

В тоже время опросник очень специфический и учитывает исключительно уровень активности пациента (По МКФ, 2001), то есть восстановление функции ходьбы\способности к самостоятельному прямохождению.

Список литературы

1. Всемирная Организация Здравоохранения Инсульт: программа возврата к активной жизни // ВОЗ. 2004. 256 с.
2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ. 2001. 342 с.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 788н Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых [Электронный ресурс]. URL: <http://www.garant.ru/hotlaw/federal/1413756/> (accessed: 19.10.2020).
4. Диагностика и реабилитация нарушений функции ходьбы и равновесия при синдроме центрального гемипареза в восстановительном периоде инсульта: клинические рекомендации \ неврология \ психиатрия. 2017. С. 9-21.
5. Кадыков А.С., Шахпаронова. М. Реабилитация после инсульта. 2017. 240 с.
6. Кревер К. Оценка методов исследования при инсульте // Лечебная физкультура и спортивная медицина. 2010. С. 46-53.

ИЗЖОГА КАК СИМПТОМ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Бурцева Е.А.

*ФГБОУ ВО «Пермский государственный
медицинский университет имени академика
Е.А. Вагнера» Минздрава РФ, Пермь,
e-mail: burtseva20@yandex.ru*

Неприятные ощущения изжоги, синоним – термин «heart burn» – «жжение сердца», ежемесячно испытывают более 60-ти миллионов людей. И если эти ощущения возникают чаще, чем один-два раза в неделю, то тогда они свидетельствуют о развитии патологических процессов. При длительном течении и без правильно подобранной терапии может возникнуть целый ряд тяжёлых заболеваний, в том числе гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, синдром Барретта, пептические язвы и кровотечения, стриктуры пищевода, рак пищевода.

Неприятные ощущения изжоги, синоним – термин «heart burn» («жжение сердца»), ежемесячно испытывают более 60-ти миллионов людей [3]. И если эти ощущения возникают чаще, чем один-два раза в неделю, то тогда они свидетельствуют о развитии ряда патологических процессов. Поэтому тема изжоги на сегодняшний день весьма актуальна.

Постоянное ощущение изжоги настолько неприятно, что многие пациенты оценивают свое качество жизни намного хуже, чем люди, страдающие ишемической болезнью сердца. Но опаснее выглядят последствия причин этого ощущения. Они проявляются в результате того, что на слизистую пищевода губительно влияет агрессивная кислая среда из желудка. Это так называемый рефлюкс-эзофагит – обратный заброс содержимого желудка в нижний отдел пищевода. При длительном течении и без правильно подобран-

ной терапии неминуемо развитие следующих заболеваний:

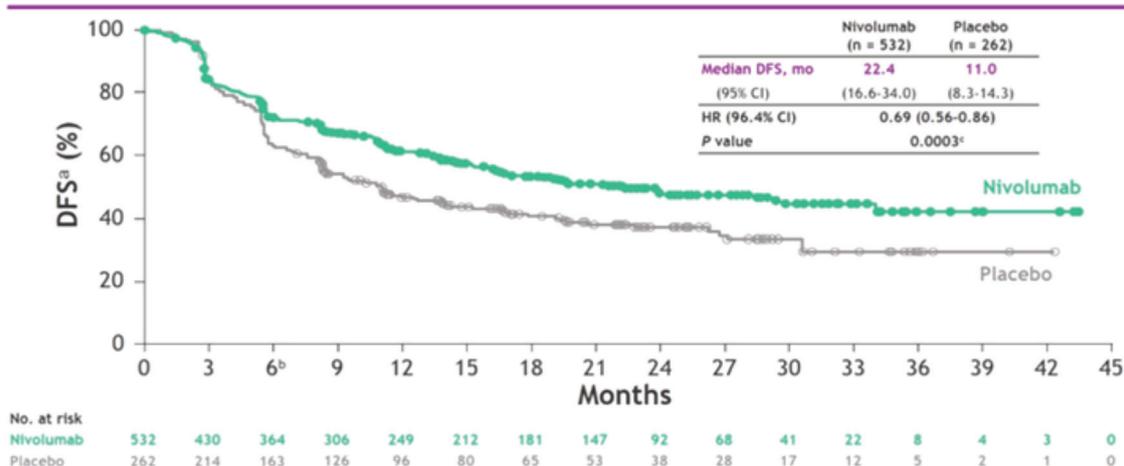
- ГЭРБ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь);
- синдром Барретта;
- пептические язвы и кровотечения;
- стриктуры пищевода;
- рак пищевода.

Кроме рефлюкс-эзофагита, в результате которого люди постоянно чувствуют изжогу, к гастроэзофагеальной рефлюксной болезни приведет снижение моторики пищевода и тонуса нижнего пищеводного сфинктера – мышца, препятствующая прохождению пищи из желудка обратно в пищевод. Сама гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – заболевание, для которого в первую очередь характерно проявление изжоги или жгучей боли за грудиной. Она присутствует минимум у 75% больных ГЭРБ [4]. Это было подтверждено документами Генвальской конференции в 1999 году: «...изжога – важнейшим симптомом ГЭРБа» и лозунгом Международной гастроэнтерологической конференции, состоявшейся в сентябре 2004 года: «XX век – век язвенной болезни, XXI век – век ГЭРБа» [3]. Остается резюмировать: болезнь распространена, и изжога является одним из основных ее симптомов.

Такое заболевание, как синдром Барретта, является последствием ГЭРБа. Развивается он в 10-20% случаях у пациентов, страдающих рефлюкс-эзофагитом. Способствующими факторами развития этой болезни считаются: генетическая предрасположенность; частота клинических симптомов, в том числе изжоги не менее одного раза в неделю; длительность их проявлений не менее пяти лет. Она развивается в результате постепенной замены плоского неороговевающего эпителия пищевода, цилиндрическим эпителием, часто с явлениями кишечной метаплазии. Существенной разницей, между этими видами эпителиальной ткани, является возможность пищеводного эпителия обновляться, в отличие от кишечного. Такое последствие патологической изжоги, в настоящее время рассматривается как предраковое заболевание. Успешный метод лечения синдрома Барретта еще не найден.

Пептические язвы и кровотечения пищевода возникают у 2-7% людей, регулярно испытывающих изжогу. Причина появления таких последствий: недостаточность кардии – несостоятельность мышцы, разделяющей пищевод и желудок; патологический рефлюкс – обратный заброс содержимого желудка, и как следствие – протеолитическое действие желудочного сока на ткани пищевода в условиях слабости его защитных механизмов. В результате нарушается целостность слизистого слоя, и появляются язвы. При отсутствии лечения могут случиться кровотечения, в половине случаев они носят профузный характер.

Disease-free survival



Исследование CHECKMATE-577, безрецидивная выживаемость [3]

Если говорить о стриктурах пищевода, то это сужение его просвета в результате заживления язв, которые являются последствием частой изжоги. На их месте остаются рубцовые деформации, которые, как бы стягивают пищевод изнутри. Происходит это в первую очередь из-за изменения качественного состава ткани пищевода. Она по составу чаще состоит из коллагена – фибриллярный белок, обеспечивающий тканям организма прочность. Сокращения или растяжения пищевода в этой части, где образовались стриктуры, становятся практически невозможными.

Кроме этого, рефлюкс-эзофагит является еще предрасполагающим фактором рака пищевода. Наиболее часто рак развивается в местах кишечной метаплазии при синдроме Барретта. Причина патологии, как уже отмечалось, – замещение неороговевающего эпителия на кишечный. Это одно из заболеваний, которые часто приводят к летальному исходу, потому что:

- клинические симптомы проявляются на последних стадиях развития опухоли;
- даже небольшие по размеру образования легко метастазируют;
- быстро прорастают в средостение и в окружающие ткани.

Однако в последние годы был достигнут определенный прогресс в лечении рака пищевода.

В исследовании CHECKMATE-577 пациенты с раком пищевода, получившие комплексное лечение: предоперационную химиолучевую терапию и хирургическое лечение, и пациенты, у которых не был достигнут полный лечебный патоморфоз, рандомизировались в группу наблюдения или терапии ниволумабом в течение 1-го года [5]. Первичной задачей исследования было улучшение

безрецидивной выживаемости – DFS. В исследовании приняли участие 794 пациента, в основном, из Европы, США и Канады. Иммунотерапия вдвое увеличила медиану DFS: с 11,0 до 22,4 месяцев; 2-летние результаты не были представлены, но, судя по графику, это вылилось в увеличение показателя выживаемости с приблизительно 38% до 48% (рисунок). Отмечено отсутствие улучшения DFS у пациентов с опухолью пищеводно-желудочного перехода – это 40% больных. Данные по общей выживаемости (OS) на настоящий момент ещё не представлены.

Как видим, частая изжога может быть грозным симптомом и свидетельствовать о появлении в скором времени тяжёлых заболеваний. Если изжога возникает не более одного раза в месяц после плотного переиздания на ночь, то это нормальная физиологическая реакция организма на нарушение режима питания. Если изжога становится регулярной, то лечить её, не проведя целого комплекса диагностических мероприятий, нельзя.

На сайте Радио Свобода в программе «Наука и медицина» был задан вопрос: как вы лечите изжогу? [3]. Выяснилось, что чаще всего люди лечатся домашними средствами: морковью, молоком, содой, сигарным пеплом, яблочным уксусом, жареными семечками подсолнуха. Перечисленные методы могут ухудшить состояние и привести к перечисленным выше патологическим последствиям. Это говорит о необходимости просветительной работы среди населения по распространению информации об изжоге, в том числе по вопросам профилактики, лечения и распознавания заболеваний, одним из первых симптомов которых является изжога, что позволит сохранить здоровье населения.

Список литературы

1. Патофизиология: учебник / под редакцией В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 847 с.
2. Руина О.В. Медицинская энциклопедия для всей семьи: Все, что нужно знать о болезнях. – М.: Центрполиграф, 2016. – 399 с.
3. Радио Свобода: Программы: Наука и медицина // Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, 05.03.2005. [Электронный ресурс]. URL: <https://archive.svoboda.org/programs/st/> (дата обращения: 14.10.2020).
4. Зверева С.И. Клинические варианты течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Медицинский альманах. 2012. № 1. С. 34–38. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.gastroscan.ru/> (дата обращения: 14.10.2020).
5. Рак пищевода и желудка. Новости ESMO 2020 // Интернет портал российского общества клинической онкологии, 12.10.2020. [Электронный ресурс]. URL: <https://rosoncweb.ru/> (дата обращения: 14.10.2020).

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ
В ТЕРАПИИ ЦИСТИТА**

Даутова Р.Р., Семенова Е.В.

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет им Н.Н. Бурденко»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Воронеж,
e-mail: dautova.rimma2000@yandex.ru*

Острый неосложненный цистит у женщин – одна из наиболее часто диагностируемых бактериальных инфекций. Целью данного исследования является ретроспективный анализ литературы, содержащий информацию о терапевтических и профилактических эффектах фитотерапевтических продуктов. Современное лечение цистита состоит из нескольких этапов. Чаще всего пациенту назначают лекарственные средства следующих фармакологических групп: антибиотики и спазмолитики. Кроме современных синтетических препаратов, популярны и растительные препараты от цистита. Уникальность подобных средств рассмотрена в данной статье.

Согласно последним исследованиям ученых, антибиотики и другие синтетические препараты являются довольно агрессивными для живой клетки веществами, в связи с этим фитопрепараты находят применение при лечении цистита. Они обладают рядом преимуществ: имеют узкий список противопоказаний и побочных эффектов, мягко воздействуют на организм благодаря растительным компонентам. Фитопрепараты при лечении цистита не провоцируют накопительный эффект и легко комбинируются с синтетическими средствами. Фитопрепараты, используемые в терапии цистита обладают выраженными противомикробными и мочегонными действиями, направленными на подавление патогенной микрофлоры. Часто в состав таких препаратов входят плоды клюквы, трава тысячелистника, корни любистока, листья сенны. Основными действующими веществами препаратов являются: витамин С, флавоноиды, гиперфорин, танины и дубильные вещества [1-5].

Список литературы

1. Лоран О.Б. Воспалительные заболевания органов мочевой системы. Актуальные вопросы / О.Б. Лоран, Л.А. Синякова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2017. – 524 с.
2. Гольщенко П.П. Лекарственные растения / П.П. Гольщенко. – М.: Мордовское книжное издательство, 2008. – 312 с.
3. Ekaterina Kulchaveny. Acute uncomplicated cystitis: is antibiotic unavoidable? Therapeutic Advances in Urology. 2018. vol. 10. no. 9. P. 257-262.
4. Das, Sarita. Natural therapeutics for urinary tract infections-a review. Future Journal of Pharmaceutical Sciences. 2020. vol. 6. no. 1. P. 64.
5. Ebana RUB, Edet UO, Ekanemesang UM, Etok CA, Ikon GM, Noble MK. Phytochemical screening and antimicrobial activity of three medicinal plants against urinary tract infection pathogens. Asian J Med Health. 2016. vol. 1. no. 2. P. 1–7.

**ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ЦВЕТА
В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ
ЭСТЕТИЧЕСКИМИ КЕРАМИЧЕСКИМИ
РЕСТАВРАЦИЯМИ**

Дрюпина А.А., Зубкова А.А.

*ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск,
e-mail: ia.boeva@yandex.ru*

Актуальность исследования. В современной стоматологии большое значение уделяется реконструкции улыбки пациента. На сегодняшний день керамика – лидер при выборе материала, используемого для создания эстетических реставраций в полости рта. В отличие от металлокерамических реставраций, металлический каркас которых лишь поглощают свет и не отражает его, керамические реставрации обладают высокой светопрозрачностью и прозрачностью. Такая способность керамики позволяет создавать максимально натуральные к естественным зубам ортопедические конструкции. При протезировании особенно в зоне улыбки одной из немаловажных задач является подбор будущего цвета керамических реставраций. Необходимо учитывать множество факторов, как местных, так и общих, которые будут влиять на восприятие цвета и, в конечном счете, на окончательный результат работы. Врач-ортопед должен иметь знания не только об анатомическом строении зубов, но и о параметрах цвета, особенностях отражения, преломления и прохождения света через твердые ткани зуба, владеть различными методиками для его определения. Такие умения позволят стоматологу правильно определять необходимый оттенок при конкретном клиническом случае, чтобы как можно точно воспроизвести натуральность будущих протезов для создания гармоничной улыбки. Наиболее эстетичный результат заключается в достижении максимального естественного вида и эффективном функционировании реставраций, причем окончательный результат должен удовлетворять требования как пациента, так и стоматолога [1].