов проведено с помощью DDDs – анализа, рассчитанного по рекомендованной ВОЗ методике. DDD-анализ – метод фармакоэпидемиологического анализа, позволяющий оценить уровень потребления лекарственных средств. Метод основан на расчете количества использованных средних суточных доз лекарственного средства (DDD) за анализируемый период времени относительно 100 койко-дней в стационаре. [6].

Произведен также анализ микробных патогенов, выделенных в отделениях центра. Для обработки материала использовали программу WHONET 5.4. Намечены пути оптимизации антибиотикотерапии.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что наибольшее количество антибактериальных препаратов резерва потребляется в отделении трансплантации органов - DDD составило 1936, при общем объеме потребленных доз 5210. Таким образом, отделение трансплантации органов за год потребило более одной трети от всех антибактериальных препаратов резерва. В урологических отделениях уровень потребления составил 1127 и 740 DDD соответственно, в онкологическом хирургическом отделении – 784 DDD. В гинекологическом отделении уровень потребления антибиотиков резерва составил 107 DDDs, в отделениях терапии – 208 и 81 DDD соответственно, в отделении рентгенохирургических методов лечения – 32 DDD.

При анализе микробиологического пейзажа выявлено, что в целом по стационару преобладает грамотрицательная флора (в 60%). В отделении трансплантации органов значительную микробиологическую нишу занимают грибы рода *Candida*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca*, *Escherichia coli*, неферментирующие микроорганизмы. При анализе микробной резистентности выявлены штаммы с высоким и экстремальным уровнем устойчивости к антибиотикам, а также грибы рода *Candida*, устойчивые к флуконазолу. Более 70% штаммов семейства *Enterobacteriaceae* вырабатывали бета-лактамазы расширенного спектра, что обуславливало их устойчивость к целому ряду антибактериальных препаратов: цефалоспоринов I – III поколений, амоксициллина/клавуланату, ципрофлоксацину, аминогликозидам. Выделялись также карбапенемрезистентные возбудители инфекций, требующие терапии тигециклином, полимиксином в комбинации с азтреоном и аминогликозидами.

В онкологическом и урологических отделениях имели место сходные закономерности, однако уровень продуцентов бета-лактамаз расширенного спектра в среднем составлял не более 60%, доля карбапенемрезистентных грамотрицательных возбудителей ограничивалась единичными штаммами.

Наиболее благоприятный микробиологический пейзаж имел место в гинекологическом и терапевтическом отделениях, а также в отделении рентгенохирургических методов лечения. Здесь превалировала грамположительная флора, доля метициллинрезистентных стафилококков составила не более 15%. Таким образом, для терапии пациентов данных отделений оптимально назначение антибиотикопрепаратов первого ряда: пенициллинов, цефалоспоринов I – III поколений, ципрофлоксацина, офлоксацина. Не рекомендовано начинать терапию с препаратов резерва.

Выводы. Потребление антибактериальных препаратов коррелирует с данными микробиологического мониторинга в отделениях. Схемы стартовой антимикробной терапии следует разрабатывать для каждого отделения индивидуально.

1. Гельфанд Б.Р., Яковлева С.В. Савельева В.С. Стратегия и тактика применения антимикробных средств в лечебных учреждениях России: Российские национальные рекомендации. М: Компания «БОРГЕС». 2012; 92 с.

2. Козлов С.Н., Козлов Р.С. Современная антимикробная химиотерапия: Руководство для врачей. 3-е изд.; перераб. и доп. М.: Медицинское информационное агентство. 2017; С.400
3. Атдурев В.А., Гасраталиев В.Э., Ледаев Д.С., Амиев З.В., Данилов А.А., Мамедов Х.М., Кушаев З.К., Любарская Ю.О. Тридцатидневные осложнения радикальной цистэктомии и факторы, влияющие на их развитие. Онкоурология. 2017;3(13):95-102.
4. Бабаев С. Ю. Руина О. В. Митрофанова Н. Н. Строганов А. Б. Сравнительный мониторинг антибиотикорезистентности микрофлоры многопрофильных стационаров в городах Пенза и Нижний Новгород. МЕДИЦИНСКИЙ АЛЬМАНАХ № 3 (43) сентябрь 2016 С.67-70
5. Витик А. А., Суханова Н. В., Пыленко Л. Н. Этиология и антибиотикорезистентность возбудителей нозокомиальных инфекций в гнойно-септическом отделении анестезиологии и реанимации. Университетская медицина Урала 2017. №2. С. 40-44.
6. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013. Suggested citation: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013. Oslo, 2012.

Сагина О.В.¹, Забалуева Э.Ю.²

Результаты социологического исследования в аспекте заболеваемости тканей пародонта у женщин с нарушением гормонального статуса

¹ *ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А.Семашко»*

² *МКДЦ ФГБНУ «Научный центр неврологии»
(Россия, Москва)*

doi:10.18411/sciencepublic-15-11-2019-05

idsp: sciencepublic-15-11-2019-05

Аннотация

В клинических наблюдениях давно установлено сочетание соматической патологии с различными формами заболеваний тканей пародонта. Особый интерес в этом направлении вызывает гормональный статус, поскольку при гормональном сбое происходят нарушения в гормональном фоне человека.

Ключевые слова: заболевания тканей пародонта, гормоны, заместительная гормональная терапия

Abstract

In clinical observations, the combination of somatic pathology with various forms of periodontal tissue diseases has long been established. Of particular interest in this direction is the hormonal status, since hormonal failure occurs in the hormonal background of a person.

Keywords: periodontal tissue diseases, hormones, hormone replacement therapy

Заболевания тканей пародонта были и остаются одними из самых распространенных заболеваний полости рта. Это объясняется большим количеством факторов, которые могут их вызывать, как экзогенного, так и эндогенного характера.

В последние десятилетия отмечается огромный прогресс в направлении исследования связей между заболеваниями тканей пародонта и общим здоровьем человека. Главным образом, данные исследования сфокусированы на выявлении механизмов взаимосвязи и возможности позитивного влияния лечения заболеваний тканей пародонта на общее состояние организма. Изучение влияния различных системных факторов на механизм локальной морфофункциональной тканевой реакции является на сегодняшний день актуальной проблемой пародонтологии, в связи с чем, оценка роли гормональной регуляции в функциональном состоянии тканей пародонта уже давно привлекает внимание исследователей. Гормоны являются специфическими регуляторными молекулами, определяющими размножение, рост и развитие организма, поддержание его внутренней среды, а также производство, использование и хранение энергии. Гормоны ответственны как за физиологические, так, при определенных условиях, и патологические изменения почти во всех типах тканей тела.

В клинических наблюдениях давно установлено сочетание соматической патологии с различными формами заболеваний тканей пародонта. Особый интерес в этом направлении вызывает гормональный статус, поскольку при гормональном сбое происходят нарушения в гормональном фоне человека.

Физиологические изменения, связанные с половыми гормонами, ведут к повышению проницаемости капилляров и увеличению объема тканевой жидкости, что при наличии зубного налета приводит к возникновению заболеваний тканей пародонта и в частности пародонтита. В последние десятилетия наблюдается тенденция постоянного роста заболеваемости населения генерализованным пародонтитом. Имеется существенный рост числа пациенток с быстро прогрессирующей формой среди общей численности лиц с пародонтитом.

Объектом исследования стали женщины в возрасте от 18 до 59 лет. После осмотра и консультации гинекологом-эндокринологом, а также с помощью специально разработанной анкеты-опросника для пациенток разных возрастных групп нами были выявлены различные гинекологические синдромы и заболевания, с нарушением менструального цикла или без такового (эндометриоз, миома матки, гиперплазия эндометрия, преждевременная недостаточность яичников, гипогонадотропная аменорея, климактерический синдром).

Анкета содержала вопросы, направленные на определение гормонального статуса женщин, использования ими комбинированных оральных контрацептивов (КОК), состояние тканей пародонта.

Были сформированы критерии включения/исключения. Критериями включения в исследование являлись: наличие хронического генерализованного пародонтита и информированное согласие на обследование и лечение.

Критерии исключения: миомы больших размеров (более 12 недель), тяжелая соматическая патология, злокачественные заболевания любой локализации, необходимость экстренного оперативного вмешательства на органах репродуктивной системы, отсутствие мотивации к лечению, беременность во время исследования.

Основные группы сравнения были сформированы из 114 пациенток и распределены по группам:

- Репродуктивный возраст ($26,2 \pm 4,2$ лет) – 46%;
- Поздний репродуктивный ($39,72 \pm 2,5$ лет) – 18%;
- Ранняя менопауза ($47,0 \pm 2,5$ лет) – 12%;
- Менопаузальный переход ($47,6 \pm 2,5$ лет) – 12%;
- Постменопауза ($56,3 \pm 1,4$ лет) – 12%.

Изучение ответов женщин на вопросы, касающиеся наличия кровоточивости десен, выявило следующие данные. У 60,7% респонденток 1 группы, 50,0% у женщин 2 группы, 37,1% - 3, 16,7% - 4, 14,5% - 5 отмечали кровоточивость десны в подростковом возрасте. 28,5% женщин из 1 группы отмечали кровоточивость десны во время беременности, 70,0% - из 2 группы, 100,0% - из 3, 4, 5 групп.

По результатам социологического опроса можно сделать вывод, что с преждевременным наступлением климакса (до 45 лет) чаще наблюдаются заболевания тканей пародонта (81,1%), а при своевременном наступлении климакса эта патология возникает реже (55,3%). Изменения гормонального фона, сопровождающиеся повышением уровня женских гормонов, всегда вызывают рост числа бактерий, живущих в ротовой полости и провоцируют развитие генерализованного пародонтита.

Таким образом, половые гормоны оказывают серьезное влияние на возникновение, течение и прогрессирование заболеваний тканей пародонта. Характер и степень воздействия гормонов зависят от пола, возраста и периода жизни пациента. Очевидно, что не все пациенты одинаково реагируют на одну и ту же концентрацию половых гормонов в крови. Следует отметить, что отрицательное

влияние снижения концентрации половых гормонов на заболевания тканей пародонта может быть минимизировано заместительной гормональной терапией.

1. Атрушкевич В.Г. , Забалуева Э.Ю. , Зорян Е.В. , Несеяева Е.В. Состояние тканей пародонта на фоне гормонального дисбаланса у женщин // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2012. - № 3. - С. 21-22.
2. Кильмухаметова Ю. Х., Батиг В. М., Абрамчук И. И. Заболевания пародонта на фоне соматических патологий // Молодой ученый. — 2017. — №26. — С. 57-62
3. Сметник В.П. Эстрогены: от синтеза до клинического применения / Под. ред. В.П. Сметник - М.: Практическая медицина, 2012. - 176с.
4. Amar S., Chung K.M. Influence of hormonal variation on the periodontium in women. Periodontology 2000; 6: 79—87.

Сметанин В.Н.

Гигиена рук медицинского персонала — основная мера в профилактике ИСМП

Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П.

Павлова

(Россия, Рязань)

doi:10.18411/sciencepublic-15-11-2019-06

idsp: sciencepublic-15-11-2019-06

Гигиена рук — это первоочередная мера инфекционного контроля, доказавшая высокую эффективность в предотвращении инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и распространении антимикробной резистентности патогенных микроорганизмов. Еще в 1847 году И.Ф. Земмельвейс провел одно из первых в истории медицины аналитических исследований и убедительно доказал, что деконтаминация рук медицинского персонала перед инвазивными вмешательствами — важнейшая процедура, позволяющая предупредить возникновение ВБИ.

ИСМП поражают 5–10% пациентов, находящихся в стационарах, и занимают десятое место в ряду причин смертности населения.

По данным многочисленных исследований одним из основных факторов распространения инфекции в ЛПУ являются руки медицинского персонала. Также доказано, что увеличение частоты соблюдения гигиены рук коррелирует со снижением частоты ИСМП и распространения антибиотикорезистентных штаммов. Мировая практика показывает, что качественная гигиена рук проводится лишь в 40,0%, т.е. из 10 случаев, при которых она необходима, лишь в четырех. Это связано, в первую очередь, с отсутствием достаточных знаний и навыков по технике обработки рук и должной мотивации у персонала. Из других причин — это недостаток времени, отсутствие необходимых условий, наличие проблем с кожей рук и профессиональных дерматитов, а также недостаток финансирования этого направления и в результате приобретение некачественных антисептиков или в меньшем количестве, чем потребность в них. Вместе с тем, гигиена рук это не только мытье и дезинфекция, но и уход за руками, а также рациональный выбор кожных антисептиков, мыла, средств по уходу.

Однако даже сегодня проблема обработки рук медицинских работников не может считаться решенной до конца. Исследования, проведенные ВОЗ, показали, что недостаточное соблюдение правил гигиены рук медперсоналом наблюдается как в развитых, так и в развивающихся странах. В п. 12.4.1. СанПин 2.1.3.2630–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» определены научно-обоснованные показания к гигиенической обработке рук:

- перед непосредственным контактом с пациентом;
- после контакта с неповрежденной кожей пациента (например, при измерении пульса или артериального давления);

- после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками;
- перед выполнением различных манипуляций по уходу за пациентом;
- после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;
- после лечения пациентов с гнойными воспалительными процессами, после каждого контакта с загрязненными поверхностями и оборудованием [8].

Аналогичные требования к необходимости проведения гигиены рук выставляет и руководство ВОЗ.

Практический опыт и огромное количество публикаций, посвященных проблеме гигиены рук медицинских работников, показывают, что эта проблема и более чем через полторы сотни лет после того, как она была поднята И.Ф. Земмельвейсом, не может считаться решенной. И сегодня большинство возбудителей инфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения переносится посредством рук медицинских работников. Это связано с контактом с контаминированными предметами окружающей среды учреждений здравоохранения и с несоблюдением требований гигиенической обработки рук медицинским персоналом, недостаточной эффективностью используемых антисептических средств [1, 3].

Гигиена рук способствует уменьшению загрязнения транзитной флорой – этого можно достичь путем мытья рук или обработки их антисептиками. Идеальный метод не должен требовать много времени, но должен уменьшать загрязнение рук до максимально низкого уровня, не оказывая при этом существенного побочного действия на кожу медицинского персонала.

Результаты проведенных исследований показывают, что невыполнение требований по гигиенической обработке рук происходит из-за невозможности или нежелания медицинских работников следовать рекомендациям по гигиене рук. Средний показатель соблюдения гигиены рук обычно не превышает 50%. По данным различных многочисленных исследований, общее количество проведенных гигиенических обработок рук в отделениях интенсивной терапии (ОИТ) составляет в среднем 38% при экстремальных значениях от 5 до 81%, в хирургических отделениях – 28%, в педиатрических отделениях оно традиционно более высокое – 40% [3 – 6].

В большинстве наблюдений медицинские сестры чаще выполняли правила гигиены рук, чем врачи. Причина этого неизвестна; возможно, врачи считают, что гигиена рук – слишком простая мера, чтобы она давала существенный эффект. Таким образом, ключевым моментом становится уровень знаний по профилактике ИСМП, требований к гигиене рук и использованию перчаток.

Соблюдение рекомендаций по гигиене рук зависит не только от готовности медицинского персонала выполнять гигиенические требования, но и от времени, необходимого на эту процедуру, которого, как правило, не хватает. Одной из немаловажных проблем является также обеспечение адекватного ухода за кожей рук медицинского персонала.

Опрос медицинского персонала, проведенный в отделениях различного профиля родильных домов, стационаров для взрослых и детей показал, что в разных отделениях лишь от 16 до 80% работников обучались гигиене рук. Правильно указали ситуации, при которых необходимо проводить гигиену рук, только 56 – 86% персонала. В некоторых отделениях 58% медицинского персонала отметили, что для гигиены рук, не хватает времени, 59% – что антисептик портит кожу, и 37% – что вместо гигиены рук используются перчатки.

Кроме того, во многих стационарах еще не перешли к современным требованиям проведения гигиены рук с помощью спиртовых антисептиков. Для отказа

от мытья рук с мылом и перехода на обработку их спиртовым антисептиком отмечено несколько причин:

- спиртовой антисептик меньше повреждает кожу, чем мыло и вода, и поэтому хорошо воспринимается медицинским персоналом
- спиртовой антисептик более эффективен в уничтожении транзитной микрофлоры, чем вода и мыло. Вода и мыло снижают количество транзитной флоры примерно в 1000 раз (3 log редукции), и они менее эффективны по отношению к золотистому стафилококку, чем к грамотрицательным бактериям. Спиртовой антисептик редуцирует флору в 10 000 раз (4 log редукции) и одинаково эффективен по отношению к грамотрицательным и грамположительным бактериям
- обработка рук спиртовым антисептиком занимает меньше времени, чем мытье рук водой с мылом
- при отсутствии видимого загрязнения мытье рук перед обработкой спиртовым антисептиком не повышает эффективности очистки рук по сравнению с обработкой только спиртовым антисептиком [7].

Кроме того, антисептики можно располагать непосредственно в местах оказания медицинской помощи.

Таким образом, создается возможность гигиенической обработки рук сразу после их вероятной контаминации, а также это экономит время на перемещение к раковине. – В отличие от мытья рук с мылом, обработка рук антисептиком не требует их вытирания и контакта с санитарно-техническим оборудованием, что предотвращает реконтаминацию рук после обработки. – Применение антисептиков не приводит к микробному загрязнению одежды медицинских работников (при мытье рук с мылом брызги с раковины могут попадать на одежду и контаминировать ее). Таким образом, мыть руки водой и мылом надо в случаях: – когда руки явно загрязнены, запачканы кровью или другими биологическими жидкостями, – после посещения туалета, – если недоступен антисептик для гигиены рук.

Гигиена рук и использование перчаток медицинскими работниками в настоящее время рассматриваются не только как основные меры предупреждения распространения ИСМП, но и как меры предупреждения селекции устойчивых к антимикробным препаратам возбудителей данной патологии в учреждениях здравоохранения [4].

В СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» отражены показания и методика проведения гигиены рук медицинского персонала и правила использования перчаток [8], но и они требуют приведения в соответствие с международными рекомендациями. Кроме того, нет официально утвержденных требований и рекомендаций по проведению мероприятий по внедрению гигиены рук, отсутствуют методики оценки качества соблюдения гигиены рук и использования перчаток.

Чтобы добиться успеха в области профилактики ИСМП, необходимо информировать медицинский персонал о данной проблеме и обеспечить финансирование мероприятий по гигиене рук медицинских работников в учреждениях здравоохранения.

1. Зуева Л.П., ред. Рекомендации по мытью и антисептике рук. Перчатки в системе инфекционного контроля. Санкт-Петербург: СПбГМА; 2006.
2. Щербук Ю.А., ред. Рекомендации по организации гигиены рук медицинских работников. Санкт-Петербург; 2010.
3. Венцель Р., Бревер Т. Руководство по инфекционному контролю в стационаре. Бутцлер Ж.-П., ред. Смоленск: МАКМАХ; 2003.
4. WHO guidelines on hand hygiene in health care: a summary. First global patient safety challenge clean care is safer care. Geneva. World Health Organization; 2009.

5. Pittet D., Sauvan V., Perneger T. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. Presented at the Conference of the Society for Healthcare Epidemiology of America. San Francisco; 1999.
6. Kaplan L.M., McGuckin M. Increasing handwashing compliance with more accessible sinks. Infect. Control. 1986; 7: 408 – 410.
7. Ojajarvi J. Effectiveness of hand washing and disinfection methods in removing transient bacteria after patient nursing. J. Hyg (Lond). 1980; 85: 193 – 203.
8. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 N 58 (ред. от 10.06.2016) "Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность". М., 2010.
9. Федеральные клинические рекомендации по выбору химических средств дезинфекции и стерилизации для использования в медицинских организациях, под ред. Н.В.Шестопалова. М., 2015.
10. Гигиена рук медицинского персонала. Федеральные рекомендации.-/ Любимова А.В., Зуева Л.П., Голубкова А.А., Техова И.Г./ - М., 2014 – 31 с.

Халилов Н.Г.

**Роль обязательного медицинского страхования в разработке методов
лекарственного обеспечения населения**

*Азербайджанский Медицинский Университет
(Азербайджан, Баку)*

doi:10.18411/sciencepublic-15-11-2019-07

idsp: sciencepublic-15-11-2019-07

Предоставление лекарств населению в ряде стран включено в программу системы Обязательного Медицинского Страхования (ОМС) [1]. Страховые компании оплачивают счета застрахованным лицам для оплаты лекарств. В результате они участвуют в разработке и внедрении методов регулирования цен на лекарства [2]. Уровень регулирования цен на лекарства варьирует в разных странах. Одной из основных задач, стоящих перед здравоохранением Азербайджанской Республики в области охраны здоровья является обеспечение населения лекарственными препаратами ОМС [3,4].

Цель исследования. Изучение участия системы обязательного медицинского страхования в обеспечении населения лекарствами в Евлахском районе Азербайджанской Республики.

Объект и методы. Объектом исследования является научно – обоснованное изучение лекарственного обеспечения, которое является одним из наиболее важных вопросов в системе обязательного медицинского страхования в Азербайджанской Республике . В этом вопросе ситуационный анализ будет целесообразным. Административные районы Евлахского района были реализованы в форме пилотного проекта ОМС [5]. Анкета была отправлена в Евлахский РЦК для определения количества респондентов.

Во время анкетирования использовались открытые и устные вопросы.

Количество людей, которые будут опрошены в Евлахском районе, должно быть рассчитано по следующей формуле:

$$n = \frac{1}{\frac{0,05 \times 0,05}{0,2(1-0,2) \times 1,96 \times 1,96} + \frac{1}{n_0 450}} = 390 \text{ человек}$$

Результаты и обсуждение. Согласно опросу, распределение по возрасту пилотного проекта ОМС в Евлахском районе выглядит следующим образом: из 390 человек 195 были в возрасте 50-80 лет, 55 человек - 31-49 лет, 98 человек - 14-30 лет, 42 человека - 1-9 лет. Самому старшему пациенту было 80 лет.

Женщины составили - 257 (66%), а мужчины - 133 (34%) человек.

На вопрос респондентам Евлахского района «можете ли вы оплачивать» лекарственные расходы за счет обязательного медицинского страхования были получены следующие ответы: 148 человек полностью (38%), 242 человек частично (62%).

Количество обращаемых в аптеки в Евлахском районе было следующим: 140 человек - один раз в месяц, 90 - 2-3 раза в месяц, 35 - 4 раза в месяц и 25 – в редких случаях.

Выяснилось, что в Евлахском районе 129 человек могут получать лекарства за счет пенсии (33%), 66 – при помощи родственников (17%), 43 - из других источников (11%) и 152 – за счет месячной зарплаты (39%). Уровень удовлетворенности респондентов в Евлахском районе расходов на лекарства оценивается следующим образом: 53% (207) ответили «да», 11% (43) ответили «нет» и 36% (140) ответили «в зависимости от стоимости».

70% жителей Евлахской области удовлетворены деятельностью Агентства по лекарственному обеспечению. 148 человек (38%) полностью, а 242 (62%) частично покрывает потребность на лекарства за счет медицинского страхования. В Евлахском районе около 300 наименований препаратов используются пациентами, проходящими стационарное лечение.

Выяснилось, что расходы на здравоохранение на каждого человека населения в Евлахском районе составляют 114 манатов с инвестициями, а 93 маната без инвестиций.

В ходе исследования стало ясно, что 152 ($39,0 \pm 2,5$) человека используют ежемесячную заработную плату и 129 человек ($33,0 \pm 2,4$) пенсию, в качестве источника расходов на лекарства в Евлахском районе. На основании вышеизложенного, месячные зарплаты и пенсии являются основным источником расходов на лекарства.

Таким образом, администрация Евлахского района в качестве пилотного проекта по обязательному медицинскому страхованию показала, что население желает реализовать этот проект как можно скорее.

Вывод. Изучение приоритетной задачи в виде бесплатного доступа граждан к лекарствам через обязательное медицинское страхование показало, что желание населения бесплатного лечения и лекарств очень велико.

1. Вассерман Б.А. Особенности систем ценообразования и возмещения затрат стоимости лекарственных средств в некоторых европейских странах. Экономика здравоохранения.2001;7-8 (56):42-46
2. Бородин А.И. Перспективы развития Фармацевтической отрасли // Экономика здравоохранения.2012; 5:31-35
3. Козыкин С.М. Анализ фармацевтического рынка на основе системного подхода. Экономические науки.2011;10 (83):97-99
4. Халилов Н.Г. Анализ работ в сфере обязательного медицинского страхования в Азербайджане и фармацевтическое обеспечение. European Science. 2016;10(20):45-48
5. Указ Президента Азербайджанской Республики о дополнительных мерах по обеспечению применения обязательного медицинского страхования в административных районах Мингячевира и Евлахского района Баку, 28 декабря 2016 года

Aslanov P.R.

Cochlear implantation in Azerbaijan

*Azerbaijan State Institute of Improvement of Doctors named after A. Aliyev
(Azerbaijan, Baku)*

doi:10.18411/sciencepublic-15-11-2019-08

idsp: sciencepublic-15-11-2019-08

Cochlear implantation is considered to be the most effective solution for the correction of bilateral hearing loss with high hearing thresholds and deafness. The criteria for selecting

patients for this type of intervention are constantly expanding: today it is permissible to implant patients with so-called "residual hearing" at low frequencies or infants under the age of 1 year (up to 6 months). [1]

Congenital deafness is often combined with other pathological conditions, usually on the part of the Central nervous system (cognitive impairment, developmental delay, attention deficit), which complicate the subjective assessment of the adequacy of the cochlear implant system (CI) processor settings and reduce the effectiveness of the entire process of auditory-speech rehabilitation. The information content of such subjective responses depends on the patient's age, the duration of the "auditory experience" and cognitive characteristics of development. In such conditions, objective audiological tests are the solution to assess the effectiveness of the established parameters of electrical stimulation. At present, considerable experience has been gained in using the results of registration of the auditory nerve action potential (auditory nerve telemetry), electrically induced stapedial reflex, to configure the processor. For each method, a correlation with the threshold of maximum comfort – one of the most critical settings of the processor-is determined. Determination of this characteristic for each of the channels of stimulation of the implant (channel from each frequency group) in such cases is the basis for creating a basic tuning map, on the basis of which further modifications will be made taking into account the behavioral responses of patients.[2]

Model of complex support of the child after CI, including the following components: special educational needs of deaf implanted children; main stages of support; goals, objectives, content of each area of activity of specialists of the Center; complex of medical-technical and psychological-pedagogical conditions; forms, methods and techniques of correctional-pedagogical work; methods of complex examination; organization of interaction of specialists of the Center with teachers and educators of educational institutions; unification of efforts of teachers with a family in implementation of joint work on all-round development of the implanted child, provides efficiency of process of rehabilitation.[3]

Goal. Assessment of quality of life in children with bilateral sensorineural hearing loss of III-IV degree after unilateral cochlear implantation.

Methods. The survey was conducted among patients who CI more than 6 months., most of them with bilateral perceptive (sensorineural) hearing loss of III-IV degree due to congenital malformation of the inner ear. This required an adapted translation of the Glasgow Benefit Inventory (GBI) and Glasgow Children Benefit Inventory (GCBI) questionnaires in Azerbaijani. For this, GBI and GCBI performed the procedure of "forward-reverse translation".

Results. 87 patients aged from 1 to 12 years (average age $(2,4 \pm 1,2)$ years) with the diagnosis "bilateral chronic sensorineural hearing loss of IV degree, borderline with deafness, condition after unilateral cochlear implantation" were examined. Women accounted for 58.6% (51 people), men – 41.4% (36 people) of the total number of selected patients. The duration of the period of deafness on average was (5.2 ± 1.7) years (from 6 months. up to 10 years).

The study was carried out in three stages: during the activation of the speech processor CI, 3 and 9 months after that. All patients underwent: standard tuning of the cochlear implant speech processor, tonal threshold audiometry in NWP and speech audiometry using verbal articulation tables. It was found that the level of quality of life of patients in the study groups for all tested scales was above average (50% or more), while the majority of scales was below the control values. There were statistically significant differences between the indicators of patients of group I and subgroup II A (adult children who were able to independently assess the quality of life) in relation to the scales "emotional state" ($p < 0.01$) and "General health" ($p < 0.05$). Statistically significant differences were recorded when comparing the indicators of scales between group I (adult patients) and the control group with respect to the scales "physical functioning" ($p < 0.05$) and "social functioning" ($p < 0.01$). Comparison of indicators of subgroup II A (children able to independently assess the quality of life) and the control group revealed statistically significant differences, as in the first group with respect to

the scales " physical functioning " ($p < 0.01$) and " emotional state " ($p < 0.05$). When comparing the results of the questionnaire in dynamics in group I in two related samples, statistically significant differences ($p < 0.05$) were revealed in the calculation of indicators of six of the eight scales of the questionnaire: the scales "physical functioning", "role physical functioning", "role emotional functioning", "emotional state", "social functioning", as well as the scales of pain. When comparing the indicators obtained in the survey of parents (guardians) of patients of subgroup II B, a correlation between the indicators of questionnaires "cochlear implant functioning Index" and "auditory integration Scale" on the scales "speech perception in the background noise" ($p = 0.02$) and "communication at school" ($p = 0.001$) was revealed.

Conclusion. Evaluation of the survey results using GBI and GCBI showed that cochlear implantation has a beneficial effect on the quality of life of patients.

1. Кузовков В.Е. Современные хирургические подходы к проведению кохлеарной имплантации. Автореф....докт.мед.наук, Санкт-Петербург, 2011: 35
2. Кузнецов А. О. Критические параметры систем слуховой имплантации. Автореф. ...докт.мед.наук, Москва, 2017: 35
3. Тарасова Н.В. Комплексное сопровождение детей после кохлеарной имплантации в центре оториноларингологии. Автореф. ... канд. пед. Наук. Москва, 2010:20

Rasulova M.A.

Provision of dental care to persons with mental disorders

*Azerbaijan Medical University
(Azerbaijan, Baku)*

doi:10.18411/sciencepublic-15-11-2019-09

idsp: sciencepublic-15-11-2019-09

One of the important and unresolved issues in persons with severe mental illness is the provision of specialized dental care to this population, which is often due to their physical and mental state are not able to turn to the right specialists in time, and, despite a comprehensive examination and treatment, do not comply with medical appointments and rules for hygienic care of the oral cavity [1].

Thus, mental diseases and long-term use of tranquilizers, antidepressants, anticonvulsants cause negative changes in the autonomic nervous and endocrine systems, expressed disturbances in metabolic processes [2].

At the same time, the lack of proper hygienic care, violations in the functional state of the organs and tissues of the mouth significantly increase the risk of odontogenic foci of infection [3].

The aim of the research is to Assess the dental status of patients with mental disorders.

Methods. The study of 220 mentally ill and 208 practically healthy persons was conducted using CPI and CPITN indices to determine the level of prevalence and intensity of caries, periodontal diseases and to identify the need of the examined patients for complex dental treatment. Groups of patients are comparable in age: $n = 220$ -average age- $35,2 \pm 0,39$; $n = 208$ -average age- $34,3 \pm 0,40$, ($p = 0,1152$). The functional state of salivary glands and oral fluid was studied. The psycho-emotional status of patients was determined by us before the beginning of dental manipulations by the clinical and psychological method (spielberger-Hanin scale of assessment of the level of reactive and personal anxiety, 1970).

Results. In the main group, the number of patients with various forms of caries was 100%, while in the group of mentally healthy persons, the number of such was $91.8 \pm 1.90\%$ ($p = 0.0001$). Due to the high intensity of carious disease, especially the number of teeth removed, there was a rather high need for mental patients in dental prosthetics. The highest

level of intensity of Tartar deposition and deep pathological periodontal pockets was found in the main group. Peaks in salivation decline or hyposalivation were more often diagnosed in patients with mental illness. When assessing the frequency of occurrence of dental anomalies (PCA), deep bite and progenia occupied the highest proportion in both groups in relation to other types of anomalies, but in the main group the frequency of occurrence of cross bite was higher ($p=0.0151$). The rate of reactive anxiety during dental interventions in the main group was $50.1\pm 0.72\%$, compared to 31.6 ± 0.57 ($p<0.001$) in the control group. A similar pattern was observed when assessing the level of personal anxiety in the subjects.

The conducted clinical study and the results of the questionnaire show that the values of the high level of reactive anxiety in mentally ill and practically healthy individuals at the stages of treatment are markedly different. Taking into account the fact of the negative influence of somatic pathologies on the functional state of saliva, some of its structural parameters, including fluctuations in the pH of the oral fluid, were studied. In our studies in the control group, the pH value was recorded within the normal range. In the main group, the pH of the oral fluid was lower and there was a pronounced shift in the pH of saliva to the acidic side— 6.11 ± 0.030 versus 7.02 ± 0.041 in the control group ($p<0.001$). Thus, the presence of mental disorders and taking potent drugs leads to serious disturbances in the acid-alkaline balance of the oral cavity and its shift to the acidic side.

Conclusion. The results of the studies indicate a high level of incidence of inflammatory and destructive diseases of periodontal tissues and hard tissues of teeth in the main group of persons with mental disorders. The presence of the studied somatic pathology negatively affects the state of acid-base balance of saliva with its shift to the acidic side—and the frequency of development of dental anomalies. Key words: mental illness, dental caries, periodontitis, saliva, anomalies.

1. Kumar A., Kardkal A., Debnath S., Lakshminarayan J. Association of periodontal health indicators and major depressive disorder in hospital outpatients The Journal of Indian Society of Periodontology, 2015; 19 (5): 507-511
2. Nayak S.U., Singh R., Kota K.P. Periodontal Health among Non-Hospitalized Chronic Psychiatric Patients in Mangaluru City-India J Clin Diagn Res. 2016 Aug; 10(8): 40–43
3. Nayak SU, Nayak DG, Uppoor AS, Pai KK. Evaluation of cortisol levels in gingival crevicular fluid and saliva in anxious and non-anxious patients with chronic periodontitis. DentResJ. 2013;10:474–81

Salihova K.M.

Prevalence of different pathologies in the practice of a family doctor

*Azerbaijan State Institute Of Improvement Of Doctors named after A. Aliyev
(Azerbaijan, Baku)*

doi:10.18411/sciencepublic-15-11-2019-10

idsp: sciencepublic-15-11-2019-10

General practitioner (family doctor) - a specialist who has training in related specialties and is able to provide multidisciplinary outpatient care for the most common diseases and emergencies. Ophthalmology is one of the areas of medicine responsible for the prevention, diagnosis and treatment of eye diseases. [1, 2]

The incidence of myopia in the Nenets Autonomous district exceeds the average Russian level by 4 times, in the Chukchi Autonomous district-by 2 times, in the republics of Komi, Chuvashia, Altai, Sakha (Yakutia), Udmurtia, Mari El, Bashkortostan, Krasnoyarsk Krai, Kurgan region - by 1.5 times. At the same time, in the Chechen Republic, myopia is detected 2.5 times less often than in Russia as a whole.

The incidence of glaucoma, exceeding the national average by 2 times, was noted in the Ivanovo region, St. Petersburg, 1.5 times - in the Republic of Sakha (Yakutia), Kurgan, Kirov, Omsk regions, Nenets Autonomous district.

The indicator of blindness and low vision in the whole of the Russian Federation increased by 3%, while in the Pskov region there was a sharp increase in the indicator (7 times). The highest level of blindness and low vision is registered in the Altai Republic (10 times higher than the national average). Blindness and low vision are 2-3 times more common in the Voronezh, Omsk regions, Nenets Autonomous Okrug, the republics of Dagestan, Bashkortostan, North Ossetia-Alania. At the same time, there was a sharp decrease in the number of patients with blindness and low vision in the Republic of Ingushetia - 2.5 times, Karachay-Cherkess Republic - 2.7.

The incidence rate of ophthalmopathology among children in Russia was 13,242. 5, which is 3% higher than in 2011. The maximum level of morbidity among children (more than 2 times higher than the national average) was observed in the Nenets, Yamalo-Nenets Autonomous Okrug, Kurgan, Arkhangelsk, Murmansk regions, in St. Petersburg. The incidence is 3 times lower than the average in Russia, registered in Kabardino-Balkaria, Karachay-Cherkess, Chechen republics, Jewish Autonomous region, Lipetsk and Sakhalin regions.

In the structure of diseases of the eye and appendage among children, as well as among adults, myopia leads-34% (2.1 million cases, 4501.2 per 100 thousand children), conjunctivitis-16.6%, astigmatism-10%. Blindness and low vision from different causes among children in Russia are 29.3 thousand cases (110.0 per 100 thousand children).[3]

Purpose of research. To determine the level and nosological structure of the General morbidity of the population with diseases of the visual organs based on the materials of the circulation.

Materials and methods of research. The scope of observation was established by the continuous coverage of all units of observation in polyclinics (№3; 16; 17; 10; 5) Yasamal district of Baku, Azerbaijan Republic (total 25308 diagnoses, including 12759 diagnoses in men, 12549 diagnoses in women).

The dependence of the level of General morbidity on age was estimated on the basis of studying the variability of the morbidity index (y) with the sequence number of age (x) groups (0-4 years-1; 5-9 years-2; 10-14 years-3; 15-19 years-4; 20-29 years-5; 30-39 years-6; 40-49 years-7; 50-59 years-8; 60-69 years-9; 70 years and older-10).

The results obtained and their discussion. The level of total incidence of diseases of the visual organs was $109,1 \pm 0,7\%$ ($107,7 - 110,5\%$); the values of the indicator in the group of men ($114,3 \pm 1,0\%$; $112,3 - 116,3\%$) and women ($104,3 \pm 0,9\%$; $102,5 - 106,1\%$) they differed significantly from each other ($P < 0.05$), and the risk of General morbidity was relatively higher in the group of men (relative risk 1.1; attributive risk 10.0).

The frequency of diseases of the visual organs in the first place are diseases of the muscles of the eye, disorders of eye movement, accommodation and refraction (ICD-10 codes: N49-N52); per 1000 population accounts for 52.0 ± 0.5 cases of pathology of the noted category (51.0-53.0%). The level of General morbidity in men ($54,7 \pm 0,7\%$; $53,3 - 56,4\%$) and female ($49,4 \pm 0,6\%$; $42,8 - 50,6\%$) populations differ significantly from each other. The risk of General morbidity in the male population compared to the female population is greater. Among the diseases of the visual organs, the second place is occupied by diseases of the lens (ICD codes: H25 – H28); 15.3 ± 0.3 cases ($14.7 - 15.9\%$) of these pathologies per 1000 of the total population. In terms of the overall incidence of diseases of the lens male ($14,5 \pm 0,4\%$; $13,7 - 15,3\%$) and female ($16,1 \pm 0,4$; $15,3 - 16,9\%$) the population is significantly different from each other ($P < 0.05$), and the risk of morbidity is relatively higher among the female population (relative risk 1.11; attributive risk 1.6%).

The third place in the structure of the total incidence of diseases of the visual organs is occupied by conjunctival diseases (ICD codes: N10 – N13); per 1000 population there are 14.1 ± 0.2 cases of conjunctival pathology ($13.7 - 14.5\%$). In terms of the overall incidence of conjunctival diseases the difference between male ($14,7 \pm 0,4\%$; $13,9 - 15,5\%$) and female

(13,5±0,3‰; 12,9 – 14,1‰) the risk of General morbidity is greater among men compared to women (relative risk 1.09; attributive risk 1.2‰).

Glaucoma (ICD codes: H40 – H42) ranks fourth among the cases of total incidence of diseases of the visual organs, per 1000 population there are 8.2±0.2 cases of glaucoma. The overall incidence of glaucoma in the male (10.0±0.3) and female (6.5±0.2) populations differs significantly from each other.

The fifth place in the structure of the total incidence of diseases of the visual organs is occupied by diseases of the eyelids (ICD-10 codes: N00-N03). The overall incidence of eyelid disease was 5.1±0.2‰ for the entire population, 5.7±0.2‰ for the male population, and 4.6±0.2‰ for the female population. Visual disorders and blindness (ICD-10 codes: H53 – H54) occupy the sixth place in the structure of the total incidence of diseases of the visual organs of the population. The level of General morbidity of the population with visual disorders and blindness was 4.1±0.1%. The value of this indicator does not differ significantly in the male (4.3±0.2) and female (4.0±0.2) populations.

Diseases of the choroid and retina (ICD-10 codes: H30 - H36) occupy the seventh place in the structure of the total incidence of visual pathologies; per 1000 population accounts for 3.2±0.1 cases of these pathologies (3.0-3.6%). The value of the indicator in the male and female populations was the same (3.2±0.2‰).

Iridocyclitis and other diseases of the iris and ciliary body (ICD-10 codes: H20 – H21) occupy the eighth place in the structure of the total incidence of diseases of the visual organs, the level of total incidence of these pathologies was 1.8±0.1‰ for the entire population, 2.0±0.1‰ for the male population, 1.5±0.1

Keratitis, scarring, corneal opacity and other diseases of the cornea (ICD code: H16 – H18) occupy the ninth place in the structure of the total incidence of diseases of the visual organs. The level of General morbidity of these pathologies had no gender differences, per 1000 population there were 1.7±0.1 cases of diseases (1.5 -1.9%).

Diseases of the lacrimal apparatus occupy the tenth place in the structure of the General morbidity of the population with pathologies of the visual organs. The overall incidence rate was 1.3±0.1% for the entire population, 1.0±0.1% for the male population, and 1.5±0.1% for the female population.

Diseases of the vitreous body and the eyeball (ICD-10 code: N43-N45) occupy the eleventh place in the structure of the overall incidence of ocular pathologies; the incidence rate in the male and female populations is the same (1,0±0,1‰; 0,8 -1,2‰).

Thus, the incidence of diseases of the visual organs has gender characteristics (the overall incidence rate is higher among men), the structure of the incidence is dominated by disorders of accommodation and refraction (52,0±0,5), lens disease (15,3±0,3), conjunctiva (14,1±0,2), glaucoma (8,2±0,2). The gender difference is typical for the incidence of disorders of accommodation and refraction (the risk is greater among men), glaucoma (the risk is greater among men), diseases of the lens (the risk is greater among women) and other pathologies.

Conclusion. The General morbidity of the population with ocular pathologies is low in terms of appeal, which indicates the need for active use of primary health care resources to identify these pathologies. Therefore, it is necessary to use the potential of family medicine for the early detection of eye diseases.

1. Eye diseases in the practice of the family doctor: a textbook for students. Institute of postgraduate education (General practitioners / family doctors) / Comp. Grigorovich M. S., Vychugzhanina E. Yu., Abramova T. V., Kudryavtseva Yu. V., Rudakova E. V.-Kirov: Kirov state medical Academy, 2009: 113. [in Russian]
2. Zhdanova L. V. Syndrome of "red eye" in the practice of a family doctor . New St. Petersburg medical records. 2009; 2:77-80. [in Russian]

3. Neroev V. V. Organization of ophthalmological care to the population of the Russian Federation. Journal of ophthalmology. 2014; 130(6): 8-12[in Russian]
-

[illegible]

Научное издание

**Научный диалог:
Вопросы медицины**

Сборник научных трудов по материалам
XXI международной научно-практической конференции
15 ноября 2019 г.

SPLN 001-000001-0525-MQ

Подписано в печать 22.11.2019. Тираж 400 экз.
Формат. 60x84/16. Объем уч.-изд. л. 2,99
Бумага офсетная. Печать оперативная.
Отпечатано в типографии НИЦ «Л-Журнал»
Главный редактор: Иванов Владислав Вячеславович