



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования

**РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

XVI Научно-практическая конференция молодых ученых РМАНПО

20 МАЯ 2025

МОСКВА

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Материалы конференции

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Материалы конференции

XVI Научно-практическая конференция молодых ученых РМАНПО

Москва – 2025

УДК 61:378.048.2(063)

ББК 5+74.48Я431

P-763

XVI научно-практической конференции молодых ученых РМАНПО: сборник материалов конференции / ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2025. – 169 с.

ISBN 978-5-7249-3315-5

В сборнике представлены собственные материалы научных исследований молодых ученых РМАНПО и других российских и зарубежных научных учреждений, и медицинских вузов. В публикациях отражены актуальные проблемы и современные достижения фундаментальных и клинических медицинских наук и перспективные направления их развития.

Материалы публикуются в авторской редакции.

УДК 61:378.048.2(063)

ББК 5+74.48Я431

ISBN 978-5-7249-3315-5

© ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2025

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Александрова М.Р. К ВОПРОСУ О ВНЕДРЕНИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ВРАЧЕЙ	10
Алексеева О.М. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГИДРАДЕНИТА	12
Алиев Ш.У. ВЛИЯНИЕ ОТКАЗА ОТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР	14
Анциферова Д.М. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЯ: ОПЫТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ СЕМАГЛУТИДА	16
Асташкина М.А. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ	18
Ахмедова П.К. СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: РОЛЬ ИДПП-4 В РЕГУЛЯЦИИ МЕТАБОЛИЗМА ЖИРА И ГЛЮКОЗЫ	20
Багандова Р.Б., Романова О.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТЕКА, ВОЗНИКШЕГО НА ФОНЕ АДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	23
Багатурия К.К. ПРОФИЛАКТИКА СУБКОРНЕАЛЬНОГО ПУСТУЛЕЗА СНЕДДОНА- УИЛКИНСОНА	25
Гаджиев В.Р. ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА	27
Головина А.М. ВЛИЯНИЕ ЗЕРКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ФАНТОМНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИЕЙ КОНЕЧНОСТИ	29

Гранаткин М.А., Стеничкина О.А., Ахметова А.Р., Пикулин Г.В. АЗАЦИТИДИН И ВЕНЕТОКЛАКС В ЛЕЧЕНИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОБНОВЛЕННОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РИСКА ДЛЯ НИЗКОИНТЕНСИВНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ	31
Григорян Э.А. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА	34
Еремеева А.Д. ФАЛЬСИФИЦИРОВАННАЯ КОНТРАФАКТНАЯ НЕДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРОДУКЦИЯ	36
Ильина Т.Д. ОБЗОР ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ СОЧЕТАННОГО ПРОТОКОЛА ОДНОМОМЕНТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА ВЫСОКОГО НАПРЯЖЕНИЯ (HIFES) С МОНОПОЛЯРНЫМ РАДИОВОЛНОВЫМ ЛИФТИНГОМ И БОТУЛИНОТЕРАПИИ	38
Князева Я.О. ПРОФИЛАКТИКА БЕЛОГО ПИТИРИАЗА	40
Козырева В.О. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОЙ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	42
Колиева В.А. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ	44
Колько Ю.О. РОЛЬ БИОСЕНСОРОВ В ОЦЕНКЕ МОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	46
Кондрахин А.А. Т-КЛЕТОЧНАЯ ЛИМФОМА КОЖИ. ГРИБОВИДНЫЙ МИКОЗ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	49
Кондрахин А.А. ДЕРМАТОСКОПИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ	51
Кулишова А.Ю. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТЕЛОГЕНОВОЙ АЛОПЕЦИИ	53
Кулишова А.Ю. ДЕКАЛЬВИРУЮЩИЙ ФОЛЛИКУЛИТ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	55
Мехтиева Д.Э. ПРОФИЛАКТИКА ПИТИРИАЗА ЛИХЕНОИДНОГО ХРОНИЧЕСКОГО	57

Пекова Г.А., Якушина А.С., Романова О.В. СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ	60
Романова О.В., Багандова Р.Б. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛАДОННО- ПОДОШВЕННОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	62
Сарычева В.С. АНОМАЛИИ ЦВЕТА ВОЛОС И ВОЛОСЯНОГО СТЕРЖНЯ – МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ	64
Свечкарева И.Р., Ветров И.А. РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА У ПАЦИЕНТКИ С ВЫСОКИМИ РИСКАМИ КОЛОНИЗАЦИИ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ	66
Семенец В.В. ПРОФИЛАКТИКА ПРИОБРЕТЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА	69
Сенектутова П.Ю. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ФРОНТАЛЬНОЙ ФИБРОЗНОЙ АЛОПЕЦИИ	71
Сергеева А.Д. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЙКИЛОДЕРМИИ СИВАТТА	73
Сергей Е.Э. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЧЕРНОГО АКАНТОЗА	75
Тё В.Л. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ МЕРОКРИННЫХ [ЭККРИННЫХ] ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	77
Тё В.Л. НЕБХОДИМОСТЬ УНИФИКАЦИИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ	79
Тураев Ф.Х. АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ ФАРМАКОГЕНЕТИКИ	81
Шаар К.Х. АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПА	84
Шемякина А.В. ГОДОВАЯ ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В СРАВНЕНИИ СО ЗДОРОВЫМИ ЛИЦАМИ	86

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Аль-Акел И.С. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕМЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ 75 ЛЕТ И СТАРШЕ	88
Андреенков В.С. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ РОБОТ- АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ	90
Астапович С.А., Лиджиева Э.А., Курбанов И.И., Юрик А.И., Михайлова А.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОТЕРМИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНИРОВАННОЙ АППАРАТНОЙ ПЕРФУЗИИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ПОСМЕРТНЫХ ДОНОРОВ С РАСШИРЕННЫМИ КРИТЕРИЯМИ	92
Баймашев А.Ш. БЕЗОПАСНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ АДЪЮВАНТНОЙ ВНУТРИПУЗЫРНОЙ ТЕРАПИИ ВАКЦИНОЙ БЦЖ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАНДОМИЗИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ II ФАЗЫ)	94
Головенкин Г.Д. МЕТАСТАЗ РАКА ПОЧКИ В АРТЕРИОВЕНОЗНУЮ МАЛЬФОРМАЦИЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	96
Жежук П.А. ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ И РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ СТРАТЕГИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ С СЕПТИЧЕСКИМ ШОКОМ	99
Иванникова Т.И. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕФРАКТЕРНОЙ ОТСЛОЙКИ ДЕСЦЕМЕТОВОЙ МЕМБРАНЫ ПОСЛЕ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ	102
Клюев И.С., Корякин А.Г., Сластников Е.Д. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ НИВЛ И РЕП-ТЕРАПИИ ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ ГИПОКСЕМИЧЕСКОЙ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	104
Лясканова Л.В., Воронкова А.Ю. ХОЛЕСТЕАТОМА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА. СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ ХОЛЕСТЕАТОМЫ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	107

Мазурок А.В. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ РАДИОАБЛАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ	109
Маммадова С.Ю. ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПРИ ИНДУЦИРОВАННОМ ПОВЫШЕНИИ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛАУКОМОЙ НОРМАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	111
Нуритдинов И.Н., Рейтер В.Д. БИОЛОГИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ТКАНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	113
Рейтер В.Д., Нуритдинов И.Н., Саджая Ю.К. МЕТОД РЕКОНСТРУКЦИИ СТОМЫ ИЗ МЕСТНОГО ДОСТУПА У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМИ ПОСТОПЕРАЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ	115
Романов Д.Н., Тонян А.М. АКТУАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛОСКУТА НА ОСНОВЕ ПЕРФОРАНТОВ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ГРУДНОЙ АРТЕРИИ (ЛТАР) В СОВРЕМЕННОЙ ОНКОМАММОЛОГИИ	117
Сластников Е.Д. ВОЗМОЖНОСТЬ ПЕРСОНИФИКАЦИИ НУТРИТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ПУТЕМ АНАЛИЗА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА	120
Тарасов Р.А. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ НЕФРОНСБЕРЕГАЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТРЕХМЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	123
Тонян А.М., Романов Д.Н. ИНВАЗИВНЫЙ ДОЛЬКОВЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ МОЛЕКУЛЯРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ	125
Цветаев И.И., Малашенко Д.А. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЕЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ	128
Яковлева Д.М. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ	131

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКЦИЯ

Алёкина М.М. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ФУНКЦИОНАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД СМЕНЫ ЗУБОВ	134
Анисимова П.Д. РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ: РАЗРЫВ ОДИНОЧНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ	137
Афана Е.А. НЕФРОКАЛЬЦИНОЗ У ДЕТЕЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПО ДАННЫМ ДГКБ ИМЕНИ З.А. БАШЛЯЕВОЙ	140
Ахадов Д.К. ЭТАПНОЕ ВНУТРИПРОСВЕТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	142
Буланова А.П. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ВО ВРЕМЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ АНЕВРИЗМЫ ВЕНЫ ГАЛЕНА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА	144
Буланова А.П., Миянова А.Р. ЦМВИ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО (Rh-КОНФЛИКТ)	146
Варлакова П.М. КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ МАТКИ И ВРЕМЕНИ ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНА У ПАЦИЕНТОК С ПОВТОРНЫМИ НЕУДАЧАМИ ИМПЛАНТАЦИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ	148
Грагянц Б.Р., Собур В.В., Грасс С.В. АНАЛИЗ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТА ПОПЫТКИ СУИЦИДА В АНАМНЕЗЕ	150
Денисова Ю.В. НАРУШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРНОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ РОДАХ НА ФОНЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ	152
Матвеева Е.А. БЕЗОПАСНОСТЬ АЛЬФА-АДРЕНОМИМЕТИКОВ ПО ДАННЫМ МЕЖДУНАРОДНОЙ И РОССИЙСКОЙ БАЗ ДАННЫХ БЕЗОПАСНОСТИ	154

Пожогина М.Д., Максимова А.О., Жирков А.А. ВЫЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	156
Свечкарева И.Р. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЙРОСЕТЕЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ	158
Сураева У.С. СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ	160
Туровская А.А. ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ СУРФАКТАНТАНОГО БЕЛКА А У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	162
Хорева В.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА С РАЗВИТИЕМ ГЕМОФАГОЦИТАРНОГО СИНДРОМА	164
Чурилова В.Д. РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА: КАПОШИФОРМНАЯ ГЕМАНГИОЭНДОТЕЛИОМА, ОСЛОЖНЕННАЯ СИНДРОМОМ КАЗАБАХА-МЕРРИТТА	166
Жирякова А.С. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ И ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ: ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	170

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Александрова М.Р.

К ВОПРОСУ О ВНЕДРЕНИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ВРАЧЕЙ

Руководитель: Мартынов А.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой
дерматовенерологии и косметологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Первая Международная классификация болезней была утверждена в 1900 году в Париже. С тех пор МКБ неоднократно пересматривалась и дополнялась. В нашей стране с 1999 года действует МКБ-10. Однако, с учетом быстрых темпов развития технического прогресса, медицинской науки и практики, требуется пересмотр существующей классификации.

Цель. Изучить процесс внедрения Международной классификации болезней в практическое пользование отечественными врачами, а также проследить значимые изменения и дополнения в классификации за время ее существования в России.

Материалы и методы. Сбор, анализ и синтез материала на основе утвержденных классификаций болезней, в частности, в дерматовенерологии.

Результаты. Впервые в СССР адаптированный вариант Международной классификации болезней (МКБ-7) был введен в 1965 году. До этого в стране действовала Советская номенклатура болезней. В МКБ-7, по сравнению с предыдущими версиями, кожные и венерические болезни были дополнены описанием пиодермий (импетиго, фурункулез, карбункулы), отдельным выделением токсидермии и многоформной эритемы, склеродермии. Среди прочих болезней кожи отмечались трофические язвы и пролежни. МКБ-8 была утверждена XIX сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1966 году,

в СССР введена в действие в 1970 году. В структуре дерматовенерологических болезней значительно расширилась классификация микозов в зависимости от возбудителя (фавус, паразитарный сикоз, антропофильная трихофития, разноцветный лишай), также существенным отличием от предыдущих версий стало отдельное выделение трихомониаза в структуре ИППП. МКБ-9 была принята на Международной конференции ВОЗ в 1975 г. в Женеве. В России она была введена в начале 1980-х годов. Существенным отличием стало выделение атопического дерматита как самостоятельной единицы, взамен ранее существовавших дерматита и экземы. Также отдельно стали выделять розацеа. Была представлена более детальная классификация инфекций (например, разделение дерматофитий по локализации), уточнение диагнозов (например, выделение подтипов псориаза), расширение онкологического раздела (выделение большего числа доброкачественных и злокачественных опухолей кожи). В 1999 году все медицинские организации в России перешли на МКБ-10. В дерматовенерологическом блоке были введены уточнённые коды для бактериальных, вирусных и грибковых инфекций: L00 – Стафилококковый синдром ошпаренной кожи (SSSS); L01 – Импетиго (разделено на стрептококковое и стафилококковое); L02 – Абсцесс кожи (с указанием локализации); L03 – Флегмона (включая рожистое воспаление); L04 – Острый лимфаденит; L08 – Другие местные инфекции кожи. Отдельно выделены болезни кожи, связанные с УФ-излучением (солнечный дерматит, радиационный дерматит) L55-L59, а также токсический эпидермальный некролиз L51.2. В перечне болезней сальных желез проведена детализация подтипов (акне делится на юношеские, конглобатные, тропические угри). Также произведен учет локализации воспалительного процесса, например, абсцесс кожи лица – L02.0, а кисти – L02.4.

Заключение. Следует отметить постепенное развитие и внедрение МКБ в деятельность отечественных врачей. Каждый пересмотр вносил значимые изменения и дополнения в существующую классификацию. В настоящее время остается актуальным доработка последней версии номенклатуры с учетом динамического развития практической дерматовенерологии.

Алексеева О.М.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГИДРАДЕНИТА

Руководитель: Мерцалова И.Б., к.м.н.

кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Гидраденит – изнурительное хроническое аутоиммунно-воспалительное заболевание инфундибулярной части волосяного фолликула и апокриновых потовых желёз, характеризующееся рецидивирующими болезненными узлами и абсцессами, приводящими к образованию свищей и рубцеванию. Распространённость варьирует в различных исследованиях от 0,1 до 4,1% в общей популяции. Для гидраденита характерны сильная мучительная боль, хроническое рецидивирующее течение, косметические дефекты, психологический дискомфорт и социальная стигматизация, что сильно снижает уровень жизни пациентов и требует принятия мер по профилактике данного заболевания.

Цель исследования. Провести поиск и анализ данных публикаций, посвящённых изучению мер профилактики у пациентов с гидраденитом.

Материалы и методы. Был проведён анализ статистических и литературных данных по проблеме профилактики гидраденита. Проведён электронный поиск публикаций в базе данных PubMed с 1954 г. по настоящее время. Был осуществлён поиск документов, содержащих ключевые слова или медицинские предметные рубрики (MeSH): hidradenitis – prevention. Было отобрано 80 статей. В русскоязычной поисковой системе Яндекс для поиска использовались ключевые слова «гидраденит – профилактика». Отобрано 11 сайтов.

Результаты. Найдены данные о мерах первичной, вторичной и третичной профилактики. К мерам с доказательностью уровня А относятся такие методы, как: нормализация массы тела, постепенное снижение веса, направление

пациента в клинику внутренних болезней и к диетологам, профилактика и лечение заболеваний, способствующих развитию или ухудшающие течение гидраденита, сохранение настороженности по поводу обострения гидраденита при беременности и второй половине менструального цикла. К мерам с доказательностью уровня В относятся такие методы, как: лазерная эпиляция, выявление индивидуальных провоцирующих факторов, контроль с помощью ультравысокочастотного ультразвука, анализ уровня глюкозы и липидов крови натощак, измерение ИМТ и контроль артериального давления на момент обращения, ботулинотерапия, приём глюконата цинка и аскорбиновой кислоты, приём метформина после консультации эндокринолога, использование крема с фузидиевой кислотой и бетаметазоном, соблюдение средиземноморской диеты, отказ от алкоголя, отказ от курения, консультирование и руководство по отказу от курения врачом, отказ от частого бритья, замена бритвы на электрическую, отказ от антиперспирантов в пользу дезодорантов, не содержащих алюминия, или же отказ и от дезодорантов, ношение свободной одежды и натуральных тканей с содержанием серебра и хорошей абсорбционной способностью, своевременное лечение гипергидроза и опрелостей, повышение качества знаний о нозологии, психологическая поддержка психолога или психотерапевта. Также был найден ряд мер с уровнем доказательности С.

Выводы. При поиске методов профилактики гидраденита выявлен обширный перечень возможных мер для облегчения состояния больного. Данный факт говорит о том, что ситуация не безнадёжна, заболевание имеет конкретные меры профилактики с доказанным уровнем убедительности. Остаётся вопрос повышения осведомлённости врачей и информированности пациентов.

Алиев Ш.У.¹

ВЛИЯНИЕ ОТКАЗА ОТ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Руководители: Попова А.А.^{1,2}, к.м.н., Пшеничная Н.Ю.^{1,2,3}, к.м.н.,
Петрова Е.В.^{1,3}, к.м.н.

1 – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

2 – ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, г. Москва

3 – ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №2, г. Москва

Введение. ВИЧ-инфекция остаётся одной из наиболее значимых проблем современной медицины. Несмотря на значительные достижения в антиретровирусной терапии (АРТ), несвоевременное её начало и низкая приверженность лечению продолжают приводить к серьёзным осложнениям, прогрессированию заболевания и летальному исходу.

Клинический случай. Пациент Д, 44 лет, житель г. Москвы, в прошлом употреблял инъекционные психоактивные вещества, официально нигде не работал. Половые контакты были, но без признаков выраженной беспорядочности. С 2023 года пациент замечал появление слабости, субфебрильной температуры, потери аппетита. Пациент списывал это на простуду и не обращался за медицинской помощью. Ухудшение самочувствия 14.12.2024 послужило причиной госпитализации в тяжелом состоянии в ГБУЗ КИБ №1 ДЗМ с диагнозом: двусторонняя внебольничная пневмония, сепсис. Именно тогда впервые был выявлен положительный иммуноблот на ВИЧ в связи с чем 10.01.2025 пациент был переведен в ИКБ №2. Диагноз при поступлении: ВИЧ-инфекция, стадия 4А, фаза прогрессирования в отсутствии АРТ, правосторонняя пневмония полисегментарная. Сепсис.

После дообследования выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, стадия 4В, фаза прогрессирования в отсутствии АРТ: двусторонняя пневмония смешанной этиологии, генерализованный кандидоз с поражением легких, ЖКТ, инфекция мочевыделительной системы, септицемия. Осложнения основного заболевания: Гидроперикард. Анемия смешанного генеза тяжелой степени.

Двусторонний гидроторакс. Сопутствующие заболевания: Токсическая энцефалопатия. Церебральная ангиопатия. Кортикальная атрофия. Дистальная сенсо-моторная полинейропатия. Хроническая ишемия головного мозга. Синдром зависимости, вызванный употреблением опиоидов. Катаральный рефлюкс-эзофагит.

Начало АРТ было значительно отложено в связи с невозможностью глотать и невозможностью получать препараты через назогастральный зонд (необходимые антиретровирусные препараты не допускали измельчения). АРТ начата только 07.03.25 по схеме: Ламивудин 300 мг, Тенофовир 300 мг, Элссульфавирин 20 мг. Однако выраженного эффекта не наблюдалось, что связано с поздним началом терапии на фоне тяжелых осложнений. Несмотря на интенсивную терапию и АРТ, состояние прогрессивно ухудшалось. Пациент скончался 22.03.2025 года.

Выводы.

1. Настоящий случай подчеркивает важность ранней диагностики, своевременного старта АРТ и мультидисциплинарного подхода в ведении пациентов.
2. Несвоевременное начало АРТ являются основными причинами развития тяжёлых осложнений ВИЧ-инфекции, что значительно ухудшает прогноз.
3. Своевременное назначение АРТ позволяет не только предотвратить развитие оппортунистических инфекций, сохранить иммунный статус, но и улучшить качество жизни пациента.
4. Для предотвращения поздней диагностики ВИЧ-инфекции необходимо проводить комплексную работу как с медицинским персоналом поликлинического звена, так и среди пациентов групп риска.

Анциферова Д.М.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЯ: ОПЫТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ СЕМАГЛУТИДА

Руководитель: Аметов А.С., д.м.н, профессор

кафедра эндокринологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Семаглутид успешно применяется для лечения сахарного диабета 2 типа (СД2), а также ожирения, где его эффективность достигает 80%. Хотя основные механизмы действия хорошо изучены, требуются дополнительные исследования влияния препарата на жировой обмен. Также противоречивы данные, в которых оценивалось изменение объема мышечной ткани на фоне приема препарата.

Цель исследования. Оценка комплексного воздействия семаглутида в лечении больных сахарным диабетом 2 типа и ожирением.

Материалы и методы. В исследование вошли 60 пациентов с СД2 и ожирением, не достигших целевого гликемического контроля (гликированный гемоглобин (HbA1c) 7,0-9,0%) на монотерапии метформином. До инициации терапии препаратом семаглутид (1,0 мг 1 раз в неделю с предшествующей титрацией дозы) произведен клинический и биохимический анализы крови, анализ углеводного и жирового (включая лептин, адипонектин, свободные жирные кислоты (СЖК)) обмена, индексов НОМА-IR и триглицериды-глюкоза (Тр/Гл), антропометрия, биоимпедансометрия, двухэнергетическая абсорбционная рентгеновская денситометрия в режиме Total Body Composition. Через 3 и 6 месяцев лечения проводилось повторное обследование.

Результаты. Описан случай пациента (мужчина, 55 лет), принимавшего участие в исследовании. В анамнезе СД2 (монотерапия метформином 2000 мг/сут) и экзогенно-конституциональное ожирение 1 ст. (рост 175 см, вес 101 кг, ИМТ 33 кг/м², обхват талии (ОТ) 111 см, обхват бедер (ОБ) 106 см).

При лабораторном обследовании: глюкоза натощак 8,32 ммоль/л, HbA1c 7,0%, инсулин 21,25 мкЕД/мл, адипонектин 1,17 мкг/мл, лептин 5,9 нг/мл, СЖК 0,52 ммоль/л, общий холестерин 3,27 ммоль/л, ЛПНП 0,97 ммоль/л, ЛПВП 1,12 ммоль/л, триглицериды 2,59 ммоль/л, креатинин 68,4 мкмоль/л, индекс НОМА-IR 7,86, индекс Тр/Гл 2,98. По данным биомпедансного исследования жировая масса (ЖМ) 31,85 кг (31%), безжировая масса (БЖМ) 70,05 кг, активная клеточная масса (АКМ) 45,58 кг. По результатам денситометрии в режиме Total Body Composition ЖМ составляла 36,167 кг (ноги 8,2 кг, тело 22,04 кг), мышечная масса (ММ) 62,387 кг (ноги 20,31 кг, тело 28,95 кг).

Пациенту была инициирована терапия семаглутидом 0,25 мг 1 раз в неделю подкожно с последующей титрацией дозы до 1,0 мг 1 раз в неделю.

Через 3 месяца терапии отмечалось улучшение антропометрических показателей, показателей углеводного обмена, липидного профиля. Через полгода терапии определялась избыточная масса тела (вес 82 кг, ИМТ 26,8 кг/м², ОТ 94 см, ОБ 100 см), полная нормализация показателей углеводного обмена (глюкоза натощак 5,8 ммоль/л, гликированный гемоглобин 5,8%, индекс НОМА-IR 2,28, индекс Тр/Гл 2,45), липидного профиля (общий холестерин 2,85 ммоль/л, ЛПНП 0,97 ммоль/л, ЛПВП 1,3 ммоль/л, триглицериды 1,29 ммоль/л). Адипонектин 2,34 мкг/мл (увеличился в 2 раза), лептин 3,2 нг/мл (снизился в 1,8 раз), СЖК 0,53 ммоль/л (без изменений). По данным биомпедансного исследования ЖМ 18,58 кг (23%), БЖМ 63,42 кг, АКМ 42,17 кг. По результатам денситометрии в режиме Total Body ЖМ 25,81 кг (ноги 6,44 кг, тело 15,27 кг), ММ 52,7 кг (ноги 16,96 кг, тело 25,68 кг).

Закключение. Через 6 месяцев терапии семаглутид продемонстрировал комплексное воздействие на улучшение показателей углеводного и жирового обмена, снижение массы тела преимущественно за счет жировой ткани.

Асташкина М.А.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Руководитель: Харитонов М.В., к.м.н.
кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГАОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. плоскоклеточный рак кожи (далее ПКРК) - злокачественная опухоль кожи, происходящая из эпителиальных клеток эпидермиса кожи и эпидермиса волосяных фолликулов. На данное мультифакторное заболевание приходится до 15-20% всех случаев немеланомных опухолей кожи. Пятилетняя выживаемость при очаге ПКРК размером менее 2 см составляет около 90%, в то время как при больших размерах и прорастании опухоли в подлежащие ткани – менее 50%. Поэтому крайне важны мероприятия по профилактике, раннему выявлению и предотвращению развития осложнений.

Цель исследования. изучить факторы риска и меры профилактики развития ПКРК, предоставить рекомендации по предотвращению заболевания.

Материалы и методы исследования. в рамках исследования проанализировано 120 документов, отобранных из публикаций, доступных за период с 1943 по 2024 года в электронных базах данных PubMed, Google Scholar, eLibrary и поисковой системе Google.

Результаты исследования. снижению риска развития ПКРК способствует: избегание пребывания на солнце в часы пик, отказ от искусственного ультрафиолетового излучения (включая солярии и PUVA-терапию), а также использование защитной одежды (включая головные уборы и очки) и солнцезащитных кремов с SPF 30 и выше, обеспечивающих защиту от UVA и UVB лучей. Регулярные самоосмотры кожи и своевременное обращение к врачу повышают выявляемость предраковых и раковых заболеваний, что увеличивает шансы на успешное лечение, что особенно важно для людей с высоким риском (например, с множественными родинками,

светлой кожей, иммунодефицитом). Развитие плоскоклеточного рака на фоне рубца или длительно незаживающей раны ухудшает прогноз и увеличивает вероятность рецидива после лечения. Было выявлено, что у людей с ВПЧ выше риск развития плоскоклеточного рака кожи. Кроме того, приём блокаторов кальциевых каналов, бета-адреноблокаторов, гидрохлоротиазида ассоциирован с увеличением риска развития ПКРК. Длительное воздействие химических веществ, таких как ароматические углеводороды, асбест и мышьяк, также может способствовать развитию рака кожи. С другой стороны, снижение потребления жира, увеличение потребления овощей и отказ от употребления алкоголя и курения ассоциированы со снижением риска развития ПКРК.

Выводы. важно соблюдение здорового образа жизни, снижение воздействия ультрафиолетовых лучей, использование солнцезащитных средств, индивидуальных средств защиты кожных покровов при работе с химическими реагентами, источниками излучения, с профессиональными вредными факторами. Необходимо избегание повреждения кожных покровов, своевременное лечение предопухолевых состояний, а также вакцинация от вируса папилломы человека. В клинической практике врачам рекомендуется осуществлять тщательную индивидуальную оценку потенциальной пользы и возможных рисков, связанных с применением препаратов, обладающих способностью потенцировать дисплазию и при возможности ротация на более безопасные группы. Следует активно проводить просветительскую работу, направленную на распространение знаний о профилактике новообразований кожи, индивидуальных факторах риска, методах самообследования и своевременном обращении к врачу. Для этого необходимо использовать СМИ, образовательные учреждения (школы, детские сады), проводить встречи с родителями, студентами и фокус-группами, где в личном или семейном анамнезе выявлены случаи меланомы и немеланомных форм рака кожи.

Ахмедова П.К.¹

СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА: РОЛЬ ИДПП-4 В РЕГУЛЯЦИИ МЕТАБОЛИЗМА ЖИРА И ГЛЮКОЗЫ

Руководитель: Аметов А.С.¹, д.м.н., профессор,
Черникова Н.А.^{1,2}, к.м.н., доцент
кафедра эндокринологии

1 – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

2 – ФБУ ЦКБ Гражданской Авиации Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Сахарный диабет 2 типа и ожирение представляют собой глобальную эпидемию, которая затрагивает миллионы людей по всему миру. Понимание механизмов взаимодействия между жировым и углеводным обменом открывает новые горизонты для разработки комплексных подходов к лечению СД 2 типа. В этом контексте иДПП-4 являются перспективной группой препаратов, исследование которых актуально для полного понимания механизмов их действия и подтверждения их эффективности.

Цель работы. анализ эффективности управления сахарным диабетом 2 типа путем влияния ингибитора ДПП-4 на жировой обмен.

Материалы и методы. 21 пациент с диагнозом СД 2 типа и с избыточной массой тела или ожирением, средний возраст которых 58,5 лет, не достигшие целевых значений гликемии на монотерапии метформином или диетотерапии. Первая группа включала 12 пациентов на комбинированной терапии метформином (2000 мг в сутки) и гозоглиптином (30 мг в сутки), перед началом терапии данная группа принимала метформин (1000-2000 мг в сутки). Вторая группа состояла из 9 человек, получавших метформин (2000 мг в сутки) в монотерапии, до включения в исследование данная группа находилась на диетотерапии. После создания соответствующих групп у каждого участника через 3 и 6 месяцев изучали динамику следующих показателей: антропометрические данные (рост, масса тела (МТ), ИМТ, окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ)), глюкоза плазмы

натошак и гликированный гемоглобин, общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), холестерин липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), инсулин, С-пептид, индекс HOMA-IR. С помощью биоимпедансометрии оценивали композиционный состав тела (количество и распределение жировой и безжировой массы тела).

Результаты. Через 6 месяцев в I группе отмечается улучшение показателей углеводного обмена (статистически значимое снижение уровня HbA1c (медиана исходно-8.30%, через 6 месяцев- 7.12%, $P=0,006$), глюкозы плазмы натощак (медиана исходно 8.0%, через 6 месяцев-7.12%, $P<0,001$), липидного обмена (ОХ медиана исходно-5.40%, через 6 месяцев-3.35%, $P=0,002$, ЛПНП-медиана исходно-3.70%, через 6 мес-2.40%, $P=0,002$, ТГ-медиана исходно-1.90%, через 6 месяцев- 1.65%, $P=0,010$). Снижение антропометрических данных через 6 месяцев отмечается в обеих группах, но наиболее явные и статистически значимые различия наблюдались в I группе: МТ ($P=0,002$), ИМТ ($P=0,002$), ОТ ($P=0,004$), ОБ ($P=0,004$). По данным биоимпедансометрии: в I группе более выраженное уменьшение процента жировой массы (медиана исходно- 289%, через 6 мес-235%, $P=0,002$), увеличение процента тощей массы (медиана исходно- 124%, через 6 месяцев- 137%, $P=0,006$). В группе комбинированной терапии также было отмечено достоверное снижение базального инсулина (медиана исходно-15.06%, через 6 месяцев- 9.05%, $P=0,003$), индекса HOMA-IR (медиана исходно-5.99%, через 6 месяцев- 2.69%, $P=0,002$). С-пептид увеличился в обеих группах, но статистически значимых различий не выявлено. При корреляционном анализе показателей выявлена корреляционная связь между динамикой жировой масса тела с динамикой ИМТ ($r=0,721$ $P<0.05$), соотношением ОТ/ОБ ($r=0,583$, $P<0.05$).

Выводы. Результаты исследования позволяют предположить более эффективное влияние на углеводный и жировой обмен гозоглиптина в комбинации с метформином и подчеркивают важность комплексного подхода к лечению СД2 типа, при котором улучшение жирового обмена

служит важным фактором для стабилизации показателей углеводного обмена. Текущий этап работы захватывает лишь часть запланированного периода исследования.

Багандова Р.Б., Романова О.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТЕКА, ВОЗНИКШЕГО НА ФОНЕ АДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Руководитель: Евстигнеева И.С., к.м.н., доцент
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Химиотерапия занимает основную позицию в арсенале методов борьбы с онкологическими заболеваниями. Однако, при использовании лекарственных препаратов, нацеленных на уничтожение раковых клеток идет воздействие и на здоровые клетки. Побочные эффекты от химиотерапии затрагивают кожу, лимфатическую систему, иммунную систему. Снижается качество жизни и ограничение социальной активности пациенток, тем самым уменьшается реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз пациента.

Клинический случай. Пациентка 78 лет, госпитализирована в клинику имени профессора Ю.Н. Касаткина ФГБОУ ДПО РМАНПО для проведения лучевой терапии, с диагнозом: C97 ПМСР: 1) Рак левой молочной железы pT2N0 IB ст (G2). 2) C50.8 Рак правой молочной железы pT4bN3aM0 IIIC ст. Направлена в отделение медицинской реабилитации, с целью установки реабилитационного диагноза, реабилитационного прогноза и назначения курса медицинской реабилитации.

Жалобы: на ограничение объема движений и отек верхних конечностей, сухость и гиперемию кожных покровов, онемение, болевой синдром по ВАШ до 6 баллов. Из анамнеза: в 2024г проведено хирургическое лечение по поводу РМЖ: субтотальная резекция левой молочной железы с биопсией "сторожевого" узла и радикальная мастэктомия справа по Маддену. Проведена адьювантной полихимиотерапии (ПХТ) по схеме DC рецикл 21 день, 6 циклов с первичной Г-КСФ профилактикой, на 3 цикле ПХТ появились перечисленные жалобы. При поступлении снижение общего белка до 49,85 г/л.

Status localis: Обе верхние конечности отечны, увеличены в размере (разница на 4 см), кожные покровы гиперемированы, кожа и прилежащие ткани руки плотные, трудно берутся в складку. Нарушение тактильной, болевой и температурной чувствительности на обеих верхних конечностях. Ограничение объема движений в правых и левых плечевых суставах до 100 градусов.

На основании данных анамнеза, результатов обследования, оценки факторов, ограничивающих проведение мероприятий по медицинской реабилитации, выставлен реабилитационный диагноз по Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) - ШРМ 4, B28014, b4352, b735, b810, b840, s4200. Поставлена краткосрочная цель реабилитации: нормализовать показатели белка, увеличить амплитуду движения верхних конечностей, уменьшить отек, болевой синдром и самостоятельно застегивать бюстгальтер. Долгосрочная цель реабилитации у данной пациентки, что через 1,5 месяцев после реабилитации она сможет развесить и постирать белье, вымыть окна.

Для достижения поставленной цели назначено во время госпитализации: занятия лечебной физкультурой и занятия с медицинским психологом, нутритивная поддержка, лазеротерапия №7, флюктуоризация №7, общая магнитотерапия №15. На 15 день реабилитации у пациентки нормализовался белок – 68,28 г/л, уменьшилась отечность верхних конечностей на 2 см с обеих сторон, кожа и прилежащие ткани руки стали мягче, легко берутся в складку, снижение болевого синдрома до 3 баллов. Увеличение объема движений в правых и левых плечевых суставах до 120 градусов. Тем самым нами была достигнута краткосрочная цель реабилитации, при выписке ШРМ 3

Заключение. Пациентам после и вовремя полихимиотерапии необходимо проводить медицинскую реабилитацию с целью улучшения качества жизни и реабилитационного прогноза.

Багатурия К.К.

ПРОФИЛАКТИКА СУБКОРНЕАЛЬНОГО ПУСТУЛЕЗА СНЕДДОНА-УИЛКИНСОНА

Руководитель: Александрова М.Р., ассистент
кафедра дерматовенерологии и косметологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Субкорнеальный пустулез Снеддона-Уилкинсона – редкий, хронический рецидивирующий доброкачественно протекающий распространенный дерматоз, возникающий преимущественно у женщин после 40 лет и проявляющийся сгруппированными в кольца и дуги стерильными пустулами.

Цель исследования. провести поиск и анализ публикаций, посвященных изучению мер профилактики субкорнеального пустулеза Снеддона-Уилкинсона.

Материалы и методы. анализ материала проведен на основе вторичной и третичной профилактики заболевания, ассоциированного с инфекциями и аутоиммунными заболеваниями. Был осуществлен поиск документов, содержащих ключевые слова или медицинские предметные рубрики (MeSH): «subcorneal pustular dermatosis», «prevention», «IgA pemphigus». Для подготовки обзора было отобрано 60 документов. В настоящее время причина возникновения заболевания неизвестно. Однако в зарубежной литературе считают, что появление высыпаний ассоциировано с IgA моноклональными гаммапатиями, множественной миеломой и аутоиммунными заболеваниями (ревматоидный артрит, болезнь Крона, системная красная волчанка, тиреотоксикоз), а также бактериальной инфекцией. Был проведен отбор статей с участием людей в исследованиях, где рассматривалось сочетанное течение Субкорнеального пустулеза с вышеуказанными дерматозами для выяснения причины возникновения заболевания.

Результаты. Найдены вторичные и третичные меры профилактики,

ассоциированных заболеваний с субкорнеальным дерматозом с уровнем доказательности «С»: коррекция образа жизни (снижение веса, диета, исключение табакокурения), а также контроль микробиота слизистых оболочек: кишечника, ротовой полости. Следует также рассмотреть вторичную профилактику при болезни Грейвса с уровнем доказательности «С»: контроль анализов на ТТГ, Т4, Т3 и anti-ТРО, при отсутствии патологии в лабораторных показаниях проведение УЗИ щитовидной железы.

Выводы. Развитие аутоиммунных и инфекционных заболеваний рассматривается как возможная причина развития субкорнеального пустулеза Снеддона-Уилкинсона. Профилактика может снизить риск развития дерматоза у пациентов, ранее не имевших данной патологии, а также ранняя выявляемость заболевания улучшит качество жизни.

Гаджиев В.Р.

ВЛИЯНИЕ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА

Руководитель: Аметов А.С., д.м.н, профессор
кафедра эндокринологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. За последние десятилетия отмечен рост распространённости ожирения при сахарном диабете 1 типа (СД1), достигающей 8–30%. Ожирение ассоциировано с инсулинорезистентностью (ИР) и развитием метаболического синдрома, однако чувствительность к инсулину при СД1 не оценивается в рутинной практике. Наиболее валидированным методом её не прямой оценки является расчётная скорость утилизации глюкозы (pСУГ). Значения pСУГ <8 мг/кг/мин связаны с повышенным риском осложнений и смертности при СД1, однако влияние ИР на гликемический контроль и показатели сердечно-сосудистого риска при СД1 изучено недостаточно.

Цель. Изучить влияние инсулинорезистентности на гликемические и негликемические метаболические параметры у пациентов с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с СД1, госпитализированные в эндокринологическое отделение Московского многопрофильного научно-клинического центра им. С. П. Боткина в период с октября 2024 по апрель 2025 года. Критерии включения: возраст 18–65 лет, непрерывный мониторинг глюкозы ≥ 14 суток вне госпитализации, активность датчика $\geq 70\%$. Критерии не включения: беременность, приём глюкокортикостероидов, ХБП С4–С5, острые заболевания или стресс. Пациенты разделены на группы по уровню pСУГ: >8 (без ИР) и <8 (с ИР) мг/кг/мин (30 и 32 человека соответственно). Пациенты, использовавшие Freestyle Libre, подключались к системе LibreView при поступлении,

остальным сенсор устанавливался после выписки.

Для анализа данных использованы t-критерий Стьюдента, критерий Манна—Уитни и критерий χ^2 . Для изучения взаимосвязей между рСУГ и другими показателями проведён корреляционный анализ.

Результаты. У пациентов с ИР отмечены более высокий средний уровень глюкозы (8,6 против 7,4 ммоль/л, $p=0,01$), большее время в диапазоне гипергликемии (29,5% против 18,7%, $p=0,03$) и меньшее — в диапазоне гипогликемии (4% против 10%, $p<0,05$). Время в целевом диапазоне и вариабельность гликемии не различались. Уровни общего холестерина, ЛПНП и триглицеридов были выше в группе ИР (5,1 и 4,5; 3,5 и 3,0; 1,6 и 0,9 ммоль/л соответственно, $p<0,05$).

Расчётная СУГ обратно коррелировала со средним уровнем глюкозы ($r=-0,54$), временем в диапазоне гипергликемии ($-0,46$), общим холестерином ($-0,30$), ЛПНП ($-0,40$) и триглицеридами ($-0,70$); $p<0,05$ для всех.

Выводы. У пациентов с СД1 и признаками ИР наблюдаются менее благоприятные показатели гликемического контроля и липидного профиля. Расчётная СУГ связана со средним уровнем гликемии, временем в диапазоне гипергликемии и показателями липидного спектра. Полученные данные подтверждают клиническую значимость оценки инсулинорезистентности при СД1.

Головина А.М.

ВЛИЯНИЕ ЗЕРКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ФАНТОМНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Руководитель: Фролов Д.В., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Зеркальная терапия как метод коррекции фантомного болевого синдрома (ФБС) известна довольно длительное время, однако, изучение её применения у пациентов, перенёвших травматическую ампутацию конечности, в частности при получении боевой травмы, продолжает оставаться перспективным в настоящее время.

Цель исследования. оценить эффективность метода зеркальной терапии в лечении проявлений фантомного болевого синдрома, возникшего на фоне травматической ампутации конечности.

Материалы и методы. Были обследованы 15 пациентов мужского пола, средний возраст $33,5 \pm 7,4$ лет с фантомным болевым синдромом, вызванным травматической ампутацией конечности вследствие боевой травмы, с оценкой по ВАШ боли 6 и более баллов, несмотря на приём стандартной терапии антиконвульсантов и анальгетических препаратов. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1-ю ($n=9$) вошли больные с односторонней ампутацией верхней конечности (3 человека) и односторонней ампутацией нижней конечности (6 человек), во 2-ю ($n=6$) – пациенты с двусторонней ампутацией нижней конечности (2 человека), односторонней ампутацией верхней конечности (1 человек) и односторонней ампутацией нижней конечности (3 человека). Первая группа в дополнении к медикаментозному лечению получала зеркальную терапию ежедневно в течение 7 дней по 20 минут. Исходно и спустя неделю всем пациентам проводилось измерение уровня боли по ВАШ и оценка индекса напряжения регуляторных систем (ИН) по Р.М. Баевскому на аппарате БОС «Колибри».

Результаты. При первом обследовании в обеих группах не было выявлено существенных различий ($p>0,05$) по уровню фантомной боли (7 баллов по ВАШ в среднем) и величине индекса напряжения, который оказался выше более чем на 50% от верхней границы нормы и в среднем составил 1127 единиц. Однако, при повторном обследовании спустя 7 дней в группе пациентов, получавших зеркальную терапию, снизились показатели боли до 3 и 4 баллов по ВАШ, а показатели ИН улучшились в среднем на 31% от исходного уровня, в то время как вторая группа отметила снижение боли по ВАШ до уровня 5 баллов, а улучшение показателей ИН дошло лишь до 17% от первоначальных значений.

Выводы. Проведение зеркальной терапии способствует существенному снижению проявлений фантомного болевого синдрома у пациентов, перенесших травматическую ампутацию конечности.

Гранаткин М.А., Стеничкина О.А., Ахметова А.Р., Пикулин Г.В.
АЗАЦИТИДИН И ВЕНЕТОКЛАКС В ЛЕЧЕНИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ
С ОСТРЫМ МИЕЛОИДНЫМ ЛЕЙКОЗОМ:

ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОБНОВЛЕННОЙ
КЛАССИФИКАЦИИ РИСКА ДЛЯ НИЗКОИНТЕНСИВНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ

Руководитель: Никитин Е.А., д.м.н., профессор
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Недавние достижения в лечении пожилых пациентов с острым миелоидным лейкозом (ОМЛ) показали эффективность низкоинтенсивных схем лечения, сочетающих азацитидин и венетоклакс (АзаВен). В то же время введение обновленной системы классификации риска ELN 2024 Less-Intensive (ELN 2024) улучшило прогностическую оценку, что позволяет более точно прогнозировать их выживание и разрабатывать персонализированные стратегии лечения.

Методы. Мы провели ретроспективный анализ пожилых пациентов с недавно диагностированным ОМЛ, получавших АзаВен в нашем центре. Пациенты были стратифицированы с учетом ELN 2024. Конечные точки, включая общую выживаемость (ОВ), выживаемость без прогрессирования (ВБП), медиану продолжительности ремиссии, медиану продолжительности циклов и медиану времени до ответа, были оценены с использованием анализа выживаемости по методу Каплана-Мейера.

Результаты. В исследование было включено 52 пациента с ОМЛ, средний возраст составил 69 лет (диапазон 50-88 лет); 52% были мужчинами; 69% пациентов имели де-ново ОМЛ; 27% – вторичный ОМЛ (после миелодиспластического синдрома или миелодиспластического/миелопролиферативного новообразования); 4% – терапевтически индуцированный ОМЛ. Медиана числа циклов лечения составила 4 (диапазон от 1 до 40). 10% пациентов перенесли аллогенную трансплантацию костного

мозга. На момент окончательного анализа 56% пациентов умерли.

Цитогенетическая стратификация риска по ELN 2022 и ELN 2024 была проведена во всех случаях. По ELN 2022, 6% (n = 3) были классифицированы как группа с благоприятным риском, 21% (n = 11) – как промежуточный риск, 73% (n = 38) – как группа с неблагоприятным риском. Используя ELN 2024, распределение изменилось значительно: 69% (n = 36) были классифицированы как благоприятный риск, 15,5% (n = 8) – как промежуточный и 15,5% (n = 8) – как неблагоприятный риск. Наиболее частые молекулярно-генетические нарушения: SRSF2 (14,5%), RUNX1 (6,9%), TET2 (5,2%), IDH2 (5,2%), ASXL1 (5,2%) и -7/del(7q) (5,2%).

Ответ достигли 71,2% (n = 37). Медиана времени до ответа составила 1,0 месяц (диапазон: 0,2-4,9), при этом 70% пациентов достигли ответа после одного цикла терапии. Медиана продолжительности ремиссии составила 9,8 месяцев (диапазон: 0,3-38,2). Мы сравнили показатели ремиссии по классификациям риска ELN. Согласно ELN 2024, в группе с благоприятным риском ремиссию достигли 83,3% (n = 30) пациентов, в группе с промежуточным риском – 37,5% (n = 3), в группе с неблагоприятным риском – 50% (n = 4), по сравнению с 66,7% (n = 2), 72,7% (n = 8) и 71,1% (n = 27) соответственно по ELN 2022.

Общая выживаемость (ОВ) в нашем исследовании составила 12 месяцев, а ВБП – 7,3 месяца. При сравнении результатов ОВ на основе классификации риска ELN, результаты были следующие: благоприятный риск – 2,5 против 13,4 месяцев (p = 0,0021), промежуточный риск – 50,9 против 5,9 месяцев (p = 0,1977), неблагоприятный риск – 12,4 против 3,6 месяцев (p = 0,0077), по ELN 2022 против ELN 2024 (Рисунок 1).

Заключение. В этом ретроспективном анализе пожилых пациентов с ОМЛ, получавших низкоинтенсивную терапию АзаВен, классификация риска ELN 2024 продемонстрировала более высокую прогностическую точность в предсказании общей выживаемости и ответа на лечение. Эти результаты подтверждают её улучшенную полезность в руководстве персонализированными стратегиями лечения по сравнению с традиционными

методами стратификации.

Григорян Э.А.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА

Руководитель: Мартынов А.А., д.м.н., профессор

кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Склероатрофический лихен (СЛ) является разновидностью ограниченной склеродермии, этиология которой до настоящего момента остается неизвестной. Точные данные о распространённости заболевания отсутствуют (по экспертным оценкам, не более 1%; отмечается тенденция к росту заболеваемости). В зависимости от локализации проявлений выделяют: экстрагенитальную (до 20% случаев) и генитальную (около 80% случаев) формы СЛ. В основном, страдают женщины в постменопаузе и, в меньшей степени, мужчины, дети в препубертатном возрасте и подростки. СЛ характеризуется мелкими рассеянными или сгруппированными белесоватыми бляшками и папулами, иногда с ливидным оттенком, размером 0,5-1,5 см. Процесс, как правило, заканчивается атрофией.

Клинический случай. Больной М., 13 лет, поступил в НМИЦ здоровья детей с жалобами на распространенные высыпания, вялое мочеиспускание и недержание мочи.

Согласно анамнезу: впервые жалобы на нарушение мочеиспускания в 2016 г. Был госпитализирован с острой задержкой мочи, что связали с рубцовым фимозом. Было выполнено циркумцизию. В 2017 г. повторно жалобы на задержку мочи, выполнена меатотомия. В 2018 г. повторная меатотомия. Регулярно получал лечение по поводу инфекции мочевыводящих путей. Результаты обследования:

ОАК: Нб 96 г/л, НСТ 29,4%, лейкоциты $15,4 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 28 мм/4;

БХ крови: креатинин 378,29 ммоль/л, мочева кислота 538,05 мкмоль/л, мочевины 23,82 ммоль/л;

УЗИ МПС: УЗ-признаки изменений стенок мочевого пузыря, остаточной мочи, мегауретера с 2-х сторон;

Патоморфологическая картина биоптата слизистой оболочки уретры: диффузный паракератоз, псоаризиформный акантоз, дискератоз всех слоев эпидермиса, пограничные изменения, реактивная атипия базальных кератиноцитов, гомогенизация сосочков дермы, субэпителиальный воспалительный инфильтрат.

Диагноз: Склероатрофический лишень Цумбуша.

Проведенное лечение: пункционная эпилистомия, системные ГКС, уросептики, наружно: мазь такролимуса 0,03%, симптоматическая терапия.

Выводы. Склероатрофический лишень является редким хроническим дерматозом. Диагностика СЛ может быть затруднена вследствие редкой встречаемости и отсутствия данных по данному заболеванию. В основе постановки диагноза лежит тщательный сбор анамнеза, физикальное обследование очага поражения и выявление характерных признаков СЛ. Очень важно иметь представление о данном заболевании, понимать его клиническую картину для предупреждения прогрессирования и развития осложнений, улучшения качества жизни пациентов и профилактики рецидивов.

Еремеева А.Д.

ФАЛЬСИФИЦИРОВАННАЯ КОНТРАФАКТНАЯ НЕДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРОДУКЦИЯ

Руководители: Харитонов М.В., к.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. По данным ВОЗ, фальсифицированные лекарственные средства (ЛС) в разных странах составляют от 1 до 30% фармацевтического рынка. В России по статистике доля недоброкачественной медицинской продукции достигает около 12%, немалая часть из которых относится к ЛС и медицинским изделиям (МИ) в косметологии. Подобная продукция может нанести вред здоровью вплоть до угрожающего жизни состояния, в т.ч. вызвать такие осложнения, как эмболия, приводящая к потере зрения или ишемическому инсульту, ишемия и некроз тканей, обезображивание, гранулематоз инородного тела и др..

Цель исследования. Анализ юридической ответственности за оборот незаконной медицинской продукции в Российской Федерации.

Материалы и методы. Исследование норм права, регулирующих оборот медицинской продукции: Конвенция «Медикрим», Федеральный закон от 21.11.21 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств", Закон РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральный закон от 31.12.2014 № 532-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок», Постановление Правительства РФ от 1 июня 2021 г. №852 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой

медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково"), Постановление Правительства Российской Федерации от 30 ноября 2024 г. №1684 "Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий", Уголовный кодекс Российской Федерации, Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и др..

Результаты. В борьбе с недоброкачественными ЛС и МИ Советом Европы инициирован международный документ – Конвенция «Медикрим». В 2018 году в России был ратифицирован указанный договор, что потребовало внесения новых норм права в действующую юридическую систему страны. Внутреннее законодательство дополнилось следующими статьями: 6.33 КоАП РФ, где фиксировалась административная ответственность за обращение фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных ЛС, МИ и оборот фальсифицированных биологически активных добавок (БАД), и 238.1 УК РФ, где инкриминировалась уголовная ответственность за то же деяние. Различие между ст. 6.33 КоАП РФ и ст. 238.1 УК РФ заключается в размере ущерба: административная ответственность наступает при ущербе до 100 тысяч рублей, уголовная – в случаях, когда ущерб превышает эту сумму. Вместе с тем уголовная ответственность предусмотрена, если незаконные действия привели к причинению вреда здоровью, вплоть до летального исхода.

Заключение. Случаи подделки медицинской продукции в сфере косметологии - не редкое явление, которое санкционируется административной или уголовной формой ответственности, что требует от представителей врачебного сообщества в области эстетической медицины особого внимания к соблюдению законодательства и к качеству применяемой медицинской продукции.

Ильина Т.Д.

ОБЗОР ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ТЕМЕ
СОЧЕТАННОГО ПРОТОКОЛА ОДНОМОМЕНТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА ВЫСОКОГО НАПРЯЖЕНИЯ (HIFES)
С МОНОПОЛЯРНЫМ РАДИОВОЛНОВЫМ
ЛИФТИНГОМ И БОТУЛИНОТЕРАПИИ

Руководитель: Соколова А.В., д.м.н., профессор
кафедра дерматовенерологии и косметологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Актуальность настоящего исследования обусловлена возрастающей потребностью практикующими врачами-косметологами эффективного и безопасного способа коррекции нижней трети лица и шеи с возможностью работы в комбинированных протоколах инъекционных и аппаратных методик. Косметологические методики в самостоятельном исполнении показывают более низкую эффективность, в отличие от сочетанных протоколов, которые на сегодняшний день актуальны, безопасны и необходимы в клинической практике врача-косметолога, поскольку они не только дополняют друг друга, но и проявляют синергетический эффект.

Цель исследования. Целью работы является анализ и изучение состояния отечественной и зарубежной литературы по теме одномоментного применения сочетанных методик в косметологии: электрического тока высокого напряжения (HIFES) с монополярным радиоволновым лифтингом и ботулинотерапии.

Материалы и методы. Произведен поиск литературы с 2008 по 2025 год в международной базе публикаций PubMed. Найдено 15 источников литературы. Из них: 5 в российской литературе и 10 в зарубежной, по комбинированным протоколам с применением ботулинического токсина и других косметологических методик.

Результаты. Результаты данного анализа показали: Khoury J.G., и соавторы демонстрируют комбинированный протокол ботулинического

токсина с интенсивным импульсным светом (IPL) с улучшением общего эстетического эффекта на 15% (морщины, текстура и гиперпигментация). Юцковская Я.А. и соавторы, показали, что микротоковая терапия, проведенная перед инъекциями ботулинического токсина, не приведет к усилению миорелаксирующего действия токсина, однако назначенная после ботулинотерапии будет оказывать выраженное регенерирующее действие, в том числе за счет активизации энергетического обмена и работы кальциевых каналов. В нескольких исследованиях оценивали сочетание ботулинического токсина и филлеров в нижней трети лица. Monheit G.D. и соавторы доказали, что сочетанное воздействие привело к более выраженным улучшениям по сравнению с исходным состоянием во всех конечных и контрольных временных точках

Нам не удалось найти данных литературы о сочетанном применении методик: аппаратного метода радиоволнового лифтинга, HIFES и введения ботулинического токсина. Таким образом, данная работа является актуальной и является предметом дальнейшего исследования.

Выводы. Сочетанные протоколы показывают наиболее высокие результаты в омоложении нижней трети лица и шеи, за счет взаимного усиления положительного действия методик друг на друга и достижения более выраженных и продолжительных результатов с акцентом на малоинвазивность и эффективность. Комплексное воздействие отражает современную клиническую практику, направленную на коррекцию различных проявлений старения одномоментно.

Князева Я.О.

ПРОФИЛАКТИКА БЕЛОГО ПИТИРИАЗА

Руководитель: Плахова К.И., д.м.н., доцент
кафедра дерматовенерологии и косметологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Белый питириаз - дерматологическое заболевание, характеризующееся появлением гипопигментированных пятен. Это состояние значительно влияет на качество жизни пациентов, вызывая психологический дискомфорт, снижение самооценки и даже социальную изоляцию, в связи с чем требуется систематизация данных о профилактике данного заболевания.

Цель исследования. Провести поиск и анализ публикаций, посвящённых мерам профилактики у пациентов с белым питириазом.

Материалы и методы. Проведен электронный поиск публикаций в базе данных PubMed с 1956 г. по настоящее время, базе данных Wiley Online Library с 1912 г. по настоящее время. Осуществлялся поиск документов, содержащих ключевые слова или медицинские предметные рубрики *Pityriasis alba*; *Pityriasis alba prevent*, *Pityriasis alba prophylaxis*. Было найдено 572 документа. Дальнейший поиск проводился в ручном режиме. Было отобрано 12 документов. Исходно проводился скрининг названия и резюме потенциальных исследований, в случае недостаточной информативности изучался полный текст статьи. Были исключены истории болезни, комментарии, письма. Были оставлены исследования только с участием людей. Библиография всех найденных исследований была изучена с целью выявления дополнительных, не обнаруженных ранее публикаций.

Результаты. Меры профилактики, обладающие уровнем доказательности В: снижение воздействия ультрафиолетового излучения, применение солнцезащитных средств, коррекция гигиенических процедур, направленная на предотвращение использования мыла и абразивных средств, частого и длительного купания. Меры профилактики, обладающие уровнем доказательности С: использование наружных увлажняющих средств – эмоленов, исследование и коррекция уровня витамина D, исследование и

коррекция уровня цинка, проведение паразитологического исследования.

Выводы. Найденные меры профилактики могут снизить риск появления белого питириаза, а тем самым улучшить качество жизни пациентов, предотвратить возможные осложнения.

Козырева В.О.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОЙ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Руководитель: Евстигнеева И.С., к.м.н., доцент
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Известно, что течение послеоперационного периода у пациенток после хирургического лечения рака молочной железы (РМЖ) может осложняться, что влияет не только на увеличение времени пребывания пациенток в стационаре и психологический дискомфорт, но и создает риск развития функциональных нарушений в отдаленном периоде. Таким образом, является актуальным поиск современных методов медицинской реабилитации, оптимизирующих скорость и качество заживления послеоперационной раны.

Цель. Оценить эффективность применения низкотемпературной плазмы в раннем послеоперационном периоде хирургического лечения рака молочной железы.

Материалы и методы. Проведено проспективное простое рандомизированное исследование с участием 60 пациенток в раннем послеоперационном периоде РМЖ. Все пациенты в процессе основного лечения получали базовый курс медицинской реабилитации, состоящий из процедур общей магнитотерапии, лечебной физической культуры, тренировках по опорной реакции на БОС-платформе с биологической обратной связью, нутритивной поддержки, консультаций психолога. Пациенты основной группы (n=30), в дополнение к базовой программе, получали процедуры воздействия низкотемпературной аргонной плазмой (НТП), которые проводились по сканирующей методике на расстоянии 10–12 мм от кожи со скоростью обработки – 1–2 мм/с. Полученные результаты фиксировались с помощью клинико-функциональных и инструментальных

исследований.

Результаты. При визуальной оценке выявлены различия в отношении качества заживления послеоперационной раны: снижение отечности ($p=0,047$) и количества отделяемого ($p=0,017$) преобладало в группе с применением НТП. Анализ ЛДФ-грамм показал более эффективное восстановление микроциркуляции (МЦ) у пациенток, получающих процедуры НТП. Высокая перфузия ($M=11,06$ пф. ед. $[9,29 - 13,28]$ в основной группе и $M=10,53$ пф. ед. $[9,61 - 12,69]$ в группе сравнения) и застойные явления на начальном этапе сменялись стабилизацией перфузии и снижением амплитуд дыхательных и сердечных ритмов. Так, в основной группе зафиксировано снижение средней перфузии на 19,71%, а также отмечены значимые различия между группами в отношении вклада миогенной ($p=0,047$), сердечной ($p=0,039$) и дыхательной ($p=0,038$) составляющих, что свидетельствует о нормализации МЦ у пациенток с применением НТП. Кроме того, в группе с применением НТП отмечено повышение нутритивного кровотока на 61,65% (основная группа повышение с 2,79 $[2,03; 3,17]$ до 4,51 пф. ед. $[3,54; 5,29]$; группа сравнения с 2,71 $[2,16; 3,25]$ до 3,23 пф. ед. $[2,81; 4,21]$), снижение шунтового кровотока на 41,63% (основная группа снижение с 7,59 $[6,81; 10,10]$ до 4,43 пф. ед. $[3,93; 5,54]$; группа сравнения с 8,04 $[6,93; 9,94]$ до 6,27 пф. ед. $[5,25; 7,19]$) и показателя шунтирования в 1,14 раз. Полученные результаты влияния НТП подтверждаются лучшей удовлетворенностью рубцовой тканью через 2 мес., формированием менее заметных и более эластичных рубцов в основной группе, а также меньшей суммой баллов по шкале POSAS в группе с применением НТП (основная группа - 33,00 $[30,25 - 36,00]$; группа сравнения 37,00 $[35,25 - 41,00]$, $p=0,003$).

Выводы. Продемонстрирована эффективность применения НТП в комплексной медицинской реабилитации пациентов в раннем послеоперационном периоде РМЖ.

Колиева В.А.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ

Руководитель: Асоскова А.В., к.м.н., доцент
кафедра дерматовенерологии и косметологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Базальноклеточный рак кожи – это злокачественная опухоль, происходящая из базальных кератиноцитов эпидермиса кожи и/или волосяных фолликулов и характеризующаяся местно деструктирующим медленным ростом, разнообразием клинических форм и редким метастазированием. К основным факторам риска развития базалиомы относятся воздействие ультрафиолетового излучения, 1 и 2 фототип кожи, врожденный и приобретенный иммунодефицит, а также некоторые предраковые состояния (пигментная ксеродерма, актинический кератоз). Данное заболевание является наиболее часто встречаемым среди злокачественных новообразований кожи, на его долю приходится до 80% всех немеланомных опухолей кожи. Учитывая широкую распространенность и частое рецидивирование, необходима разработка мер по профилактике данного заболевания.

Цель исследования. Провести поиск и анализ данных публикаций, посвящённых изучению мер профилактики у пациентов с базальноклеточным раком кожи.

Материалы и методы. Был проведен электронный поиск публикаций в базе данных PubMed с 1956 г. по настоящее время. Был осуществлен поиск документов, содержащих ключевые слова: basal cell carcinoma, prevention. Было найдено 2355 документов. Дальнейший поиск проводился в ручном режиме. Было отобрано 13 документов. В русскоязычных базах Cyberleninka, Яндекс найдены публикации с 1952 г. по настоящее время. Был осуществлен поиск документов, содержащих ключевые слова: Базальноклеточный рак, базалиома, профилактика. Было найдено 223 документа. Дальнейшей поиск

проводился в ручном режиме. Был отобран 1 документ.

Результаты. Были найдены данные о мерах первичной и вторичной профилактики базальноклеточной карциномы с различными уровнями доказательности. К мерам с доказательностью уровня А относятся следующие: избегание солнечных ожогов и действия искусственного ультрафиолета, применение α -дифторметилорнитина, цеlexоксиба для снижения развития базальноклеточного рака у пациентов с кератиноцитарным раком в анамнезе, прием иАПФ/БРА у лиц с высоким риском развития базальноклеточного рака, применение имихимода в качестве лечения актинического кератоза для профилактики базальноклеточного рака, соблюдение диеты с низким содержанием жиров у лиц с высоким риском, также было отмечено положительное влияние кофеина на снижение риска развития базальноклеточной карциномы.

К мерам с доказательностью уровня В относятся следующие: пероральный прием никотинамида у пациентов с высоким риском, применение 5-фторурацила в качестве лечения актинического кератоза для профилактики базальноклеточного рака, использование T4N5 липосомального лосьона для снижения риска развития базальноклеточного рака кожи у пациентов с пигментной ксеродермой, прием метформина для снижения риска развития базальноклеточной карциномы.

Выводы. При поиске возможных методов профилактики базальноклеточной карциномы был выявлен ряд мер, способствующих снижению риска развития данного заболевания как в общей популяции, так и у лиц с высоким риском (базальноклеточным раком в анамнезе, предраковыми состояниями).

Колько Ю.О.

РОЛЬ БИОСЕНСОРОВ В ОЦЕНКЕ МОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Руководитель: Левин О.С., д.м.н., профессор
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. болезнь Паркинсона (БП) представляет собой прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, сопровождающееся моторными (тремор покоя, ригидность, гипокинезия) и немоторными нарушениями. С развитием искусственного интеллекта в неврологии появляются новые возможности в оценке двигательных симптомов БП. Одной из таких технологий является цифровая программа биосенсоров, которая накладывает изображение на руку исследуемого с последующим считыванием данных сигналов и построением соответствующего графика.

Цели. оценить эффективность работы программы биосенсоров.

Задачи. провести отбор пациентов с болезнью Паркинсона 1-3 стадии без сахарного диабета и инсультов в анамнезе. Сравнить результаты с приложенными видеоматериалами.

Методика исследования. в исследовании применялись биосенсоры индивидуально разработанные приложением компании ФОРС (ГК ФОРС, Россия), с помощью которого записывалось выполнение проб в реальном времени. Программа содержит ряд тестов для оценки двигательных нарушений в кисти и пальцах с каждой стороны при болезни Паркинсона (проба "кисть", проба "пальцы", 2 пробы тэп-тестов).

На первом этапе исследования был выполнен отбор пациентов (n=43) с болезнью Паркинсона 1-3 стадии без сахарного диабета и инсультов в анамнезе на базе ММНКЦ им. С.П. Боткина в поликлинике Центра Экстрапирамидных расстройств. Во второй этап исследования на основе полученных данных были выделены 3 контрольные группы: I группа (n=13)

пациенты ощущающие периоды «включения/выключения» и имеющие флюктуации, II группа (n=23) пациенты не ощущающие периоды «включения/выключения» и имеющие флюктуации, III группа (n=7) пациенты не ощущающие периоды «включения/выключения» и без флюктуаций. Изучив результаты отдельно в каждой группе, наблюдалась тенденция с нарастанием скованности и снижением скорости движений в одной или обеих руках в соответствии с прогрессированием стадии заболевания.

Результаты. На основе полученных данных в I группе отмечалась тенденция к нарастанию скованности и увеличением скорости движений в руке. Во II группе результаты в соответствии со стадией были различны у пациентов с БП I-II стадии по Хен-Яру наблюдались снижение амплитуды и увеличение скорости движений только в одной руке, у пациентов с БП III стадии по Хен-Яру отмечалось снижение амплитуды и снижение скорости движений в обеих руках. III группе наблюдалось уменьшение скованности и увеличение скорости движений в обеих руках. Таким образом, процент выявления постепенно развивающихся моторных флюктуаций и лекарственных дискинезий составляет 87,3% от общего числа пациентов. Возникновение и усиление лекарственных дискинезий, замечаемых пациентами самостоятельно и отмечающими ухудшение, составляет 30,2% от общего числа больных. 53,5% составляют непредсказуемые флюктуации и лекарственные дискинезии у пациентов.

Выводы. Программа биосенсоров в значимой степени совпадает с клинической картиной болезни Паркинсона и прогрессированием заболевания у пациента. Детально оценивает моторные нарушения до и после приема противопаркинсонических препаратов (агонисты дофаминергических рецепторов, препараты леводопы). Из этого следует, возможность использовать программу биосенсоров для мониторингирования динамики состояния больных дистантным образом с последующим их введением в курс лечения.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, биосенсоры, моторные

флюктуации, лекарственные дискинезии

Кондрахин А.А.¹

Т-КЛЕТОЧНАЯ ЛИМФОМА КОЖИ. ГРИБОВИДНЫЙ МИКОЗ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Руководитель: Асоскова А.В.², к.м.н., доцент

кафедра дерматовенерологии и косметологии

1 – ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, г. Москва

2 – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Т-клеточная лимфома кожи (ТКЛК) – это гетерогенная группа лимфопролиферативных заболеваний, характеризующиеся моноклональной пролиферацией Т-лимфоцитов в коже. Грибовидный микоз получил свое название из-за появления на коже «грибовидных» образований, поражающие различные участки кожного покрова. По данным ВОЗ заболеваемость составляет 6-7 случаев на 1 миллион населения с тенденцией к росту в последние десятилетия. Неясный патогенез и вариабельность клинических проявлений затрудняют диагностику и лечение кожной Т-клеточной лимфомы. На поздних стадиях кожная Т-клеточная лимфома имеет неблагоприятный прогноз. Точная диагностика имеет первостепенное значение для определения тактики ведения пациента.

Клинический случай. В ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России январе 2025 обратилась пациентка 73 лет с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, лица, шеи, туловища, паховой и ягодичной области, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся выраженным зудом. Считает себя больной с 2013 года, когда впервые отметила появление двух пятен розового цвета на коже надключичной области, в связи с чем обратилась к врачу-дерматовенерологу, диагноз не был установлен. До января 2023 года пациентка наблюдалась у врача-дерматовенеролога амбулаторно в КВД по месту жительства, получала наружную терапию. В связи с неэффективностью была госпитализирована в областной КВД с диагнозом «Парапсориаз. Грибовидный микоз?», где была выполнена биопсия кожи с гистологическим

исследованием, по заключению которой рекомендовалась ИГХ-исследование. В январе 2024 года готовые гистологические препараты были направлены в ООО «Лечебно-диагностический центр международного института биологических систем им. С. Березина» для проведения ИГХ-исследования, по заключение которого: «гистологические изменения и иммунофенотип клеток инфильтрата соответствуют грибовидному микозу (пятнисто-бляшечной стадии).

Status localis: кожный патологический процесс носит распространенный характер, локализуется на коже волосистой части головы, лица, шеи, туловища, паховой и ягодичной области, верхних и нижних конечностей, представлен пятнами и умеренно инфильтрированными множественными бляшками, цвет которых варьирует от ярко-розового до розового, местами сливающимися между собой.

Проводившееся лечение:

1. Общая узкополосная средневолновая фототерапия, 14 процедур
 2. Хлоропирамин 1 мл внутримышечно 1 раз в сутки №7
 3. Хлоропирамин 25 мг, по 1 таблетке в сутки
 4. Наружная терапия: 0,1% крем Бетаметазона + крем Унны в соотношении 1:1; 0,1% крем Бетаметазона; крем Унны; 2% мазь с мочевиной.
- На фоне проведенной терапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения интенсивности окраски и степени выраженности инфильтрации высыпаний, регресс отдельных элементов.

Вывод. кожная Т-клеточная лимфома представляет собой серьёзную проблему для пациентов из-за своей редкости. На ранних стадиях заболевания часто возникают трудности в постановке диагноза из-за схожести с доброкачественными состояниями. Описанный клинический случай демонстрирует важность своевременной постановки диагноза при Т-клеточной лимфоме кожи.

Кондрахин А.А.¹

ДЕРМАТОСКОПИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ

Руководитель: Асоскова А.В.², к.м.н., доцент

кафедра дерматовенерологии и косметологии

1 – ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, г. Москва

2 – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Рубцовые алопеции (РА) — группа редких воспалительных заболеваний сально-волосного фолликула, характеризующихся полным разрушением пилосебацейных юнитов и необратимой потерей волос. Распространенность этой патологии составляет 5,0-7,3% от всех случаев выпадения волос. Данная патология не так часто встречается в практике врача-дерматовенеролога. Исходом патологического процесса при локализации на коже волосистой части головы становится рубцовая алопеция, приводящая к полному разрушению волосных фолликулов и замещению их соединительной тканью. Выявление признаков патологии на ранних этапах позволяет остановить прогрессирование заболевания. Очень часто встречаются лимфоцитарные рубцовые алопеции: Дискоидная красная волчанка и Фолликулярный плоский лишай. У каждого из этих заболеваний есть свои трихоскопические признаки, что важно учитывать при дифференциальной диагностике.

Описание клинических случаев. В ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России в апреле 2024 обратилась пациентка А., 1962 года рождения, с жалобами на зуд кожи волосистой части головы. Выраженность зуда пациентка оценивала в 9 баллов из 10 по визуальной аналоговой шкале. В феврале 2025 обратился пациент Б, 1987 года рождения, с жалобами на очаговое выпадение волос и шелушение кожи волосистой части головы в течение 4 месяцев. Пациенты ранее обращались к врачу-дерматовенерологу, где были выставлены диагнозы «Зуд неуточненный», «Себорейный дерматит», «Аллергический дерматит». В

амбулаторных условиях было проведено лечение: шампуни с кетоконазолом, антигистаминные препараты, без положительного эффекта.

При осмотре пациентов: на коже волосистой части головы отмечаются очаги рубцового выпадения волос, сливающиеся между собой. Кожа в очагах атрофична, цвета слоновой кости. При трихоскопии у пациентки А. обнаруживаются: выраженное перифолликулярное шелушение, очаги атрофии, молочного цвета, и перифолликулярная и межфолликулярная эритема, чешуйки, формирующие над поверхностью кожи вокруг волоса трубчатую структуру, высотой 2-3 мм. В пределах очагов сохраняются изолированные дистрофичные волосы. При трихоскопии у пациента Б.: в патологических очагах наблюдаются толстые древовидные сосуды.

На основании жалоб, клинической картины и данных трихоскопии, были выставлены предварительные диагнозы: «Рубцовая алопеция». Для верификации диагноза, проведена диагностическая биопсия кожи с последующим патоморфологическим исследованием, по заключению, диагноз был установлен (у пациентки А. «Фолликулярный плоский лишай»; у пациента Б. «Дискоидная красная волчанка»). После консультации врача-терапевта и врача-офтальмолога об отсутствии противопоказаний к приему гидроксихлорохина, было назначено лечение: Гидроксихлорохин 200 мг - по 1 таблетке, 2 раза в день. Спустя 4 недели от начала лечения, пациентка отметила уменьшение интенсивности зуда, спустя 6 недель – полное исчезновение зуда. Через 12 недель была выявлена положительная динамика, в виде уменьшения выраженности эритемы и перифолликулярного шелушения.

Вывод. Демонстрация клинических случаев редких дерматозов и разбор алгоритма диагностики (в том числе трихоскопических признаков) и тактики ведения пациента, что поможет молодым врачам своевременно установить диагноз и провести лечение в необходимом объеме.

Кулишова А.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТЕЛОГЕНОВОЙ АЛОПЕЦИИ

Руководитель: Асоскова А.В., к.м.н., доцент

кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Телогеновое выпадение волос — одно из наиболее распространённых заболеваний в клинической дерматологии. Это сложная для лечения и профилактики патология в первую очередь из-за ее многофакторной этиологии, которая включает как физиологические, так и нефизиологические причины. Телогеновая алопеция возникает при преждевременном переходе анагеновых волос в стадию телогена. К основным триггерным факторам относят: физиологические состояния (послеродовое выпадение волос, выпадение волос у новорожденных); лихорадку; стресс; прием некоторых лекарственных средств; эндокринную патологию; нарушение работы внутренних органов; нарушение цикла роста волос; нутритивную недостаточность; локальное воздействие краски для волос; сифилис; системную красную волчанку. Хотя выпадение волос само по себе не опасно для жизни, психологические последствия реальны и могут серьёзно повлиять на ее качество.

Цель. Систематизировать данные современной отечественной и зарубежной научной литературы, результаты актуальных клинических исследований, касающиеся предотвращения телогенного выпадения волос у предрасположенных лиц, устранения и минимизации влияния факторов риска патологии, предупреждения развития обострений.

Материалы и методы. Анализу подвергались полные тексты статей на русском и английском языках в электронных базах данных PubMed, Cyberleninka за период с 1992 г. по 2024 г. Был осуществлен поиск документов, содержащих ключевые слова или медицинские предметные рубрики: telogen hair loss prevention, telogen effluvium prevention, профилактика телогеновой

алопеции. Было найдено 118 документов. Дальнейший поиск проводился в ручном режиме. Было отобрано 16 документов.

Результаты. Сбалансированное питание с достаточным количеством белка, железа, полиненасыщенных жирных кислот, исключение гипокалорийных низкоуглеводных и низкобелковых диет, прием минерально-витаминных комплексов при наличии дефицита микро- и макроэлементов - одни из актуальных аспектов профилактики телогеновой алопеции (уровень доказательности В). Ключевыми моментами также являются исключение дисфункции щитовидной железы (в частности гипотиреоза) и ее коррекция при наличии показаний (уровень доказательности В); исследование уровня сывороточного ферритина и при необходимости - коррекция железодефицита (уровень доказательности В). Рекомендуется контроль приема лекарственных препаратов, способных вызвать телогенное выпадение волос: оральные контрацептивы, андрогены, ретиноиды, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, противосудорожные препараты, антидепрессанты и антикоагулянты (уровень доказательности В). Важным аспектом профилактики является также исследование уровня 25(ОН)D в сыворотке крови и коррекция его дефицита (уровень доказательности А). При наличии у пациента анамнестических данных о стрессах, клинических признаков психоэмоциональной нестабильности или психопатологических нарушений показана консультация психотерапевта с возможностью психологической поддержки (уровень доказательности С).

Выводы. Хотя телогеновую алопецию не всегда можно избежать, определённые изменения в образе жизни, своевременное устранение триггерных факторов, коррекция дефицитных состояний и лечение сопутствующих заболеваний могут помочь свести к минимуму или предотвратить выпадение волос. Систематизация и усовершенствование сведений о профилактике данной патологии будут иметь решающее значение в борьбе с низкой самооценкой, социальной изоляцией и снижением качества жизни пациентов.

Кулишова А.Ю.

ДЕКАЛЬВИРУЮЩИЙ ФОЛЛИКУЛИТ:
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Руководитель: Асоскова А.В., к.м.н., доцент
кафедра дерматовенерологии и косметологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Декальвирующий фолликулит - хроническое воспалительное заболевание волосяных фолликулов, которое, при позднем обращении и несвоевременной диагностике, приводит к стойкому рубцеванию, как следствие, необратимой потере волос. Данная патология относится к группе первичных нейтрофильных рубцовых алопеций, характеризуется перифолликулярными пустулами, шелушением, корочками и пучковыми волосами, часто сопровождается болью, жжением или зудом. Декальвирующий фолликулит представляет собой сложную проблему в клинической дерматологии из-за своей редкости, трудности дифференциальной диагностики, устойчивости к лечению и склонности к рецидивам.

Описание клинического случая. На прием к врачу-дерматовенерологу обратился 41-летний мужчина с жалобами на высыпания в области макушки, сопровождающиеся зудом. Указанные симптомы беспокоили пациента около полугода. Впоследствии он отметил прогрессирование поредения волос в данной зоне, формирование ограниченных очагов выпадения. На других участках волосистой части головы подобных поражений не наблюдалось. При осмотре: патологический процесс носил ограниченный характер, локализовался на коже волосистой части головы. Визуализировались перифолликулярные пустулы и эритема в сочетании с желто-серыми чешуйками, эрозиями и геморрагическими корками, а также зоны рубцовой алопеции цвета слоновой кости. При дерматоскопии отмечались пучки волос,

выходящие из единых расширенных фолликулярных отверстий (политрихия), перифолликулярное шелушение в виде «трубочки», складки эпидермальной гиперплазии, молочно-белые очаги атрофии с отсутствием фолликулярных устьев. В лабораторных исследованиях отклонений от нормы не выявлено. Семейный анамнез по дерматологическим заболеваниям не был отягощен. Прием каких-либо препаратов во время или до появления высыпаний и поредения волос пациент отрицал. На основании данных анамнеза, клинической и дерматоскопической картин был выставлен предварительный диагноз «Рубцовая алопеция. Декальвирующий фолликулит?». Пациенту проведена диагностическая биопсия кожи с последующим патоморфологическим исследованием с целью верификации диагноза. По данным гистологического исследования предварительный диагноз был подтвержден и назначены системные и топические антибактериальные препараты. Через 8 недель на фоне проводимой терапии была отмечена положительная динамика в виде регресса высыпаний и зуда, восстановления роста волос по периферии очагов выпадения волос. Пациенту было рекомендовано динамическое наблюдение для раннего выявления обострений процесса и своевременного лечения с целью предотвращения дальнейшего прогрессирования рубцовой алопеции.

Выводы. Описанный клинический случай подчеркивает важность максимально ранней диагностики декальвирующего фолликулита, так как постоянное ощущение болезненности, зуда или жжения снижает качество жизни пациента, а при далеко зашедшем процессе формируется стойкое рубцевание и необратимая потеря волос. Систематизация и усовершенствование сведений об этиопатогенезе, клинических проявлениях и особенностях дерматоскопической картины могут помочь в дифференциальной диагностике данной патологии. Многообразие существующих методов лечения подчёркивает сложность борьбы с декальвирующим фолликулитом, и в зависимости от конкретных особенностей каждого клинического случая могут потребоваться индивидуальные подходы и схемы терапии.

Мехтиева Д.Э.

ПРОФИЛАКТИКА ПИТИРИАЗА ЛИХЕНОИДНОГО ХРОНИЧЕСКОГО

Руководитель: Мартынов А.А., д.м.н., профессор

кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Питириаз лихеноидный хронический — хроническое поражение кожных покровов неизвестной этиологии, которое связывают с нарушением функционирования определенных клонов Т-лимфоцитов.

Цель. На основе научной литературы обобщить знания о реализации наиболее значимых профилактических программ при ремиссии заболевания.

Материалы и методы. Проведение ретроспективного анализа научной литературы на основе баз данных PubMed, Scopus, dermatology.ru, BRITISH ASSOCIATION OF DERMATOLOGISTS. Для подготовки обзора было найдено 130 статей, дальнейший поиск проводился в ручном режиме. Было отобрано 6 документов.

Результаты. В настоящее время причина возникновения заболевания неизвестна. Однако в зарубежной литературе предполагается, что в развитии лихеноидного питириaza значимую роль играет формирование реакции гиперчувствительности на различные инфекционные агенты: вирусы (вирус Эпштейна-Барра, цитомегаловирус, вирус иммунодефицита человека), бактерии (стафилококк, стрептококк), паразиты (*Toxoplasma gondii*), также воспалительная реакция на лекарства: ингибиторы - TNF, статины, антидепрессанты и лимфопролиферативные заболевания. Лихеноидный питириаз одинаково часто встречается у представителей всех рас, этнических групп и географических регионов. Заболеваемость выше у мужчин, чем у женщин (1,5-3,0:1,0). Развивается преимущественно у людей в возрасте 15-30 лет, редко у пожилых лиц. Лихеноидный питириаз имеет острую форму - pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA) и хроническую - pityriasis lichenoides chronica (PLC). Частота выявления хронических форм заболевания

в 3 раза выше, чем острых. Могут отмечаться клинические проявления острого и хронического лихеноидного пситириаз (клинический перекрест). Пситириаз лихеноидный хронический характеризуется появлением плоских округлых папул 4-10 мм, имеющие вначале розовый или красный цвет, затем желтовато-коричневый, инфильтрат в основании папулы незначительный. Высыпания не сливаются и не группируются. Наблюдается медленное начало (недели, месяцы), длительное течение (несколько лет) и чередование периодов обострений и ремиссий. Субъективные ощущения обычно отсутствуют, иногда больных беспокоит незначительный зуд. При поскабливании поверхности папул могут определяться симптомы скрытого шелушения и точечного кровоизлияния. Через 1-2 недели на поверхности папул появляется похожая на слюду чешуйка (симптом коллоидной пленки), которая со временем отторгается по периферии, оставаясь прикрепленной к коже только в центре (симптом «облатки»). Высыпания локализуются в области груди, живота, спины, проксимальных отделов конечностей, характерно поражение внутренней поверхности плеч. Элементы отсутствуют в области лица, волосистой части головы, ладоней и подошв. Через несколько недель папулы самостоятельно разрешаются с формированием вторичных гиперпигментных пятен. Рекомендуется в качестве первичной профилактики использовать увлажняющие и смягчающие средства (эмоленды) наружно с целью поддержания водно-липидного баланса, барьерных функций кожи, удлинения периода ремиссии.

Также в качестве мероприятий вторичной профилактики после лечения избегать пребывания на солнце и защищать кожу открытых участков тела от прямых солнечных лучей фотозащитным кремом spf 50. Ограничение профессиональных факторов (вредностей) следует избегать работы под прямыми солнечными лучами и ультрафиолетового излучения во избежание рецидива заболевания.

Выводы. Таким образом, соблюдение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и воздействия факторов риска развития пситириаз лихеноидного хронического, предотвращает

возникновение обострения и рецидива заболевания.

Пекова Г.А., Якушина А.С., Романова О.В.
СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ:
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Руководители: Созаева Л.Г., к.м.н., доцент,
Евстигнеева И.С., к.м.н., доцент
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) характеризуется выраженным дискомфортом в области таза в течение более 3 месяцев, часто без признаков патологии. Практически до 60-80% пациенток отмечают, что СХТБ ухудшает качество жизни. Терапевтические стратегии при СХТБ складываются из комплекса различных средств воздействия: фармако-, физио- и психотерапия, лечебная физкультура, хирургическое лечение.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность при синдроме хронической тазовой боли комбинированного лечения с применением лекарственных средств растительного происхождения, и экстракорпоральной магнитной стимуляцией тазового дна.

Материалы и методы. Обследовано 91 женщин в возрасте от 25 до 45 лет с жалобами на тазовую боль более 6 месяцев. Все пациентки были разделены на 3 группы. В группе 1: женщины ежедневно проводили монотерапию крем-карандашом растительного происхождения ректально. В группе 2: пациенткам в течение 10 дней с 5-го по 15-й день менструального цикла, проводили процедуры экстракорпоральной магнитной стимуляции (ЭМС) органов малого таза; по окончании курса ЭМС ежедневно назначали препарат растительного происхождения ректально. В группе 3: проводили только процедуры ЭМС. В качестве оценки эффективности терапии пациенткам предлагалось заполнение анкеты визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), представляющей градацию боли от 0 (нет боли) до 10 баллов (нестерпимая боль), и проводился контроль изменений кровотока в артериях и венах матки и яичника при помощи ультразвуковой доплерометрии.

Результаты. В результате анкетирования по ВАШ выявлено, что динамика средних показателей интенсивности боли показала стойкое снижение болевого синдрома после проведенного лечения по всем исследуемым группам. В группе 1 отметили снижение интенсивности тазовой боли по ВАШ на 2,2 балла (на 57,9%), в группе 2 на 4 балла (на 83,4%), в группе 3 ЭМС – на 1,3 балла (на 32,5%). При доплерометрии сосудов матки в аркуантных и базальных сосудах матки зарегистрировано выраженное увеличение просвета в группах, где проводился курс ЭМС органов малого таза. Во внутренних подвздошных и маточных артериях достоверно не фиксировались изменения показателей кровотока.

Выводы. Анализ результатов исследования показал, что применение комбинированного лечения синдрома тазовой боли препаратами растительного происхождения и экстракорпоральной магнитной стимуляцией тазового дна снижает интенсивность тазовой боли. В группе получавших комбинированную терапию, получен наиболее выраженный клинический эффект, Положительное влияние растительного препарата обосновано улучшением кровоснабжения органов малого таза. Применение ЭМС в комплексной терапии является клинически результативным вследствие воздействия на миофасциальные триггерные точки, а простота выполнения позволяет рекомендовать его применение в гинекологической практике.

Романова О.В., Багандова Р.Б.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
ЛАДОННО-ПОДОШВЕННОГО СИНДРОМА
ПОСЛЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Руководитель: Евстигнеева И.С., к.м.н., доцент
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Ладонно-подошвенный синдром — это токсическая реакция с проявлением на коже ладоней и подошв, возникающая в результате химиотерапевтического лечения (цитостатиков). Данный синдром может иметь различные клинические проявления: минимальные изменения в виде отёка, эритемы или гиперкератоза не сопровождающиеся болевым синдромом; умеренные и выраженные клинические изменения в виде шелушения, кровоподтёков, отёка и гиперкератоза сопровождающиеся болевым синдромом. Данные проявления снижают качество жизни пациентов и сложно поддаются реабилитации.

Клинический случай. Пациентка Н., 72 лет обратилась на приём к врачу-физиотерапевту с жалобами на онемение и выраженное шелушение пальцев рук. Из анамнеза: при обследовании в 2024г. диагностирован рак правой молочной железы. Проводилась НАПХТ по схеме ЕС + 12 еженедельных введений паклитаксела, 03.12.2024 выполнена операция радикальная мастэктомия справа, начата таргетная терапия трастузумабом 26.02.2025 и гормонотерапия ингибиторами ароматазы. Диагноз: МКБ–10: C50.8. Рак правой молочной железы cT2mN1M0 II Вст. Люминальный В, HER 2/neu позитивный. НАПХТ. Операция радикальная мастэктомия справа от 03.12.24. В процессе гормонотерапии и таргетной терапии тарстузумабом. Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень HbA1c 7,0%.

Status localis: пальцы обеих рук отечные, гиперемированные, кожа пальцев сухая, на пальцах рук отмечаются трещины преимущественно на кончиках

пальцев, нарушение тактильной, болевой чувствительности.

На основании данных анамнеза, оценки факторов, ограничивающих проведение мероприятий по медицинской реабилитации назначено: занятия лечебной физкультурой (упражнения для кистей рук и пальцев) с целью улучшения микроциркуляции и трофических процессов; консультация психолога с целью оказания эмоциональной поддержки и повышения мотивации к лечению; лазеротерапия в красном диапазоне (длина волны 630 нм, частота 100Гц, на область кистей рук и пальцев по 30 сек. на точку, 4 мин. на поле, всего 2 поля, суммарное время воздействия 8 мин., №7) с целью улучшения нервно-мышечной проводимости, а также улучшения микроциркуляции и оказания трофического эффекта.

При повторном осмотре пациентки, спустя 5 процедур отмечено уменьшение клинических проявлений, а именно: уменьшение отечности пальцев, улучшение чувствительности, выраженное уменьшение сухости кожных покровов и трещин в области кистей и пальцев.

Закключение. Таким образом, лазеротерапия оказывает положительное влияние на улучшение микроциркуляции, а также улучшает трофические процессы в тканях за счет увеличения проницаемости клеток для ионов кальция, запуска кальций зависимых физиологических реакций, что даёт трофотропный эффект при ладонно-подошвенном синдроме у пациентов, прошедших курс химиотерапии.

Сарычева В.С.

АНОМАЛИИ ЦВЕТА ВОЛОС И ВОЛОСЯНОГО СТЕРЖНЯ – МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Руководитель: Асоскова А.В., к.м.н., доцент
кафедра дерматовенерологии и косметологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Аномалии цвета и структуры волос, такие как трихорексис узловатый, преждевременное поседение и ломкость волос, являются распространёнными проблемами, которые ухудшают качество жизни пациентов и требуют комплексного подхода к профилактике. Современные исследования показывают, что эти состояния часто связаны с внешними факторами (механические повреждения, химическое воздействие) и внутренними нарушениями (дефицит витаминов, гормональные дисбалансы). Актуальность темы обусловлена необходимостью разработки эффективных профилактических мер, основанных на доказательных данных, чтобы минимизировать риски возникновения этих аномалий.

Цель исследования. Анализ современной научной литературы для разработки рекомендаций по профилактике аномалий цвета и структуры волос, включая коррекцию ухода, питания и образа жизни.

Методы и материалы. Был осуществлён поиск документов, содержащих ключевые слова: hair care prevention, trichorrhexis nodosa, brittle hair prevention, hair heterochromia prevention, hair graying prevention. В общем найдено 103 документа. Дальнейший поиск проводился в ручном режиме. Было отобрано документов - 17. В русскоязычной поисковой системе Яндекс для поиска использовались ключевые слова «профилактика ломкости волос», «узловатый трихорексис – профилактика», «профилактика преждевременного поседения волос». Было найдено 507 тысяч результатов. Отобрано 9 сайтов.

Результаты. Проведенный анализ научных данных позволил выделить три ключевых направления профилактики аномалий волос. Первичная профилактика включает комплекс мер, направленных на устранение основных факторов риска. Важнейшими из них являются отказ от курения, который

достоверно снижает вероятность преждевременного поседения и ломкости волос, а также регулярный контроль уровня микро- и макроэлементов в организме. Особое внимание уделяется защите волос от повреждающего действия ультрафиолетового излучения, где доказали свою эффективность средства с экстрактами *Camellia sinensis*. Не менее значимым аспектом является коррекция повседневного ухода - переход на деревянные расчески, отказ от агрессивных химических процедур и минимизация термического воздействия на волосы. Вторичная профилактика направлена на замедление прогрессирования уже имеющихся изменений. В этом контексте заслуживает внимания бесцветный спрей APHG-1001, содержащий экстракт *Pueraria lobata*, который демонстрирует выраженный эффект в профилактике преждевременного поседения. Хорошие результаты также показывают увлажняющие и восстанавливающие средства на основе натуральных компонентов, таких как экстракты черной икры и *Eriodictyon angustifolium*, которые способствуют улучшению структуры волосяного стержня. Особое место в системе профилактических мероприятий занимает медикаментозная профилактика. Клинические исследования подтвердили эффективность парааминобензойной кислоты (ПАБК) в процессе репигментации седых волос, что открывает новые возможности в коррекции возрастных изменений волосяного покрова.

Вывод. Профилактика аномалий цвета и структуры волос требует комплексного подхода, включающего коррекцию образа жизни, ухода и питания. Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку персонализированных программ профилактики с учётом индивидуальных особенностей пациентов.

Свечкарева И.Р.^{1,2}, Ветров И.А.¹

РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА
У ПАЦИЕНТКИ С ВЫСОКИМИ РИСКАМИ КОЛОНИЗАЦИИ
ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ

Руководитель: Федоренко А.С.^{1,3}, к.м.н., доцент

1 – ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

2 – ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

3 – ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Архангельск

Введение. По данным Российского многоцентрового исследования ЭРГИНИ (2013 г.), инфекции МВП в структуре нозокомиальных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях занимают второе место с частотой 16,7%. При регистрируемом количестве нозокомиальных инфекций в РФ в 2,3 млн случаев в год прогнозируемая частота нозокомиальных инфекций МВП составляет около 380 тыс. ежегодно [6,7].

Клинический случай. Пациентка Т., 84 года, 12.02.25 госпитализирована в плановом порядке на урологическое отделение. Выполнено оперативное вмешательство 14.02.25 - трансуретральная эндоскопическая цистолитотрипсия. Диагноз после операции: Камни в мочевом пузыре. Геморрагический цистит, обострение. (N21.0). Из протокола операции - слизистая мочевого пузыря гиперемирована, выраженная трабекулярность, белый осадок. Диагноз после операции: Камни в мочевом пузыре. Проводилась антибактериальная профилактика амоксициллин + клавулановая кислота 1,2 г в/в за 30 мин до операции. В анамнезе хронический рецидивирующий цистит. По результатам бактериологического исследования мочи, выполненного в предшествующую госпитализацию - рост PDR (Pandrug-resistant bacteria, PDR) *Enterococcus faecium* (5 000 000), чувствительного только к линезолиду и тетрациклинам, чувствительность к фосфомицину не определялась. Со слов дочери, с 03.02.2025 г. пациентка принимала гранулы фосфомицина 3,0 грамма каждые 24 часа в течение 3-х

дней, далее таблетки доксициклина 100 мг 2 раза в сутки, 5 дней. После оперативного вмешательства назначена консультация клинического фармаколога. По результатам лабораторных данных отмечалось увеличение маркеров системной воспалительной реакции - от 13.02.25 лейкоциты $14,3 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилы общие 87,5 % нейтрофилы палочкоядерные 6%, от 14.02 С-реактивный белок - 36,96 мг/л, ферритин 428,2 мкг/л, прокальцитонин 0,064 нг/мл, увеличение азотемии (креатинин 123 мкмоль/л, расчетная СКФ ~ 32 мл/мин, мочевины 10,3 ммоль/л), гипопроотеинемия (общий белок 49 г/л, альбумин 28 г/л). На момент первичной консультации клинического фармаколога тяжесть состояния пациентки была обусловлена перенесенным оперативным вмешательством, обострением хронического инфекционного процесса на фоне тяжелой коморбидной патологии. Проведена оценка факторов риска генерализации инфекционного процесса. В процессе выбора тактики антибактериальной терапии были учтены данные локального микробиологического мониторинга о чувствительности к фосфомицину, выделявшихся ранее схожих изолятов PDR *Enterococcus faecium*. С учетом анамнеза, полученных результатов бак. исследования мочи и функции элиминирующих органов, было рекомендовано решение вопроса о назначении системной антимикробной терапии: линезолид 600 мг внутривенно через каждые 12 часов, далее проведение ступенчатой терапии, переход на пероральный прием таблетки линезолид 600 мг внутрь каждые 12 часов; фосфомицин 2,0 грамма внутривенно каждые 12 часов. Продолжить проводимую коррекцию анемического синдрома, гипопроотеинемии, коррекцию нутритивного статуса.

Выводы. При выборе оптимальной схемы антимикробной терапии для пациентов с ИМП крайне важно понимать локальные различия в распространенности различных уропатогенов и механизмов резистентности к антимикробным препаратам. Поэтому следует уделять особое внимание локальному микробиологическому мониторингу в медицинской организации для оптимального выбора лечения нозокомиальных инфекций. В сложных клинических ситуациях, случаях инфекций, вызванных поли- и

панрезистентными бактериями, наиболее оптимальным является междисциплинарный подход с участием смежных специалистов.

Семенец В.В.

ПРОФИЛАКТИКА ПРИОБРЕТЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

Руководитель: Александрова М.Р., ассистент
кафедры дерматовенерологии и косметологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Приобретенный буллезный эпидермолиз - редкое, но довольно опасное заболевание. Он сложно поддается терапии и вызывает тяжелые осложнения, угрожающие жизни пациента. Требуется систематизация данных профилактики буллезного эпидермолиза.

Цель исследования. Провести поиск и анализ публикаций, посвящённых изучению мер профилактики у пациентов с буллезным эпидермолизом.

Материалы и методы. Проведен поиск научной информации в PubMed, Яндекс, Google, Дерматология Фицпатрика в клинической практике. Проведен поиск публикаций в базе данных PubMed с 1968 г. по настоящее время. Запрос формулировался следующим образом: acquired epidermolysis bullosa prevention, acquired epidermolysis bullosa, autoimmune bullous dermatoses prevention, приобретенный буллезный эпидермолиз профилактика, приобретенный буллезный эпидермолиз, аутоиммунные буллезные дерматозы профилактика. Было найдено 1634 документа. Дальнейший поиск проводился в ручном режиме. Было отобрано 9 документов. Проводился скрининг названия и резюме исследований, в случае недостаточной информативности изучался полный текст статьи. Были исключены истории болезни, комментарии, письма. Были оставлены исследования только с участием людей.

Результаты. Найдены меры профилактики с уровнем доказательности А: Использование терапии бисфосфонатами у пациентов, получающих пероральные кортикостероиды, для предотвращения снижения МПКТ. Найдены меры профилактики с уровнем доказательности В: Осуществление строгого контроля факторов риска ССЗ, скрининг на сердечно-сосудистые и

метаболические заболевания, на немеланомный рак кожи и меланому.

Найдены меры профилактики с уровнем доказательности C: Предотвращение прогрессирования заболевания и серьезных осложнений рубцевания (включая слепоту и обструкцию дыхательных путей) путем подавления иммунной системы с помощью кортикостероидов, колхицина, дапсона, метотрексата и циклофосфамида. Установление диеты с диетологом в зависимости от состояния здоровья пациента, симптомов и факторов риска, связанных с применением глюкокортикостероидной терапии. Обеспечение надлежащего пищевого статуса пациента (включая профилактику недоедания) и веса тела путем внедрения лечебного питания. Ограничение продуктов, вызывающих повреждение слизистой оболочки полости рта и пищевода (горячие напитки, кислые, грубые продукты). Ограничение или исключение потребления продуктов, богатых такими соединениями, как тиолы, фенолы, танины. Дополнение диеты витаминами, минералами и L-карнитином, привлечение внимания к пользе и побочным эффектам растительных добавок. Защита кожи от дополнительных травм, использование мягкой тканевой одежды и не прилипающих повязок. Бережное проведение гигиенических процедур без использования горячей воды, жестких мочалок, раздражающих кожу гелей, лосьонов и жесткого мыла. Исключение растирания кожи полотенцем. Увеличение физической активности. Исключение употребления алкоголя и сигарет. Ограничение пребывания на солнце, применение солнцезащиты.

Выводы. Перечисленные меры профилактики могут в значительной степени помочь предотвратить негативные последствия приобретенного буллезного эпидермолиза, снизить риск развития осложнений, связанных как с самим заболеванием, так и с его медикаментозной терапией.

Сенектутова П.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ФРОНТАЛЬНОЙ ФИБРОЗНОЙ АЛОПЕЦИИ

Руководитель: Соколова А.В., д.м.н., профессор
кафедра дерматовенерологии и косметологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Фронтальная фиброзная алопеция (ФФА) представляет собой первичную лимфоцитарную рубцовую алопецию, характеризующуюся прогрессирующим необратимым выпадением волос в лобной и височно-теменных областях с вовлечением бровей. Заболевание приобретает возрастающую эпидемиологическую значимость — ранее считаясь редкой патологией, сегодня демонстрирует устойчивый рост заболеваемости, особенно среди женщин в постменопаузе.

Цель. Структурировать данные из российских и международных исследований, включая клинические испытания, посвященные предотвращению развития фронтальной фиброзной алопеции у предрасположенных лиц, устранения и минимизации влияния внешних факторов.

Материалы и методы. Анализу подвергались полные тексты статей на русском и английском языках в электронных базах данных PubMed, Google Scholar, eLibrary, поисковой системе Google с 1995 по 01.12.2024. Был осуществлен поиск документов, содержащих ключевые слова или медицинские предметные рубрики: Frontal fibrosing alopecia prevention, профилактика ФФА. Было найдено 26 документ. Дальнейший поиск проводился в ручном режиме. Было отобрано 7 документов.

Результаты. Найдены следующие меры профилактики с уровнем доказательности C: рекомендуется избегать профессионального воздействия алкилфенола, рекомендуется уменьшить частоту мытья головы и окрашивания волос, воздействие табака может играть защитную роль против развития

заболевания, рекомендуется избегать применение кремов для ухода за лицом, содержащих SPF, если они не находятся на активном солнце, в случае нахождения на солнце необходимо оценить пользу и потенциальный риск.

Выводы. Фронтальная фиброзная алопеция (ФФА) — прогрессирующая рубцовая алопеция, требующая комплексного подхода к профилактике. Основные направления профилактики направлены на замедление процесса, сохранение оставшихся фолликулов и минимизацию триггеров. Систематизация и усовершенствование сведений о профилактике данной патологии не только замедлит прогрессирование алопеции, но и предотвратит развитие сопутствующих психоэмоциональных нарушений — тревожности, депрессии и социальной изоляции, напрямую влияющих на приверженность терапии и общее благополучие пациентов.

Сергеева А.Д.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЙКИЛОДЕРМИИ СИВАТТА

Руководитель: Мерцалова И.Б., к.м.н.

кафедра дерматовенерологии и косметологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Пойкилодермия Сиватта (ПС) представляет собой хроническое заболевание кожи, характеризующееся сочетанием гипер- и гипопигментации, телеангиэктазий и атрофии. Несмотря на то, что ПС не является угрожающим для жизни пациента состоянием, она оказывает значительное влияние на качество жизни больного, вызывая косметический дискомфорт и психологические переживания. Понимание механизмов развития ПС необходимо для разработки эффективных стратегий профилактики и лечения.

Цель исследования. Провести поиск и анализ данных публикаций, посвящённых изучению мер профилактики у пациентов с пойкилодермией Сиватта.

Материалы и методы. Проведен электронный поиск публикаций в базе данных PubMed с 1932 г. по настоящее время. Поиск проводился с 16.11.24 по 13.12.24. Был осуществлён поиск документов, содержащих ключевые слова или медицинские предметные рубрики (MeSH): Poikiloderma of Civatte-prevention, Poikiloderma of Civatte, photodermatoses, acquired hyperpigmentation. Было найдено 70 документов. Дальнейший поиск проводился в ручном режиме. Было отобрано 50 документов. Проведен поиск в ResearchGate с 1952 г. по настоящее время. Стратегия поиска: был осуществлен поиск документов, содержащих ключевые слова или медицинские предметные рубрики Poikiloderma of Civatte- prevention, Poikiloderma of Civatte, photodermatoses. Было найдено 150 документа

Дальнейший поиск проводился в ручном режиме. Было отобрано 60 документа. В русскоязычной поисковой системе Яндекс для поиска использовались ключевые слова «пойкилодермия Сиватта профилактика»,

«пойкилодермия Сиватта», «Poikiloderma of Civatte- prevention», «Poikiloderma of Civatte». Поиск проводился с 15.11.24 по 12.12.24. Было найдено 50 тыс. результатов. В ручном режиме из них отобрано 30 сайтов.

Результаты. Найдены данные о мерах первичной, вторичной и третичной профилактики. К мерам первичной профилактики с доказательностью уровня А относятся такие методы как: избегать пребывания на солнце (с 11:00 до 16:00) и использовать фотозащитные средства SPF 50, отказаться от косметических средств в основе, которых имеются ряд фотосенсибилирующих компонентов. К мерам первичной профилактики с уровнем доказательности В относится: с осторожностью принимать препараты, способствующие лекарственно-индуцированной гиперпигментации. С уровнем доказательности С и D первичные методы включают в себя более общие рекомендации. К мерам вторичной профилактики с уровнем доказательности А относится: использование химического пилинга на кожи шеи пациента, применение лазерной терапии. С уровнем доказательности В вторичные меры включают в себя: использование депигментирующих средств.

Выводы. Пойкилодермия Сиватта это дерматологическое состояние, которое само по себе не несет угрозы для жизни человека, но может стать причиной эстетического дискомфорта пациента. Методы профилактики направлены предотвращение прогрессирования заболевания, посредством исключения этиологических факторов. Ключевым аспектом является как повышение осведомленности врачей касательно таких редких нозологий, так и пациентов о заболевании и мерах его профилактике.

Сергей Е.Э.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЧЕРНОГО АКАНТОЗА

Руководитель: Александрова М.Р., ассистент
кафедра дерматовенерологии и косметологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Многие пациенты и даже врачи воспринимают черный акантоз исключительно как косметическую проблему, игнорируя его связь с серьезными заболеваниями. Черный акантоз может быть проявлением как доброкачественных, так и злокачественных процессов. Он тесно связан с метаболическими нарушениями, такими как ожирение, инсулинорезистентность и сахарный диабет 2 типа. В условиях глобального роста заболеваемости этими состояниями, особенно в России, черный акантоз становится важным маркером системных патологий, требующих ранней диагностики и вмешательства.

Цель исследования. Провести поиск и оценить найденные данные из публикаций, посвящённых изучению мер профилактики черного акантоза.

Материалы и методы. Анализ литературных данных по профилактике черного акантоза включал поиск в PubMed (1978–н.в.), eLibrary, Cyberleninka и Google по ключевым терминам: "prevention of acanthosis nigricans", "acanthosis nigricans", "malignant acanthosis nigricans", "causes of acanthosis nigricans", "chronic skin friction", "черный акантоз" и "профилактика черного акантоза". Отобрано 13 англоязычных (PubMed) и 9 русскоязычных (eLibrary — 5, Cyberleninka — 4) публикаций.

Результаты. Контроль массы тела (уровень доказательности А) является ключевым методом профилактики, так как ожирение и избыточный вес напрямую связаны с развитием черного акантоза. Снижение веса способствует уменьшению инсулинорезистентности, которая лежит в основе многих случаев заболевания. Распознавание и лечение метаболического синдрома (уровень С) также играет важную роль, поскольку составляющей частью этого синдрома является инсулинорезистентность. Своевременное выявление и коррекция эндокринных нарушений, таких как сахарный диабет, синдром

поликистозных яичников (СПКЯ), гипотиреоз (уровень С) и некоторых других, помогают предотвратить развитие или прогрессирование черного акантоза. Важна и профилактика избыточного назначения лекарственных средств (уровень С), поскольку некоторые препараты (никотиновая кислота, глюкокортикоиды, оральные контрацептивы) могут провоцировать заболевание. Черный акантоз может быть паранеопластическим синдромом, особенно при аденокарциномах ЖКТ, что требует улучшения ранней диагностики злокачественных процессов (уровень С). Диетотерапия включает низкокалорийные и средиземноморские диеты (уровень А), которые способствуют снижению веса и улучшению гликемического контроля. Веганская диета (уровень А) и питание с низким гликемическим индексом (уровень А) также эффективны в профилактике диабета и связанного с ним черного акантоза. Добавки, такие как куркумин (уровень А) и магний (уровень А), могут улучшать чувствительность к инсулину и снижать уровень глюкозы в крови. Физическая активность (уровень С) рекомендуется как часть комплексного подхода к управлению весом и метаболическим здоровьем. Образовательные программы (уровень В), направленные на изменение образа жизни, включая питание и физические нагрузки, доказали свою эффективность в снижении риска развития черного акантоза.

Выводы. Найденные методы профилактики, с доказанным уровнем эффективности, говорят о том, что необходим комплексный подход, направленный на коррекцию образа жизни, повышение информированности о данном заболевании, лечение сопутствующих патологий и междисциплинарное взаимодействие специалистов.

Тё В.Л.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ МЕРОКРИННЫХ [ЭККРИННЫХ] ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Руководитель: Мартынов А.А., д.м.н., профессор
кафедра дерматовенерологии и косметологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Заболевания мерокриновых потовых желез, такие как потница (красная, кристаллическая, глубокая) и ангидроз, остаются значимой проблемой в дерматовенерологии. Их распространенность возрастает в условиях повышенной температуры, высокой влажности, а также при несоблюдении гигиенических норм. Нарушение потоотделения приводит не только к локальным воспалительным процессам и зуду, но и к системным осложнениям, включая гипертермию, что значительно снижает качество жизни пациентов. Актуальность обусловлена также ростом случаев милирии в регионах с жарким климатом и среди лиц, чья профессиональная деятельность связана с необходимостью длительного использования защитной экипировки (шахтеры, спасатели, пожарные, сотрудники промышленных предприятий и др). Отсутствие своевременной профилактики может оказывать негативное влияние на трудоспособность и социальную адаптацию таких больных.

Цель. Систематизация современных подходов к профилактике и реабилитации заболеваний мерокриновых потовых желез на основе систематического анализа научной литературы. В этой связи проведена оценка эффективности гигиенических мер, контроль факторов внешней среды, минимизация провоцирующих воздействий, а также научно обоснованы алгоритмы внедрения профилактических программ в клиническую практику.

Материалы и методы. Для анализа использованы базы электронных данных PubMed; Wilay.onlinelibrary; Oxford academic; Elibrary, опубликованных в период 1953-2024 гг. Был осуществлен поиск документов,

содержащих ключевые слова или медицинские предметные рубрики, касающиеся профилактики болезней мерокриновых желез, ангидроза. Методология включала критический обзор литературы с акцентом на уровень достоверной доказательности (УДД), оценку эффективности профилактических мер и реабилитационных программ. Критериями отбора стали релевантность тематике, наличие клинических данных и практическая применимость рекомендаций.

Результаты. Ключевым аспектом профилактики заболеваний мерокриновых желез является минимизация условий, провоцирующих перегрев организма, который способствует дисфункции эккринных потовых желез (уровень доказательности C). Установлено, что в качестве мер первичной и вторичной профилактики рекомендовано использование мягких моющих средств и дышащей одежды из натуральных тканей, что снижает риск окклюзии протоков потовых желез (уровень убедительности B). Контроль оптимального температурного режима (18-22°C), влажности в помещении и адекватная вентиляция помещений демонстрируют статистически значимое уменьшение частоты милиарии в группах риска (уровень убедительности B).

Выводы. Профилактика заболеваний мерокринных потовых желез должна базироваться на комплексном подходе, включающем гигиенические меры, коррекцию факторов окружающей среды и ограничение провоцирующих воздействий. Внедрение рекомендаций, основанных на доказательных данных, позволяет сократить частоту рецидивов, соответственно уменьшив периоды нетрудоспособности и обеспечить оптимальную адаптацию больных в социуме и нормализовать показатели качества их жизни. Недостаточная осведомленность пациентов и врачей об эффективных методах профилактики и реабилитации способствует развитию рисков рецидивов и хронизации заболеваний.

Тё В.Л.

НЕОБХОДИМОСТЬ УНИФИКАЦИИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Руководитель: Соколова А.В., д.м.н., профессор
кафедра дерматовенерологии и косметологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Основные проблемы унификации дерматоскопической терминологии связаны с существованием двух языков, используемых для интерпретации дерматоскопических изображений: метафорического и описательного. Результаты анализа научных публикаций российских авторов демонстрируют наличие большого количества синонимов в дерматоскопической терминологии, что затрудняет понимание и коммуникацию между специалистами. Несмотря на принятие единой стандартизированной дерматоскопической номенклатуры по итогам третьей согласительной конференции Международного общества дерматоскопии (IDS) предложенной Kittler Н. и соавторами в 2016 году, в Российской Федерации сохраняется терминологическая вариабельность на русском языке при описании утверждённых понятий. Стандартизация терминологии является важным шагом для упрощения динамического наблюдения новообразований кожи у разных специалистов, более широкого применения дерматоскопии в ежедневной дерматологической и онкологической практике.

Цель. Целью работы является анализ терминологии, используемой специалистами в РФ, а также анализ научных публикаций, с применением метафорического и описательного дерматоскопических языков, для последующей разработки методологии по унификации дерматоскопической терминологии в России, что поможет исключить неоднозначность при интерпретации дерматоскопических изображений, значительно повысит точность диагностики, улучшит коммуникацию между специалистами, позволит проводить динамическое наблюдение пациентов у разных специалистов и улучшит преемственность в обучении.

Материалы и методы. В ходе исследования, было проведено

анкетирование 402 специалистов, значительная часть опрошенных респондентов являлись врачами-дерматовенерологами (88.6%). В ходе анкетирования необходимо было описать 3 дерматоскопических изображения. Также, был проведен анализ русскоязычных научных публикаций на предмет вариативности дерматоскопических терминов, используемых при описании дерматоскопической картины.

Результаты. Результаты исследования показали, что при описании дерматоскопической картины существует значительное разнообразие употребляемой терминологии, среди ответов респондентов не было ни одного одинакового ответа. К примеру, при описании дерматоскопических изображений атипичную пигментную сеть, называли, используя более 16 различных терминов: «атипичная ретикулярная сеть» (7,51%), «неравномерная пигментная сеть» (8,09%). В ходе анализа научной литературы, при описании данной структуры встречались формулировки: «усиление рисунка пигментной сети», «атипичная пигментированная сеть». В анкетах признак «бело-голубая вуаль» респонденты называли «бело-голубыми структурами» (10,47%), «белой пеленой» (3,49%), «голубой дымкой» (2,33%). В научной литературе данный термин представлен в различных вариантах, включая «бело-голубые структуры», «бело-голубые области», «голубо-белая вуаль». Часть респондентов «области регресса» описывали как «структуры регресса» (32,65%), «молочно-розовые области» (5,10%), «атрофия» (3,06%). В публикациях российских авторов встречаются следующие описания данного признака: «гомогенные зоны белого и розового цвета», «молочно-розовые участки», «яркие гомогенные зоны белого, красного цвета», «рубцово-подобная депигментация».

Выводы. Многообразие синонимов для описания дерматоскопических признаков подчеркивает важность и необходимость разработки унифицированной дерматоскопической терминологии на русском языке.

Тураев Ф.Х.

АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ
С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ:
ПЕРСПЕКТИВЫ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ
НА ОСНОВЕ ДАННЫХ ФАРМАКОГЕНЕТИКИ

Руководитель: Мирзаев К.Б., д.м.н., доцент, профессор
кафедры клинической фармакологии и терапии им. Академика Б.Е. Вотчала
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Несмотря на стандартное назначение клопидогрела после стентирования при остром коронарном синдроме (ОКС), у части пациентов сохраняется высокая остаточная реактивность тромбоцитов ($PRU \geq 208$), что ассоциировано с риском тромбоза стента. Генетические полиморфизмы CYP2C19 могут объяснять эту вариабельность, но их роль в стратегиях эскалации терапии требует уточнения.

Цель исследования: Оценить влияние носительства полиморфизмов гена CYP2C19 (*2, *3, 17) на эффективность и безопасность антиагрегантной терапии клопидогрелом и тикагрелором у пациентов с ОКС после стентирования в условиях стационара.

Материалы и методы. Дизайн исследования - проспективное когортное исследование. В исследование было включено 100 пациентов с ОКС после стентирования, получавшие клопидогрел (нагрузочная доза + 75 мг/сут). Длительность наблюдения составила 1 год. Для оценки значения активности тромбоцитов использовался показатель PRU, измерявшееся с помощью агрегометра VerifyNow®. Показатель PRU измерялся при выписке с контролем значения через 1 месяц. Эскалация антиагрегантной терапии и переход к приему тикагрелора проводилась при $PRU \geq 208$. У всех пациентов оценивалось носительство полиформных вариантов CYP2C19 (*2, *3, *17) методом ПЦР с помощью CFX96. У пациентов оценивалась частота тромбоза стента, повторных случаев ОКС, летальных исходов и случаев кровотечений

(BARC ≥ 2).

Результаты. 75 пациентов были отнесены к нормальным метаболизаторам (NM) по CYP2C19 (генотипы *1/*1), 6 пациентов с ультрабыстрым (UR) (генотипы *17/*17), 17 пациентов к промежуточным метаболизаторам (IM) (генотип *1/*2) и 2 пациента были медленными метаболизаторами (PM) по CYP2C19 (генотип *2/*2). По результатам измерения PRU при выписке 8 пациентов были переведены на терапию тикагрелором. На контрольном визите среднее снижение PRU у NM было - 161 ± 43 , у IM - 100 ± 4 пунктов. За 12 месяцев наблюдения у 1 пациента с генотипом *1/*2 был зафиксирован тромбоз стента, подтвержденный при контрольной КАГ. 12 пациентов были повторно госпитализированы с ОКС (таблица 1).

Таблица 1. Случаи повторных госпитализаций с ОКС

За 1 год наблюдения было зафиксировано 2 подтвержденных случая

Срок	Количество	Основные причины	Генотипы CYP2C19
1 месяц	3 (3%)	Повторный ОКС (№33,40,83)	*1/*1,*1/*17, *1/*17
3 месяца	4 (4%)	Повторный ОКС (№3,40,52,57)	*17/*17,*1/*17, *1/*2+*1/*17, *1/*1
6 месяцев	3 (3%)	Повторный ОКС (№10,21,59)	*1/*17,*1/*1, *1/*1
12 месяцев	2 (2%)	Повторный ОКС (№2,70),	*1/*17, *1/*1,

смерти пациентов: из-за ишемического ОНМК (генотип *1/*17) и повторного ИМ (бассейн ПНА) (генотип *1/*2). Еще один пациент предположительно скончался от повторного ИМ (генотип *1/*17) – которое зафиксировано при отсутствии данных вскрытия.

Кровотечения фиксировались у 6 пациентов (таблица 2).

Таблица 2. Случаи кровотечений по BARC ≥ 2

BARC ≥ 2	Клопидогрел (n=92)	Генотип	Тикагрелор (n=8)	Генотип	Всего
ЖКК	2 (2,2%)	*1/*2, *1/*2+*1/*17	0 (0%)		2

Геморрой	2 (2,2%)	*1/*1, *1/*1	1 (12,5%)	*1/*17	3
Геморрагический инсульт	1 (1,1%)*	*1/*17	0 (0%)		1

Выводы. Учитывая высокую остаточную реактивность тромбоцитов у некоторых больных, результаты исследования подчеркивают важность комбинированного подхода (PRU+ фармакогенетика) для персонализации антиагрегантной терапии у пациентов с ОКС после стентирования коронарных артерий.

Шаар К.Х.
АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 И 2 ТИПА

Руководитель: Чернавский С.В., д.м.н., доцент

ФГБУ «ГВКГ им Н.Н. Бурденко» Минобороны России, г. Москва

Цель исследования. Изучение распространенности и структуры анемического синдрома (АС) у больных сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типа.

Материалы и методы исследования. Обследовано 127 пациентов кардиологического центра и отделения эндокринологии ГВКГ им. Н.Н. Бурденко МО РФ с СД 1 и 2 типа в анамнезе. Из всех включенных в исследование пациентов 15 человек (11,8%) страдали СД 1 типа, 112 человек (88,2%) - СД 2 типа. Мужчины составили 87,6% выборки. Средний возраст пациентов с СД 1 типа составил $23,5 \pm 5,7$ лет, возраст пациентов СД 2 типа при этом составлял $61,2 \pm 4,5$ лет; длительность заболевания СД 1 типа – $5,3 \pm 3,4$ лет, СД 2 – $7,8 \pm 4,9$ лет. Проведено стандартное комплексное клинико-лабораторное обследование. У всех пациентов, включенных в исследование, определялись уровни гликированного гемоглобина (HbA1c), глюкозы, креатинина с расчетом СКФ по формуле СКД-ЕРІ, показателей обмена железа - гематокрита, количества эритроцитов, ретикулоцитов, гемоглобина, содержания сывороточного железа, трансферрина, ферритина, гормонов щитовидной железы. Оценивали содержание маркеров воспаления: скорость оседания эритроцитов (СОЭ), количество лейкоцитов, высокочувствительного С-реактивного белка.

Результаты исследования. В ходе исследования было выявлено, что у пациентов с СД 1 типа анемия встречается 60,2% случаев, при этом ведущим этиологическим фактором является дефицит эритропоэтина как следствие диабетической нефропатии – в 41,2 % случаев, а у пациентов с СД 2 типа этот показатель оказался значительно меньше и составил всего 27,1%.

При обследовании пациентов с СД 2 типа анемия регистрировалась у 58,1%,

причем основной причины в структуре анемического синдрома являлась анемия хронических заболеваний - 33,9 % случаев, при этом, эта же причина привела к развитию АС у пациентов с СД 1 типа в 34,8 %. Анемия, обусловленная хроническим аутоиммунным тиреоидитом диагностирована преимущественно у пациентов с СД 1 типа и составила 12,1%.

АС, возникающий в результате уремической интоксикации при кетозе и кетоацидозе регистрировался чаще у пациентов с СД 1 типа и составил 12,6%, при этом у пациентов с СД 2 типа частота оказалась меньше и составила 9,6%.

Выводы. Полученные в исследовании данные указывают на достаточно высокую распространенность анемии среди пациентов СД 1 и 2 типа. Ведущими факторами в структуре АС у пациентов с СД 1 типа является дефицит эритропоэтина как проявление диабетической нефропатии, в то время как у пациентов с СД 2 типа - анемия хронических заболеваний; обе причины в совокупности играют основную роль в развитии АС. Полученные результаты необходимо учитывать для проведения лечебно-профилактических мероприятий, направленных на раннюю диагностику и профилактику развития АС у больных СД 1 и 2 типа с учетом структуры синдрома у каждой из данной категории пациентов.

Шемякина А.В.

ГОДОВАЯ ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В СРАВНЕНИИ СО ЗДОРОВЫМИ ЛИЦАМИ

Руководитель: Левин О.С., д.м.н., профессор
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель. изучить динамику когнитивных функций у пациентов с рассеянным склерозом в сравнении с условно здоровыми лицами, а также, установить взаимосвязь между прогрессированием заболевания и усилением когнитивной дисфункции.

Материал и методы. в исследование было включено 150 пациентов, прошедших первичное тестирование: 105 человек группы исследования (ГИ₁)-пациенты с рассеянным склерозом (РС) и 45 человек группы контроля (ГК₁)-условно здоровые лица. Средний возраст пациентов ГИ₁ составил 39,0 год [30,0; 43,5], в ГК₁- 31,0 год [27,5; 41,5]. Гендерное соотношение в ГИ₁- М:Ж=44:61, а в ГК₁- М:Ж=16:29. Через год, в повторном тестировании приняли участие 92 человека: 57 пациентов с РС (ГИ₂) и 45 человек ГК₂. Гендерное соотношение в ГИ₂- М:Ж=28:29, в ГК₂- М:Ж=16:29. Всем участникам в течение года дважды проводилось когнитивное тестирование, включающее: 3 когнитивных теста (3-КТ) (3КТ, О.С. Левин, 2016), сложную фигуру Рея-Остерита (СФРО, Rey A., 1941; Osterrieth, P.A., 1944), тест ориентации линий Бентона (ЛБ, Benton A.L., 1978), тест прокладывания пути (ТПП часть А и В) (Reitan R.M., 1958), тест кодирования (ТК, Smith A., 1982), тест рисования и копирования часов (ТРЧ, Lovenstone et S., Gauthier S., 2001). У пациентов с РС неврологический дефицит оценивался расширенной шкалой инвалидизации EDSS (Kurtzke J.F., 1955), а эффективность терапии - NEDA-3 (No Evidence of Disease Activity).

Результаты. При первичном визите когнитивные нарушения (КН)

выявлены у 44,8% пациентов ГИ₁, спустя год - у 61,4% ГИ₂, $p=0,001$. Достоверное ухудшение наблюдалась в некоторых тестах (ЗКТ, ТК, СА, отсроченном воспроизведении слов) и в сфере кратковременной памяти ($p<0,005$). Критерии NEDA-3 в ГИ₂ ($n=57$) были выполнены у 30 пациентов (52,6%), а у 27 пациентов (47,4%) были признаки активности заболевания. Сравнение ГИ и ГК показало разницу в распространенности КН, выполнении некоторых тестов и наличии нарушений в когнитивных сферах (зрительном-пространственных, регуляторных функциях, внимании) ($p<0,005$). Среди ГИ₂ чаще чем в ГК₂ встречались мультифункциональные нарушения, которые прогрессировали в течение года наблюдения (43,8% и 6,7% соответственно), $p<0,005$. ROC- анализ показал, что ТК (AUC = 0,698; чувств.= 0,48; спец.= 0,83), СФРО (AUC = 0,646, чувств.= 0,24, спец. = 0,89), ФА (AUC = 0,628 чувств.= 0,29, спец.= 0,92) могут быть наиболее ценными для прогнозирования когнитивного ухудшения у пациентов с РС.

Заключение. Когнитивные нарушения - частый и прогрессирующий симптом рассеянного склероза. Они имеют дизрегуляторный профиль и носят мультифункциональный характер, за счет вовлечения на ранних этапах регуляторных функций и внимания, а на более поздних - кратковременной памяти. Высокая частота когнитивной дисфункции в сравнении с невыполнением NEDA-3, что может характеризовать “скрытое прогрессирование” заболевания. Это обосновывает необходимость регулярного нейропсихологического мониторинга и включения когнитивной оценки в стандарт наблюдения и лечения пациентов с РС.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СЕКЦИЯ

Аль-Акел И.С.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НЕМЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ 75 ЛЕТ И СТАРШЕ

Руководитель: Волкова М.И., д.м.н., профессор
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность темы. Обусловлена недостаточной доказательной базой целесообразности применения стандартного лечения первичного неметастатического гормоночувствительного рака предстательной железы (нГЧРПЖ) у мужчин ≥ 75 лет.

Цель: анализ результатовиспользуемых в реальной практике подходов к лечению больных ≥ 75 лет с нРПЖ.

Материал. Включены данные 401 пациента ≥ 75 лет с нГЧРПЖ. Медиана возраста - 84(75-99) года. Медиана исходного ПСА – 12,0 (0,3-182,1) нг/мл. У всех больных верифицирована аденокарцинома простаты (грейдISUP 4-5 – 87 (21,7%)). Категория cT3-4 диагностирована у 91 (22,7%), cN1 - у 22 (5,5%) пациентов. Отдаленных метастазов не выявлено ни в одном случае. В 113 (28,2%) наблюдениях проводилось радикальное лечение (дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) – 113 (28,2%), радикальная простатэктомия – 37 (9,2%), другое – 16 (4,0%)), в 202 (50,4%) случаях - немедленная андроген-депривационная терапия (наАДТ), 33 (8,2%) пациента получали отсроченное лечение в рамках активно-наблюдательной (10 (2,5%)) или выжидательной тактики (23 (5,7%)). Группа отсроченного лечения была несопоставима с группами немедленного лечения по размеру выборки и отличалась меньшей долей пациентов групп промежуточного неблагоприятного и высокого риска ($p < 0,05$ для всех). Медиана наблюдения - 54,1 (1,1-275,7) месяца.

Результаты. Четырехлетняя общая выживаемость (ОВ) всех пациентов - 95,0%, специфическая выживаемость (СВ) – 99,4%, кардиоспецифическая

выживаемость (КСВ) – 95,3%; безрецидивная выживаемость (БРВ) радикально пролеченных пациентов - 74,4%, выживаемость без прогрессирования (ВБП) на фоне нАДТ- 78,3%, ВБП больных группы отсроченного лечения – 46,6%. Не выявлено влияния лечебной тактики на ОВ и СВ всех пациентов ($p > 0,05$ для всех). Отмечено снижение 4-летней КСВ в группе отсроченного лечения по сравнению с группой радикального лечения (83,1% vs. 95,2%, $p = 0,036$). БРВ оперированных пациентов была ниже, чем у больных подгруппы ДЛТ ($p = 0,032$) при сопоставимой СВ и ОВ ($p > 0,05$ для всех). В подгруппе выжидательной тактики ВБП оказалась ниже, чем в подгруппе активного наблюдения ($p = 0,015$), СВ и ОВ в данных когортах была одинакова.

Заключение. Отсроченное лечение не ухудшает СВ и ОВ по сравнению с немедленным радикальным лечением нАДТ у мужчин ≥ 75 лет с нГЧРПЖ.

Андреенков В.С.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОТЕНЗИИ ПРИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Руководитель: Власенко А.В., д.м.н., профессор
кафедра анестезиологии, реаниматологии и неотложной медицины
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Робот-ассистированная радикальная простатэктомия (РРПЭ) является современным методом лечения рака предстательной железы. Частым анестезиологическим осложнением при этой операции является интраоперационная гипотензия (ИОГ). Учитывая многочисленные отрицательные последствия ИОГ, предложены разные способы её прогнозирования и ранней коррекции, среди которых одним из наиболее доступных и перспективных является предоперационная оценка волемического статуса посредством прикроватного ультразвукового исследования (протокол ROCUS). Этот способ отличается неинвазивностью, доступностью, легким освоением, однако его прогностическая ценность у пациентов, планирующих к РРПЭ, малоизучена.

Цель исследования. Изучить предиктивную ценность показателей прикроватного ультразвукового обследования для прогнозирования интраоперационной гипотензии и персонализации инфузионной терапии при робот-ассистированной радикальной простатэктомии.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов, планируемых к оперативному лечению по поводу рака простаты в объеме РРПЭ. За 1-2 часа до поступления в операционную пациентам выполняли протокол ROCUS с оценкой диаметра и коллабируемости нижней полой и подвздошной вен, скорригированного времени систолического потока (сCFT) и вариабельности пикового систолического потока (ΔV) на сонных артериях. Во время операции контролировали неинвазивные показатели артериального давления, параметры респираторного паттерна, дозы препаратов для индукции анестезии, вазопрессорных, инотропных препаратов и объем

периоперационной инфузии. Сравнивали результаты сонографических, клинических, демографических и лабораторных исследований у пациентов с развившейся ИОГ – группа А (n = 14) и без развития ИОГ – группа В (n=16). Распределение данных отличалось от нормального, поэтому для результаты представлены как медиана [интерквартильный размах], для анализа данных использованы непараметрические критерии (критерий Манна-Уитни, критерий Хи-квадрат), логистическая регрессия, ROC-анализ. Все результаты были приняты статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Возраст пациентов составлял 65 [62-69] лет, индекс коморбидности Чарлсона 4 [4-5] баллов. Пациенты в группах А и В статистически значимо отличались по показателям возраста (69 [62,5-70] и 64 [56,5-66,5], соотв.), индексу массы тела (25,15 [22,8-28,6] и 29,4 [25,7-30,25], соотв.), предоперационной концентрации гемоглобина (147,5 [144-154] и 155 [152-159], соотв.), гематокрита (44,6 [42,8-45,17] и 45,7 [45-47,5], соотв.), ΔV (10,3 [6,33-11,43] и 4,65 [2,8-8,22], соотв.). При проведении ROC-анализа выявлена средневысокая прогностическая ценность показателя ΔV (AUROC 0,78; 95% CI 0,56-0,99). Логистический регрессионный анализ показал, что ΔV является независимым фактором риска развития ИОГ при РППЭ (OR 1,407). Оптимальная точка отсечения, вычисленная методом Youden et al., составила $\Delta V > 6,6\%$ (чувствительность 80%, специфичность 67%). Другие ультразвуковые параметры не показали прогностической ценности при заданной статистической значимости ($p > 0,05$).

Выводы.

1. Ультразвуковое исследование в предоперационном периоде является эффективным методом прогнозирования развития интраоперационной гипотензии при робот-ассистированной радикальной простатэктомии.
2. Среди ультразвуковых показателей наиболее точным предиктором интраоперационной гипотензии при РППЭ является вариабельность систолического потока на сонных артериях.

Астапович С.А.^{1,2}, Лиджиева Э.А.^{1,2}, Курбанов И.И.³, Юрик А.И.³, Михайлова А.А.³

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОТЕРМИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНИРОВАННОЙ АППАРАТНОЙ ПЕРФУЗИИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ПОСМЕРТНЫХ ДОНОРОВ С РАСШИРЕННЫМИ КРИТЕРИЯМИ

Руководитель: Дроздов П.А.^{1,2}, д.м.н., доцент

1 – ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, г. Москва

2 – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

3 – ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения
Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва

Цель исследования. Улучшить результаты трансплантации печени от доноров с расширенными критериями посредством разработки и внедрения технологии гипотермической оксигенированной перфузионной консервации

Материалы и методы. На первом этапе исследования был выполнен ретроспективный анализ (n=142) влияния ранней дисфункции печеночного трансплантата на ранний послеоперационный период, затем были выявлены факторы риска развития данного осложнения. Во второй этап исследования было включено 87 реципиентов печеночного трансплантата, оперированных в ГКБ им. С.П. Боткина с июля 2018 по июль 2024 гг., в I группе (n=34) применялась статическая холодовая консервация, во II группе (n=53) использовалась перфузионная консервация, осуществлявшаяся по оригинальной технологии, разработанной в Боткинской больнице. В 25/53 (47,1%) наблюдениях выполнялась «классическая» перфузия (только через портальную систему печени), в 28 (52,9%) – «двойная» (раздельная перфузия графта через печеночную артерию и воротную вену). Объемная скорость перфузии подбиралась оператором в зависимости от значений перфузионного давления. Целевое перфузионное давление в портальной системе составляло 5 мм рт. ст., в артериальной – 25 мм. рт.ст. В течение всей перфузии осуществлялась активная оксигенация, скорость подачи кислорода – 5 л/мин. В ходе перфузионной консервации выполнялась предтрансплантационная обработка трансплантата. Медиана времени перфузии составила 1,75 (IQR:

1,25-2,0) часов.

Результаты. Среднее время статической холодовой консервации составило $168 \pm 51,3$ (135 - 220) минут, перфузионной консервации – $131 \pm 28,7$ (94 - 167) минут. В сравнимых по основным характеристикам групп статистической значимости достигли показатели ранней дисфункции трансплантата, так в I группе она развилась в 61,8% (n=21) случаев, во II – 28,3% (n=15) случаев ($p=0,004$), длительность госпитализации была значимо выше в I группе – 21 (IQR:17-35) койко-день против 16 (IQR:14-26) дней во II исследуемой группе. За время динамического наблюдения $9,41 \pm 3,2$ (1-18) месяцев, во всех наблюдениях трансплантат функционирует, значимых осложнений, и связанных с ними летальности не было.

Закключение. Аппаратная перфузия *ex situ*, применяемая в качестве метода консервации трансплантатов трупной печени, полученных от доноров с расширенными критериями, показала лучшие результаты в сравнении со статической холодовой консервацией. Данный метод может быть рутинно использован в практике для улучшения результатов трансплантации, динамической оценки качества трансплантатов печени.

Баймашев А.Ш.

БЕЗОПАСНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ АДЬЮВАНТНОЙ ВНУТРИПУЗЫРНОЙ
ТЕРАПИИ ВАКЦИНОЙ БЦЖ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ
МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ НЕМЫШЕЧНО-ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ
МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ
РАНДОМИЗИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ II ФАЗЫ)

Руководитель: Волкова М.И., д.м.н., профессор
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность и цель. В рамках рандомизированного клинического исследования (РКИ) II фазы запланировано сравнение эффективности и безопасности четырех режимов адьювантной внутрипузырной терапии вакциной БЦЖ (50 мг или 100 мг вакцины БЦЖ, 6 еженедельных индукционных введений с переходом на 1-летний или 3-летний курс поддерживающей терапии) после трансуретральной резекции мочевого пузыря (ТУР МП) у больных немышечно-инвазивным раком мочевого пузыря (НМИРМП) групп промежуточного и высокого риска. Данные тезисы отражают первый промежуточный анализ безопасности терапии вакциной БЦЖ.

Материал. С 1.06.2023 г. по 1.06.2024 г. в РКИ II фазы включено 180 (57,1%) из 315 запланированных больных НМИРМП групп промежуточного и высокого риска, подвергнутых ТУР МП с последующей адьювантной внутрипузырной БЦЖ-терапией в режиме, соответствующем группе рандомизации: группа 1 – n 40 (50 мг вакцины БЦЖ, 6 еженедельных индукционных введений с переходом на 1-летний курс поддерживающей терапии), группа 2 – n 39 (100 мг вакцины БЦЖ, 6 еженедельных индукционных введений с переходом на 1-летний курс поддерживающей терапии), группа 3 – n 54 (50 мг вакцины БЦЖ, 6 еженедельных индукционных введений с переходом на 3-летний курс поддерживающей терапии), группа 4 – n 47 (100 мг вакцины БЦЖ, 6 еженедельных индукционных введений с

переходом на 3-летний курс поддерживающей терапии). Медиана возраста – 64,2 (33-86) года, мужчин – 140 (77,8%). CIS с или без папиллярной опухоли имела место в 14 (7,8%), папиллярные опухоли Ta-T1HG – в 166 (92,2%) случаях. К группе промежуточного риска относилось 80 (44,4%), высокого риска – 100 (63,5%) пациентов. Медиана наблюдения за пациентами – 8 (6-18) месяцев.

Результаты. Индукционный курс БЦЖ-терапии завершили 103 (57,2%) пациента (перешли на поддерживающую терапию без прогрессирования и непереносимых нежелательных явлений – 98 (54,4%), прекратили лечение из-за персистенции CIS – 2 (1,1%), из-за опухолевой прогрессии – 1 (0,6%), из-за непереносимой токсичности – 2 (1,1%)), продолжают индукционный курс лечения – 77 (42,8%) больных. Любые нежелательные явления (НЯ) зарегистрированы во всех 180 (100,0%) случаях, тяжелые НЯ развились у 2 (1,1%), серьезные НЯ – у 0 (0,0%) пациентов. Местные НЯ включали дизурию (180 (100,0%)), гематурию (14 (7,8%)), цистит (25 (13,9%)), бактериальную мочевую инфекцию (13 (7,2%)) и уменьшение емкости мочевого пузыря (5 (2,8%)). Единственным системным НЯ являлась гипертермия (25 (13,9%)). Значимых различий частоты, степени тяжести, структуры НЯ между группами исследования не выявлено ($p > 0,05$ для всех).

Закключение. Первый промежуточный анализ результатов четырех режимов адъювантной внутрипузырной БЦЖ-терапии подтвердил ранее опубликованные данные и не выявил новых сигналов по безопасности. При малом сроке наблюдения не отмечено улучшения профиля безопасности при снижении дозы и интенсивности режима поддерживающей БЦЖ-терапии.

Головенкин Г.Д.

МЕТАСТАЗ РАКА ПОЧКИ В АРТЕРИОВЕНОЗНУЮ МАЛЬФОРМАЦИЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Руководитель: Горожанин А.В, к.м.н., доцент
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Основными источниками метастазов в головной мозг являются легкие, молочные железы и почки. По данным International Agency for Research on Cancer (IARC) за 2020 год в мире насчитывается около 43000 (0.00061%) случаев метастазирования рака почки в головной мозг. По ретроспективным данным за 2018 год Lin N.P. описал 200 пациентов с диагнозом рак почки и метастазами в головной мозг и выявил только 3 случая (1.5%) метастазирования в артериовенозную мальформацию.

По данным ВОЗ за 2023 год частота встречаемости АВМ у 2 человек на 100000 (0.002%). Через АВМ происходит постоянное шунтирование крови. АВМ ввиду повышенной васкуляризации может служить основой для фиксации и прогрессирования метастатической опухоли.

Цель. На примере клинического наблюдения метастаза рака почки в артериовенозную мальформацию головного мозга можно подтвердить теорию феномена раннего АВМ-шунтирования при метастазировании верифицированного почечно-клеточного рака при инструментально выявленной артериовенозной мальформации головного мозга.

Методы и материалы. Литературный поиск был осуществлен с 2018-2024 гг. с помощью доступных баз медицинской литературы: PubMed, Elibrary.

Клиническое наблюдение. Пациент 67 лет был госпитализирован с резким снижением зрения, дезориентацией и головной болью. В мае 2024 года он проходил лечение после геморрагического инсульта с формированием внутримозговой гематомы. Эндоваскулярная ангиография выявила АВМ Spetzler-Martin 4 в правой теменно-затылочной области с дренированием в глубокие вены головного мозга. По МРТ от июня 2024 года показало

сосудистую мальформацию с гематомой в затылочной доле с признаками связи с бассейном задней мозговой артерии справа паравентрикулярно заднему рогу правого бокового желудочка. Далее регулярно консультировался у радиотерапевта.

В декабре 2024 г. у пациента произошел генерализованный судорожный приступ, после чего он был переведен в ММНКЦ им. С.П. Боткина. МРТ с в/в контрастированием выявило внутримозговое объемное кистозно-солидное новообразование медиобазальных отделов правых височной, затылочной долей, правого таламуса с выраженным масс-эффектом и перифокальным отеком, с прорастанием в тело и задние рога правого бокового желудочка. Селективная церебральная ангиография подтвердила ранее выявленную АВМ. По данным ПЭТ-КТ с ^{18}F -ФЭТ выявлена высокая фиксация радиофармпрепарата, свидетельствующая о низкодифференцированной опухоли. На основании выполненного инструментального обследования диагностирована внутримозговая опухоль в структуре АВМ. В анамнезе у пациента верифицированный рак почки, рак мочевого пузыря T1NxM0.

При поступлении состояние средней тяжести. Маломобилен. В неврологическом статусе у пациента выражена общемозговая симптоматика, уровень сознания по ШКГ 14 баллов, дезориентация во времени, снижение критики, левосторонняя гомонимная гемианопсия, амнестические нарушения, теменная сенситивная атаксия.

Пациенту была выполнена костно-пластическая трепанация черепа, микрохирургическое удаление внутримозгового объемного кистозно-солидного новообразования правых височной, затылочной долей с прорастанием в боковые желудочки с одномоментным исключением афферентных и эфферентных сосудов АВМ с применением стереотаксического наведения и интраоперационной навигации. По данным гистологического исследования у пациента определяется морфологическая картина и иммунофенотип метастаза светлоклеточной карциномы почки в структуре артериовенозной мальформации.

Вывод. На основании клинического случая подтверждена возможность

метастазирования в АВМ. Высокопоточная АВМ может приводить к гематогенному заносу метастатических эмболов с дальнейшим их прогрессированием, приводящим к развитию дислокационного синдрома.

Жежук П.А.^{1,2}

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ И РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ СТРАТЕГИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ С СЕПТИЧЕСКИМ ШОКОМ

Руководитель: Власенко А.В.^{1,2}, д.м.н., профессор
кафедра анестезиологии, реаниматологии и неотложной медицины

1 -ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

2 - ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, г. Москва

Введение. Для определения качественного состава, объема и скорости проведения инфузионной терапии в рутинной клинической практике традиционно используются общеизвестные клинические и стандартные лабораторно-инструментальные показатели, реже применяются специальные инструментальные методы оценки волемического статуса пациента. При этом никакой из перечисленных методов не в состоянии прецизионно оценить волемический статус пациента, состояние макро- и микроциркуляции, предсказать ответ сердечно-сосудистой системы на инфузионную нагрузку и, таким образом, реализовать эффективную, безопасную и персонализированную инфузионную терапию.

Во время расширенной фокусной ЭХО-КГ клиницист использует ультразвуковую доплерографию для оценки обеих осей кривой Франка-Старлинга (Δu и Δx) с целью решения вопроса о целесообразности дополнительного объема инфузии. Оценивается Velocity time integral (VTI) в ВТЛЖ (нормальное значение 18-22 см), как наиболее надежный показатель для оценки УО и оценивается его изменение в ответ на динамическую пробу с изменением преднагрузки. Одновременно с этим оценивается состояние преднагрузки с использованием протокола VExUS. В конечном итоге это позволяет отнести сердечную функцию пациента к одному из представленных профилей.

Профиль 1. Определяется VTI ВТЛЖ 18 см и более, по VExUS 0 или 1 ст. Для данного профиля характерна нормальная сердечная функция, нормальные значения УО и СВ. Показатели венозной доплерографии свидетельствуют о низкой или нормальной преднагрузке в этом состоянии (VExUS 0-1 ст.) У пациентов с гипотензией (систолическое АД менее 90 мм. рт. ст., среднее АД менее 65 мм. рт. ст.) предполагается выраженная вазодилатация, что требует в первую очередь проведение вазопрессорной терапии (с использованием норадреналина). У пациентов, являющихся «респондерами», возможно проведение инфузионной терапии. После выполнения коррекции кардиогемодинамики выполняется повторная оценка, так как возможно, что в результате коррекции кардиогемодинамика пациента будет соответствовать другому профилю.

Профиль 2. Определяется VTI ВТЛЖ 18 см и более (нормальная сердечная функция), но с признаками венозного застоя (по VExUS 2 – 3 ст.). У пациентов с гипотензией (систолическое АД менее 90 мм. рт. ст., среднее АД менее 65 мм. рт. ст.) предполагается выраженная вазодилатация, что требует в первую очередь проведение вазопрессорной терапии (с использованием норадреналина). После назначения вазопрессорной терапии проводится повторная переоценка, и если на фоне скорректированной гипотензии сохраняются признаки гипергидратации и пациент не является «респондером» то это будет требовать назначения петлевых диуретиков. Если в результате переоценки пациент будет «респондером» с признаками высокой преднагрузки, то это будет являться противопоказанием к проведению инфузионной терапии до момента следующей переоценки.

Профиль 3. Характеризуется низким VTI ВТЛЖ менее 18 см, без признаков венозного застоя (по VExUS 0 – 1 ст.). Однако к данному профилю относятся пациента как с нормальной, так с ненормальной сердечной функцией. Если сердечная функция пациента нормальная, то он будет являться «респондером» и это требует проведения инфузионной терапии, что приведет к увеличению УО и СВ. Если сердечная функция пациента ненормальная, то он будет «не респондером», и в данном случае в первую

очередь следует использовать инотропные, вазопрессорные препараты для поддержания адекватного УО, СВ, АД.

Профиль 4. Характеризуется низким VTI ВТЛЖ менее 18 см, с признаками венозного застоя (по VExUS 2 – 3 ст.). В данном случае даже если пациент является «респондером», то в первую очередь следует использовать инотропные препараты для улучшения сердечной функции и вазопрессоры для коррекции вазоплегии, так как инфузионная терапия в данном случае приведет только лишь к росту давления наполнения в камерах сердца и гипергидратации. После выполнения коррекции кардиогемодинамики выполняется повторная оценка, так как возможно, что в результате коррекции кардиогемодинамика пациента будет соответствовать другому профилю. Если пациент является «не респондентом», то в данном случае показана диуретическая терапия.

Выводы. Стратегия инфузионной терапии зависит от того, какому профилю будут соответствовать показатели гемодинамики пациента. Это позволит персонализировать дальнейшую тактику лечения конкретного пациента, что в конечном итоге позволяет своевременно достичь стабилизации гемодинамики, сократить количество осложнений инфузионной терапии (гипергидратация), продолжительность пребывания в отделении реанимации, снизить материальные затраты на лечение данного контингента пациентов.

Иванникова Т.И.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕФРАКТЕРНОЙ ОТСЛОЙКИ ДЕСЦЕМЕТОВОЙ МЕМБРАНЫ ПОСЛЕ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ

Руководитель: Салихов Э.А., к.м.н.

ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, г. Москва

Введение. Отслойка десцеметовой мембраны – это заболевание задней части роговицы, характеризующееся проникновением жидкости в пространство между задними слоями стромы и десцеметовой мембраной. К факторам риска относятся ятрогенные, наследственные, возраст-зависимые, также сопутствующая глазная патология. На основании характеристик отслойки, выявляемых с помощью оптической когерентной томографии (ОКТ) переднего сегмента глаза, существует алгоритм HELP, определяющий тактику ведения пациента. Небольшие отслойки ведутся в режиме динамического наблюдения; хирургические методы включают в себя десцеметопексию воздухом или газовой смесью, трансэпителиальное дренирование, кератопластику.

Клинический случай. Пациентка Д. 72 лет обратилась в МГОЦ ММНКЦ им. С.П.Боткина для планового хирургического лечения катаракты обоих глаз. Была проведена факоэмульсификация (ФЭК) катаракты левого глаза с имплантацией интраокулярной линзы; МКОЗ на следующий день составляла 0,9. Спустя 10 дней у пациентки по данным биомикроскопии и ОКТ переднего сегмента диагностирована отслойка десцеметовой мембраны в верхненаружном квадранте роговицы оперированного глаза, МКОЗ 0,3. Спустя 14 дней была выполнена десцеметопексия воздухом, которая привела полному прилеганию отслойки и МКОЗ 0,9. Далее была выполнена ФЭК правого глаза с имплантацией интраокулярной линзы; перед завершением операции в переднюю камеру введен воздух; после операции МКОЗ 0,7. Через 5 дней у пациентки с помощью ОКТ диагностирована отслойка десцеметовой мембраны правого глаза в верхненаружной части роговицы с захватом

центральной зоны длиной 2 мм, высотой 719 мкм. Согласно алгоритму HELP была проведена десцеметопексия. Далее ввиду повторных рецидивов отслойки была проведена повторная десцеметопексия, затем 2 раза была введена газоздушная смесь SF₆. Затем пациентку наблюдали 20 дней. Предположительно, в данном клиническом случае отслойка десцеметовой мембраны обусловлена анатомическими особенностями пациентки: на это указывает билатеральность, а также рефрактерность патологического процесса. Отсутствие визуализируемого разрыва десцеметовой мембраны на ОКТ переднего отрезка – это также признак того, что наблюдаемая нами отслойка не ятрогенного характера. Необходимо было создать искусственный путь дренирования жидкости, поэтому было проведено трансэпителиальное дренирование жидкости между десцеметовой мембраной и стромой: пациенту под местной анестезией выполнили парацентез в зоне, в которой десцеметовая мембрана не отслоена. Через парацентез в переднюю камеру ввели стерильный воздух на $\frac{2}{3}$ объема передней камеры. Затем трансэпителиально выполнили вкол роговичного ножа 19G в роговицу в центральной зоне дренируемой полости, совершая надавливание на нижний край, постепенно вывели нож из туннельного разреза до полного дренирования жидкости. После проведенной операции в течение 6 месяцев динамического наблюдения обоих глаз десцеметова мембрана прилежит, МКОЗ 1,0.

Выводы. ОКТ переднего сегмента глаза – важный инструмент для диагностики отслойки десцеметовой мембраны и реализации персонализированного подхода к лечению. Трансэпителиальное дренирование является эффективным методом хирургического лечения рефрактерной отслойки десцеметовой мембраны.

Клюев И.С.^{1,2}, Корякин А.Г.^{1,2}, Сластников Е.Д.^{1,2}

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ НИВЛ И РЕР-ТЕРАПИИ ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ ГИПОКСЕМИЧЕСКОЙ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Руководитель: Власенко А.В.^{1,2}, д.м.н., профессор
кафедра анестезиологии, реаниматологии и неотложной медицины

1 -ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

2 - ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, г. Москва

Актуальность. У пациентов с острой дыхательной недостаточностью (ОДН) различного генеза неинвазивная искусственная вентиляция легких (НИВЛ) позволяет сократить частоту интубаций, снизить частоту негативных эффектов респираторной поддержки (РП) и улучшить результаты лечения. Респираторные тренажеры (РЕР-терапия) показали клиническую эффективность в пульмонологической практике и у пациентов с послеоперационной ОДН. При этом отсутствуют четкие алгоритмы наиболее эффективного и безопасного применения вариантов НИВЛ и сочетанного использования НИВЛ и РЕР-терапии при манифестации гипоксемической ОДН.

Цель работы. Улучшить результаты лечения пациентов с гипоксемической ОДН путем сочетанного применения НИВЛ и РЕР-терапии.

Материал и методы. Проспективно обследовали 20 пациентов (мужчин – 12, женщин – 8, возраст – $49,4 \pm 15,2$ лет, PaO_2/FiO_2 – $294,6 \pm 63,5$ мм рт. ст., ИМТ – $26,48 \pm 6,3$ кг/м²) с паренхиматозной ОДН вследствие тупой травмы груди (ТТГ) и ушиба легких, (n=11, мужчин – 7, женщин – 4) и абдоминального сепсиса (АС) (n=9, мужчин – 5, женщин – 4). Все пациенты были разделены на две группы. Группа А (n=13, мужчин – 8, женщин – 5, ТТГ – 7, АС – 6) – использовали НИВЛ (шлем, FiO_2 – 0,4-0,6, положительное конечно-экспираторное давление (ПДКВ) – 6-10 см вод. ст) сеансами по 60-360 мин.

Группа В (n=7, мужчин – 4, женщин – 3, ТТГ – 3, АС – 4) – применяли высокопоточную оксигенотерапию (ВПО), скорость потока 40-60 л/мин, FiO_2 – 0,4-0,6), сеансами по 240-720 минут, 2-4 раза в сутки. Всем пациентам между сеансами НИВЛ и ВПО проводили сеансы РЕР-терапии (Acapella, Smiths Medical) (ПДКВ – 2-6 см вод. ст) в течение 15 минут от 4 до 6 раз в сутки. Изучали динамику величины инспираторного усилия на вдохе (МІР) и экспираторного усилия на выдохе (МЕР), $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, частоты дыхания (ЧД), частоты интубаций и развития пневмонии, продолжительность лечения в отделении реанимации (ОР).

Результаты. У пациентов группы А через 24 часа выявили увеличение МІР в среднем на 25,1% ($p=0,05$), по сравнению с исходным значением, через 48 часов – в среднем на 40% ($p < 0,001$), через 72 часа – в среднем на 51,5% ($p < 0,001$). У пациентов группы В через 24 часа выявили увеличение МІР в среднем на 20,5% ($p=0,05$), по сравнению с исходным значением, через 48 часов – в среднем на 35% ($p < 0,001$), через 72 часа – в среднем на 45% ($p < 0,001$). У пациентов группы А через 24 часа выявили значимое увеличение МЕР в среднем на 15,7% ($p > 0,05$), по сравнению с исходным значением, через 48 часов – в среднем на 30,4% ($p < 0,001$), через 72 часа – в среднем на 45,8% ($p < 0,001$). У пациентов группы В через 24 часа выявили значимое увеличение МЕР в среднем на 15% ($p > 0,05$), по сравнению с исходным значением, через 48 часов – в среднем на 24% ($p < 0,001$), через 72 часа – в среднем на 37% ($p < 0,001$).

Группа А - никто из пациентов не был интубирован. Группа В - было интубировано 2 пациента (28,5%), 1 мужчина и 1 женщина, оба с ТТГ. У интубированных пациентов исходное МІР в среднем составило $13,5 \pm 8,5$ см вод. ст., тогда как у не интубированных – $25,6 \pm 14,2$ см вод. ст. Прирост МІР через 72 часа от исходного уровня у не интубированных пациентов составил 56,4%, тогда как у интубированных – 50% ($p > 0,05$). В группе В у интубированных пациентов исходное МЕР в среднем составило $27,7 \pm 12,5$ см вод. ст., тогда как у не интубированных – $38,8 \pm 17,4$ см вод. ст. Прирост МЕР через 72 часа от исходного уровня у не интубированных пациентов составил

40,6%, тогда как у интубированных – 28,4% ($p > 0,05$).

В группе А в течение первых 72 часов исследования у 8 пациентов (61,5%) развилась пневмония (мужчин – 4, женщин – 4, с чем ТТГ – 2, АС – 6). В группе В пневмонию диагностировали в течение первых 72 часов у 5 пациентов (71,4%). (мужчин – 3, женщин – 2, с чем ТТГ – 2, АС – 3). В группе А у пациентов с пневмонией исходный МІР был в среднем на 24,5% ниже, по сравнению с пациентами без пневмонии, а исходный МЕР в среднем на 30% ниже, по сравнению с пациентами без пневмонии. В группе В исходный МІР у пациентов с пневмонией был в среднем на 14% ниже, по сравнению с пациентами без пневмонии, а исходный МЕР в среднем на 11% ниже, по сравнению с пациентами без пневмонии.

Выводы.

1. У пациентов с гипоксемической ОДН использование РЕР-терапии в сочетании с НИВЛ способствует улучшению функции внешнего дыхания.
2. При манифестации гипоксемической ОДН сочетанное применение шлема и РЕР-терапии позволяет более эффективно улучшить функцию внешнего дыхания, сократить частоту интубаций и развития пневмонии, по сравнению с сочетанным использованием ВПО и РЕР-терапии.
3. Исходно слабые респираторные усилия пациентов с манифестацией гипоксемической ОДН и низкий темп их прироста, при использовании РЕР-терапии в сочетании с НИВЛ, являются предиктором интубации трахеи и развития нозокомиальной пневмонии.

Заключение. Разные методы НИВЛ имеют различную клиническую эффективность, которая значимо увеличивается при их сочетанном применении с РЕР-терапией в условиях манифестации гипоксемической ОДН, что позволяет сократить частоту развития пневмонии и интубаций, а оценка динамики инспираторных и экспираторных усилий пациента может быть использована, как критерии эффективности НИВЛ и предиктор развития пневмонии.

Лясканова Л.В., Воронкова А.Ю.

ХОЛЕСТЕАТОМА НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА.
СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР
РАЗВИТИЯ ХОЛЕСТЕАТОМЫ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА.
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Руководитель: Пчеленок Е.В., к.м.н., доцент
Кафедра оториноларингологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Представить краткий обзор литературы по холестеатоме наружного слухового прохода (ХНСП), синдрому Стивенса-Джонсона/токсическому эпидермальному некролизу (ССД/ТЭН) и клинический случай ХНСП после перенесенного ССД.

Материалы и методы. Поиск зарубежной и отечественной литературы проводился при помощи базы данных PubMed/MEDLINE.

Клинический случай. Пациентка Б. 26 лет обратилась с жалобами на снижение слуха и заложенность на оба уха, периодические выделения из ушей. Из анамнеза известно, что жалобы беспокоят длительное время. Часто возникали обострения рецидивирующих отитов. Наблюдалась у ЛОР-врача поликлиники по месту жительства, лечилась консервативно, без видимого эффекта. В условиях поликлиники проводилось промывание правого и левого уха с целью удаления серных пробок. В 2007 году перенесла ССД. При отомикроскопии справа: НСП obturated эпидермальными массами, визуализированы грануляции; слева НСП obturated эпидермально-серными массами. При аудиологическом исследовании выявлена двусторонняя кондуктивная тугоухость 1 степени.

По заключению мультиспиральной компьютерной томограммы (МСКТ) височных костей: справа затемнение в НСП, барабанной полости, в аттике и адитусе. Деструкция стенок НСП, включая заднюю стенку с распространением процесса на клетки сосцевидного отростка. Слуховые косточки сохранены, изменены процессом. Слева затемнение в НСП с

разрушением задней стенки, с вовлечением ближе лежащих клеток сосцевидного отростка. Барабанная полость воздушна. Цепь слуховых косточек сохранна. На основании жалоб пациентки, анамнеза заболевания, ЛОР-осмотра, данных МСКТ височных костей пациентке поставлен диагноз: «ХНСП с деструкцией стенок НСП с двух сторон». Была выполнена аттикоадитотомия с моделированием НСП и удаление эпидермальных масс правого уха. Удаление эпидермально-серных масс из левого НСП. Клинико-анатомический результат оценивался после удаления тампонов из правого и левого уха на 21-й день после операции. При отомикроскопии: справа и слева НСП широкий, визуализируется барабанная перепонка, признаки воспаления отсутствуют. По данным аудиологического исследования — полное сокращение костно-воздушного разрыва.

Выводы. Большинство оториноларингологических осложнений ССД, в частности ушные, недостаточно описаны в литературе. В результате поиска на PubMed публикаций, по ключевым словам, «Синдром Стивенса-Джонсона», «токсический эпидермальный некролиз», «ухо», «ушные», «оториноларингологические» мы нашли только одну статью с ушными осложнениями после перенесённого ССД. Мы считаем, что при данном синдроме необходим междисциплинарный подход, осведомленность оториноларингологов о возможных осложнениях при данном синдроме со стороны ЛОР-органов, ранняя диагностика и своевременное лечение.

Мазурок А.В.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА
СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ РАДИОАБЛАЦИИ
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕКУРРЕНТНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ

Руководитель: Васковский В.А., к.м.н,
отделение радиотерапии
ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Демонстрация первого в России клинического опыта применения стереотаксической радиоаблации для лечения пациента с рефрактерной желудочковой тахикардией, устойчивой к медикаментозной терапии и радиочастотной аблации; оценка безопасности и эффективности метода.

Материалы и методы. Пациенту 57 лет с инфарктом миокарда в анамнезе проведена стереотаксическая радиоаблация рефрактерной к медикаментозному и хирургическому лечению устойчивой желудочковой тахикардии. Выполнено навигационное картирование с построением вольтажной и активационной карт, где отмечены зоны низкоамплитудной активности в перегородочной и апикальной областях ЛЖ, верифицирована зона рубца в области межжелудочковой перегородки и зона поздних потенциалов в нижнебазальных и нижнесептальных отделах ЛЖ. При активационном картировании верифицирована обширная перирубцовая зона в межжелудочковой перегородке, формирующая вокруг себя круг re-entry тахикардии.

Радиохирургическое облучение мишени в области межжелудочковой перегородки и заднеапикального сегмента левого желудочка выполняли на линейном ускорителе электронов TrueBeam в соответствии с сегментарной схемой левого желудочка. Дозы облучения для 95% внутреннего (ITV-17 см³) и планируемого объема мишени (PTV-46 см³) (31,2 и 25 Гр) подвели двумя полными компланарными арками за 1 сеанс. Облучение проводилось на выдохе с использованием системы респираторного контроля. Доза на

критические структуры не превышала допустимых значений. Плановый период наблюдения — 18 месяцев.

Результаты. По данным удаленного мониторинга, интенсивность пароксизмов ЖТ сохранялась в период 48 суток после лечения — от ежедневных до 2–3 в сутки. В дальнейшем отмечалась тенденция к урежению пароксизмов ЖТ, а с 64 и до 450-й день пароксизмы ЖТ не регистрировались, что свидетельствует о высокой степени точности, конформности воздействия и вовлечении всей толщины стенки. Нежелательных эффектов и повреждений сопредельных органов в отдаленном периоде не выявлено.

Закключение. Методика стереотаксической радиоабляции рефрактерной ЖТ продемонстрировала эффективность и безопасность, что позволяет рассматривать её как альтернативный метод лечения для пациентов с устойчивыми желудочковыми тахикардиями, рефрактерными к медикаментозной терапии и инвазивным катетерным процедурам.

Маммадова С.Ю.

ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПРИ ИНДУЦИРОВАННОМ ПОВЫШЕНИИ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГЛАУКОМОЙ НОРМАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Руководитель: Арутюнян Л.Л., д.м.н., профессор
кафедра офтальмологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Оценить динамику гемодинамических параметров зрительного нерва при индуцированном повышении ВГД у пациентов с глаукомой нормального давления (ГНД) в сравнении с контрольной группой.

Материалы и методы. В проспективном исследовании включены группа ГНД (n=15): пациенты с подтверждённой ГНД (ВГД ≤ 21 мм рт.ст., типичные изменения ДЗН и ПЗН) и группа контроль (n=15): здоровые лица, сопоставимые по возрасту. У каждого пациента были сделаны снимки с помощью ОКТ-А Optopol Revo 60 SOCT, фирмы «Optopol technology», Poland (model: Optopol Revo 60, SN: 1551711/U, 2020 г.) с областью сканирования 6×6 мм² в центре диска зрительного нерва. Мы получили ангиографический срез RPC (от ILM до RNFL) из ангиографического сканирования 6×6 мм².

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование выявило значимые изменения гемодинамических параметров зрительного нерва у пациентов с глаукомой нормального давления (ГНД) при индуцированном повышении внутриглазного давления с помощью вакуум-компрессионной пробы. Исходно показатели перипапиллярной VD, плотность радиальных перипапиллярных капилляров (RPC) и Inside Disk Density у пациентов с ГНД (n=15) были достоверно ниже, чем в контрольной группе (n=15) ($p < 0.001$): Перипапиллярная VD: $26.03 \pm 4.16\%$ vs $33.46 \pm 1.32\%$ ($p < 0.001$). Плотность RPC: $45.2 \pm 2.3\%$ vs $52.1 \pm 3.1\%$ ($p < 0.001$). Inside Disk Density: $18.5 \pm 1.8\%$ vs $24.3 \pm 2.0\%$ ($p < 0.001$). После проведения вакуум-компрессионной пробы зафиксировано статистически значимое увеличение всех исследуемых параметров ($p < 0.05$): Увеличение Inside Disk Density на $+12.5\%$ ($p < 0.05$). Снижение

перипапиллярной VD на -8.5% vs -2.1% в контроле ($p<0.05$). Сегментарные изменения RPC: Наибольшее снижение в сегментах Nasal Inferior ($39.05\pm 3.2\%$) и Superior Nasal ($40.1\pm 2.9\%$) ($p<0.01$).

Ключевые результаты включают: снижение плотности радиальных перипапиллярных капилляров, наиболее выраженное в верхнем сегментах; увеличение плотности сосудов внутри ДЗН (Inside Disk Density); снижение перипапиллярной плотности сосудов (Peripapillary Vessel Density, PVD). Наблюдаемое снижение перипапиллярной VD отражает нарушение микроциркуляции в перипапиллярной зоне, обусловленное механической компрессией микрососудов при повышении ВГД, приводящей к уменьшению кровотока в поверхностном (RNFL) и глубоком сосудистых сплетениях, что усугубляет ишемическим повреждением аксонов ганглиозных клеток. Увеличение Inside Disk Density может предшествовать структурным изменениям (истончение RNFL), а также может указывать на истощение резервов микроциркуляции и высокий риск прогрессирования глаукомы. Снижение RPC-плотности в верхних сегментах при ГНД отражает селективную уязвимость перипапиллярной микроциркуляции к колебаниям ВГД. Это подтверждает ключевую роль сосудистого компонента в патогенезе ГНД.

Закключение. Использование вакуум-компрессионной пробы в сочетании с ОКТ-ангиографией клиническую и научную значимость, открывая новые возможности для ранней диагностики и выявления скрытых нарушений перфузии зрительного нерва и оценки риска прогрессирования глаукомной оптической нейропатии у пациентов с нормальным уровнем ВГД.

Нуритдинов И.Н., Рейтер В.Д.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ СТИМУЛЯЦИЯ ТКАНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Руководитель: Благовестнов Д.А., д.м.н., профессор
Кафедра неотложной и общей хирургии им. профессора А.С. Ермолова
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Согласно литературным данным, формирование послеоперационной вентральной грыжи (ПОВГ) после планового оперативного вмешательства возникает у 10% пациентов, при экстренном – в 30% случаев. Установка сетчатого импланта в ретромускулярном пространстве в позиции sublay, как в открытом варианте, так и в минимально инвазивном в настоящее время является наиболее предпочтительной в хирургическом лечении ПОВГ в связи с меньшими рисками рецидивов. Однако в ряде случаев сетчатый имплант плохо интегрирует в окружающие ткани, что приводит к ранним рецидивам и послеоперационным осложнениям (длительно существующая серома, перипротезные свищи, спаечная кишечная непроходимость и пр.). Оптимизация биоматериалов потенциально является одним из ключей к решению данной проблемы.

Цель. Определить целесообразность и эффективность биологической стимуляции тканей в зоне установки сетчатого имплантата для создания прочного и полноценного рубца в эксперименте.

Материалы и методы. Экспериментальная часть основана на серии экспериментов на лабораторных животных – 84 крысах-самцах. Первая группа (21 крыса) является группой контроля, в которой особям после рассечения переднего листка влагалища прямой мышцы без доступа в брюшную полость ретромускулярно устанавливался сетчатый полипропиленовый имплант 2х0,5 см без покрытия. В трех последующих группах (по 21 крысе в каждой) устанавливался сетчатый имплант тех же параметров в то же анатомическое пространство, но с биологическим стимулятором – коллагеном, культурой

фибробластов, тромбоцитарной взвесью соответственно. После выведения из эксперимента в процессе гистологического исследования образцов планируется оценивать выраженность воспалительных изменений, степень образования грануляционной ткани и дезорганизации коллагеновых волокон.

Результаты. На момент публикации научной работы всем крысам проведено оперативное вмешательство по имплантации сетчатого протеза, однако ни одно животное еще не выведено из эксперимента в связи с ранними сроками. По литературным данным Мутовой Т.В. в 2018 г получены сведения, что введение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, позволяет быстро сформировать прочную соединительнотканную капсулу вокруг имплантатов, морфологическим субстратом которой являлось появление зрелых, ярко оксифильных коллагеновых волокон. В исследовании, проведенном Avila в 2016 г., полипропиленовая сетка, обогащенная тромбоцитами, была связана с увеличением воспалительного инфильтрата в области имплантата в поздней стадии процесса, закрепляющего репарацию. Возможность фибробластов формировать внеклеточный матрикс, синтезировать цитокины, факторы роста, коллаген позволяет сделать вывод о том, что их нанесение в область раны даст определенный клинический эффект. Так, Askermann M. с соавторами отметили, что полипропиленовое/коллагеновое покрытие улучшило прикрепление клеток к полипропиленовым сеткам и значительно увеличило рост фибробластов.

Закключение. Таким образом, можно сделать потенциальный вывод и ожидать, что выбор способа пластики передней брюшной стенки с использованием биостимуляторов может снизить риск рецидива послеоперационной вентральной грыжи за счет ускоренной интеграции сетчатого имплантата в ткани брюшной стенки.

Рейтер В.Д.¹, Нуритдинов И.Н.¹, Саджая Ю.К.¹

МЕТОД РЕКОНСТРУКЦИИ СТОМЫ ИЗ МЕСТНОГО ДОСТУПА У ПАЦИЕНТОВ С РАННИМИ ПОСТОПЕРАЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Руководители: Цулеискири Б.Т.², к.м.н., доцент

Кафедра неотложной и общей хирургии им. профессора А.С. Ермолова

1 – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

2 – ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва

Актуальность. Основными показаниями для формирования кишечных стом являются такие заболевания, как злокачественные заболевания желудочно-кишечного тракта и их осложненные формы в 17,3 - 69,6%, доброкачественные заболевания кишечника (осложненные формы дивертикулярной болезни; долихоколон, осложненная заворотом и некрозом; воспалительные заболевания кишечника; нарушение мезентериального кровообращения) в 25 - 55%, травматические повреждения и ранения кишечника в 7,4 - 22%. Формирование стомы по причине экстренной хирургической патологии и травме встречается в 89,8% случаев. Частота осложнений, связанных со стомой, варьируется от 2,9% до 81,1%. Различают ранние осложнения, которые возникают в течение 30 дней после операции, и их частота составляет от 3% до 82%. К ним относятся: кожные осложнения вокруг стомы (73%), ишемия/некроз стомы (1,6-11%), ретракция (5–23%). И поздние осложнения — парастомальная грыжа (30-86%), стеноз (1-17%), пролапс (7–26%) и ретракция (1–6%). Для борьбы со стомальными осложнениями применяют различные способы оперативного лечения, используя реконструкцию стомы в различных модификациях. При этом повторный доступ в брюшную полость путем лапаротомии сопряжен с длительным послеоперационным периодом, рисками нагноения лапаротомной раны, что представляет серьезную проблему для дальнейшей реабилитации пациента. Все это диктует необходимость дальнейшего совершенствования методов реконструктивных вмешательств у стомированных пациентов.

Цель. Улучшить методику реконструкции стомы путем снижения

травматичности хирургического доступа.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 7 пациентов, проходивших стационарное лечение в хирургических отделениях НИИ СП им. Н.В. Склифосовского за период от 01.01.2024 по 31.12.2024, которым была выполнена реконструкция стомы в раннем послеоперационном периоде. Помимо демографических данных, мы проанализировали тип стомы и уровень ее выведения, показания к созданию стомы, наиболее распространённую операцию, сроки развития осложнений со стороны стомы и продолжительность пребывания в стационаре.

Результаты. Нами разработана новая методика локальной миниинвазивной реконструкции стомы при наличии ранних осложнений со стороны стомы, которая ведет к ранней активизации пациентов и уменьшению койко-дней. По результатам анализа выявлено, что при использовании данного метода реконструкции у 7 пациентов при ранних осложнениях со стороны стомы, время пребывания в стационаре сократилось в среднем на 9 дней по сравнению с применением только консервативного лечения аналогичных осложнений. Средний возраст пациентов составил 65 лет. Причиной для выведения стомы являлись: осложненные формы рака толстой кишки в 4 из 7 случаев (сформированы 2 илеостомы и 2 колостомы), спаечная болезнь в одном случае (илеостомия), дивертикулярная болезнь толстой кишки, осложненная перфорацией в одном случае (колостомия) и травма тонкой кишки также у одного пациента (илеостомия). Время наблюдения составило от 3 до 10 месяцев после выписки из стационара, при этом осложнений со стороны стомы, летальных исходов после реконструкции не наблюдалось.

Вывод. Данный метод реконструкции на небольшом количестве пациентов показал хорошую эффективность, безопасность и по показаниям может быть применен в клинической практике.

Романов Д.Н., Тонян А.М.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛОСКУТА НА ОСНОВЕ ПЕРФОРАНТОВ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ГРУДНОЙ АРТЕРИИ (ЛТАР) В СОВРЕМЕННОЙ ОНКОМАММОЛОГИИ

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Онкопластическая хирургия стала важным этапом развития органосохраняющих операций при раке молочной железы. Её ключевая задача — сочетание радикального удаления опухоли с максимальным сохранением эстетики молочной железы. У некоторых пациенток, особенно тех, которым не подходят стандартные методы, эти лоскуты также могут обеспечить возможность аутологичной реконструкции груди. Особый интерес в последние годы вызывает латеральный грудной лоскут (ЛТАР — Lateral Thoracic Artery Perforator Flap), изначально разработанный для реконструкции дефектов головы, шеи и конечностей. Однако его применение в реконструкции молочной железы открыла новые возможности для коррекции постоперационных дефектов у пациенток с малым объемом тканей, где традиционные методы часто ограничены.

Цель исследования. Оценить эффективность ЛТАР-лоскута в онкопластической реконструкции молочной железы, сравнить его преимущества с лоскутом широчайшей мышцы спины (ЛШМС) и LiCAP-лоскутами.

Материалы и методы. Для анализа эффективности ЛТАР-лоскута проведён систематический поиск в PubMed, Scopus, Cochrane Library и eLibrary с ключевыми словами: "LTAP flap", "lateral thoracic artery perforator", "breast reconstruction". Отобрано несколько релевантных исследований (2005-2025 гг.), включая клинические обзоры и метаанализы. Критерии включения: описание техники, осложнений и сравнение с ЛШМС/LiCAP лоскутами.

Результаты. Латеральная грудная артерия (ЛТА), являющаяся основой ЛТАР-лоскута, в большинстве случаев берет начало от подмышечной артерии,

хотя возможны варианты ее отхождения от подлопаточной или торакодорсальной артерий. Важно отметить, что у 15-18% пациентов эта артерия может отсутствовать, что требует особого внимания при планировании операции. Артерия проходит параллельно торакодорсальной, отдавая перфорантные ветви преимущественно в III-V межреберьях, причем наиболее крупные из них расположены в III и IV межреберных промежутках. Оптимальными кандидатами для реконструкции с использованием ЛТАР-лоскута считаются женщины в возрасте 50-60 лет с нормальным индексом массы тела ($18,5-24,9 \text{ кг/м}^2$) и объемом молочной железы не превышающим размер D. Особенно хорошо данный метод подходит для пациенток с опухолями, расположенными в верхненаружном квадранте, когда планируемый объем резекции не превышает 20% ткани железы. При этом абсолютными противопоказаниями выступают активное курение и декомпенсированный сахарный диабет. Идентификация латеральной грудной артерии осуществляется с помощью доплерографии, при этом особое внимание уделяется сохранению фасциального футляра. Важным преимуществом ЛТАР-лоскута является возможность его «пропеллерной» ротации и комбинирования с LiCAP-лоскутом. По сравнению с ЛШМС и LiCAP, ЛТАР-лоскут демонстрирует ряд преимуществ, включая большую гибкость позиционирования и сохранение мышц спины, что особенно важно при возможных будущих реконструкциях. Однако его выделение технически более сложно и сопряжено с риском повреждения сосуда. В онкологическом аспекте применение ЛТАР-лоскута обеспечивает 100% показатель R0-резекции с частотой рецидивов менее 2%, при этом общая частота осложнений составляет 9,25%, а полная потеря лоскута встречается лишь в 0,8% случаев.

Выводы. Лоскут на латеральных торакальных перфорантных артериях дополняет методики реконструкции молочной железы с использованием перфорантных лоскутов, наряду с лоскутами на основе латеральных межреберных артерий и торакодорсальных перфорантных артерий. По сравнению с лоскутом на латеральных межреберных артериях, данный метод обеспечивает большую гибкость при позиционировании, увеличенную

дальность перемещения тканей. В то же время, по сравнению с лоскутом широчайшей мышцы спины, техника его выделения отличается меньшей сложностью и длительностью.

Сластников Е.Д.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПЕРСОНИФИКАЦИИ НУТРИТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ПУТЕМ АНАЛИЗА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА

Руководитель: Власенко А.В., д.м.н., профессор
кафедра анестезиологии, реаниматологии и неотложной медицины
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Панкреонекроз был и остается серьезной проблемой современной медицины, абдоминальной хирургии и реаниматологии. Развитие инновационных клинических технологий, изучение механизмов патогенеза этой жизнеугрожающей патологии позволило улучшить диагностику и лечение, но летальность этих пациентов остается неприемлемо высокой. Адекватное нутриционное обеспечение сбалансированными энергетическими и пластическими субстратами является принципиальным компонентом комплексного междисциплинарного хирургического и реанимационного лечения пациентов с панкреонекрозом, однако прецизионный выбор наиболее эффективного формата лечебного питания в рутинной практике представляется крайне затруднительным. Изучение особенностей метаболизма пациентов с панкреонекрозом в отделении реанимации позволит научно обосновать, разработать и предложить персонафицированный алгоритм нутритивного обеспечения и улучшить тем самым результаты лечения этих пациентов.

Цель работы. Улучшить результаты лечения пациентов с панкреонекрозом в отделении реанимации путем изучения особенности метаболизма и дисметаболизма и последующей разработки персонафицированного алгоритма нутриционной поддержки.

Материал и методы. В первой части исследования был выполнен ретроспективный анализ 30 пациентов с острым деструктивным панкреатитом и панкреонекрозом различного генеза (19 мужчин и 11 женщин, средний возраст $45,9 \pm 13,2$ лет, ИМТ – $27,08 \pm 5,54$ кг/м², SOFA – $5,1 \pm 2,12$ баллов,

APACHE II – $19,3 \pm 4,32$ баллов, по шкале критериев первичной экспресс-оценки тяжести острого панкреатита – $7 \pm 2,11$ баллов). Причины развития панкреонекроза: алкогольно-алиментарный панкреатит ($n=17$, мужчин – 9, женщин – 8), билиарный панкреатит ($n=6$, мужчин – 5, женщин – 1), посттравматический панкреатит ($n=1$, мужчин – 1), другие причины острого панкреатита ($n=4$, мужчин – 2, женщин – 2). Комплексную оценку трофического статуса определяли путем динамического контроля антропометрических и лабораторных показателей, мониторинг уровня метаболизма осуществляли методом непрямой калориметрии посредством метаболического монитора «Quark RMR» (Cosmed, Италия). В зависимости от результатов лечения все обследованные пациенты были разделены на 2 группы: группа А – выжившие пациенты ($n=21$, мужчин – 12, женщин – 9), группа В – умершие пациенты в отделении реанимации ($n=9$, мужчин – 7, женщин – 2). Выполнили сравнительный анализ показателей метаболического статуса пациентов групп А и В во время лечения в ОР. Статистическая обработка выполнена с использованием программы StatTech v. 4.8.0 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Результаты. В группе В выявили значимо более высокие показатели шкалы SOFA ($p=0,1$) и уровня СРБ ($p=0,8$) и значимо более низкую концентрацию альбумина ($p=0,6$), по сравнению с группой А. В первые сутки исследования суточная энергопотребность основного обмена (ЭОО), полученная методом непрямой калориметрии, не имела взаимосвязи ни с одним расчетным уравнением, а в пересчете на фактическую массу тела составила $25,55$ ккал/кг/сут (Q1-Q3: 21,69-28,40). Динамический мониторинг ЭОО в течение 20 суток выявил изначально более высокий уровень основного обмена в группе А, по сравнению с группой В и увеличение суточной энергопотребности до 30 ккал/кг/сут на 15-17 сутки исследования ($p=0,07$). В группе В уровень ЭОО в начале исследования был меньше, чем в группе А, в дальнейшем отсутствовал его рост при сохранении базового метаболизма на уровне 26 ккал/кг/сут ($p=0,07$). Оценка усвояемости нутриентов посредством анализа динамики дыхательного коэффициента (ДК) в группе А

выявил его увеличение на фоне проводимой нутритивной терапии, в группе В значения ДК оставались без значимых изменений или имели тенденцию к снижению ($p=0,073$). Оценка антропометрических показателей не показала статистически значимых различий в группах А и В.

Выводы. 1. У пациентов с панкреонекрозом в отделении реанимации прецизионную оценку энергопотребности основного обмена целесообразно выполнять посредством метаболического монитора, а при отсутствии такой возможности проводить нутриционную поддержку из расчета 25-30 ккал/кг/сут. 2. У пациентов с панкреонекрозом рост энергопотребности основного обмена до 30 ккал/кг/сут и дыхательного коэффициента до 0,8 на 15-17 сутки лечения свидетельствует о хорошей утилизации нутриентов, преобладании процессов анаболизма и ассоциируется с положительным результатом лечения. 3. Отсутствие такой динамики этих показателей указывает на развитие анаболической резистентности, подавлении клеточного восстановления и ассоциируется с неблагоприятным исходом лечения.

Заключение. У пациентов с панкреонекрозом в отделении реанимации для оценки метаболического статуса, выявления и коррекции дисметаболизма, обеспечения персонифицированной нутритивной поддержки и улучшения результатов лечения целесообразно использовать непрямую калориметрию с контролем не только нутритивной потребности, но и утилизации нутриентов, что более адекватно отражает состояние базового метаболизма, по сравнению с другими методами его контроля.

Тарасов Р.А.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ НЕФРОНСБЕРЕГАЮЩЕЙ ХИРУРГИИ
ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТРЕХМЕРНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Руководитель: Серегин А.А., д.м.н., профессор
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Основная задача современной нефронсберегающей стратегии хирургии локализованного рака почки заключается не только в радикальном удалении опухоли и сохранении органа, но и в максимальном сохранении функции почки.

Цель. Продемонстрировать роль трехмерной (3D) реконструкции компьютерной томографии (КТ) в нефронсберегающей стратегии хирургического лечения локализованного рака почки на клиническом примере.

Клинический случай. Пациент М., 70 лет, поступил в плановом порядке с диагнозом рак левой почки (сT1aN0M0). По нефрометрической шкале RENAL — 9a. У пациента были выявлены следующие сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия 2 степени, I стадии и хроническая болезнь почек 3a стадии (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) - 48 мл/мин/1,73м²). На основе КТ выполнена 3D-реконструкция в программе 3D Slicer 5.6.2 (платформа с открытым исходным кодом) с маркировкой питающей опухоль артериальной ветви, структур чашечно-лоханочной системы и сосудов. 3D-реконструкция позволила выявить артерию, питающую опухоль. Проведено робот-ассистированное нефронсберегающее оперативное пособие. Подтверждено наличие выявленных на 3D-реконструкции сосудов, что позволило выполнить энуклеацию образования в условиях бескровного поля без ушивания и коагуляции ложа удаленной опухоли после клипирования и пересечения артерии, питающей опухоль. Интраоперационных осложнений, значимой кровопотери у пациента не было.

Время операции составило 1 час 10 минут. СКФ на 2-е сутки после хирургического вмешательства не изменился по сравнению с предоперационным значением (48 мл/мин/1,73м²), что подтверждает отсутствие негативного влияния на здоровую паренхиму почки. Пациент был выписан из стационара на 3-и сутки. Патоморфологическое исследование выявило светлоклеточный рак почки стадии pT1aN0M0, G2 по Фурману, хирургический край был отрицательный.

Выводы. Применение трехмерной реконструкции компьютерной томографии позволяет прецизионно оценить анатомию и является неотъемлемым компонентом нефронсберегающей стратегии хирургического лечения локализованного рака почки.

Тонян А.М., Романов Д.Н.

ИНВАЗИВНЫЙ ДОЛЬКОВЫЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
В КОНТЕКСТЕ МОЛЕКУЛЯРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Ключевые слова: рак молочной железы, дольковый инвазивный рак, дольковая карцинома, Е-кадгерин, органосохранные операции.

Актуальность. Инвазивный дольковый рак (ИДР) — занимает второе место по распространённости среди подтипов рака молочной железы (до 15% случаев), уступающий только инвазивному протоковому раку. Его ключевая особенность — потеря Е-кадгерина, приводящая к диссоциированному росту опухолевых клеток. В большинстве случаев ИДР относится к люминальному подтипу (ER/PR+, HER2-), что влияет на тактику лечения. Несмотря на прогресс в изучении молекулярных механизмов и геномного профиля ИДР, клиницисты до сих пор сталкиваются с рядом проблем: резистентность к терапии, поздние рецидивы, отсутствие стандартизированных протоколов по диагностике. Данный обзор систематизирует актуальные (до 2024 г.) данные для оптимизации подходов к диагностике и лечению ИДР.

Цель исследования. Систематизация и интерпретация современных научных данных с фокусом на улучшение диагностики, лечения и прогноза пациентов с инвазивным дольковым раком молочной железы.

Материалы и методы. Поиск источников информации проводился в электронных базах: PubMed/MEDLINE, Scopus, Cochrane Library, ClinicalTrials.gov, eLibrary, а также в клинических рекомендациях NCCN (2024). Кроме того проанализированы статьи из журнала Chinese Medical Journal.

Результаты. Инвазивный дольковый рак (ИДР) ассоциирован с утратой Е-кадгерина — трансмембранного белка, кодируемого геном CDH1

(хромосома 16q22). Е-кадгерин обеспечивает межклеточную адгезию через связь с катенинами (α , β , γ) и актиновым цитоскелетом, подавляя инвазию опухолевых клеток. Именно потеря Е-кадгерина при ИДР приводит к характерному диссоциированному росту, когда опухолевые клетки распространяются линейными тяжами или единично инфильтрируют строму. Эти морфологические особенности напрямую влияют на диагностические сложности: например, чувствительность маммографии при ИДР составляет 57–81%, при этом 30% случаев остаются невизуализированными из-за диффузного инфильтративного роста. МРТ демонстрирует высокую диагностическую точность (93–96%), что важно для планирования органосохранных операций. При этом УЗИ превосходит маммографию и МРТ в оценке предоперационного размера опухоли, что критично для определения объёма резекции.

Органосохранные операции с лучевой терапией при ИДР демонстрируют сопоставимую с мастэктомией 15-летнюю выживаемость без метастазов (70% vs. 62%, $p=0.2017$), при этом общая выживаемость выше в группе органосохранного лечения (63% vs. 49%, $p=0.0122$). Риск положительных краёв резекции при ИДР достигает 15.8% (против 9.8% при протоковом раке), но, как показал ретроспективный анализ, повторная резекция позволяет избежать мастэктомии в 74% случаев.

Важным аспектом лечения остаётся лимфодиссекция. У пациентов с ИДР и 1–2 положительными сторожевыми лимфоузлами риск метастазов в несторожевых узлах значительно выше, чем при ПИР (66.7% vs. 45%, $p=0.02$), что ставит под вопрос безопасность отказа от аксиллярной диссекции в этой группе.

В системной терапии низкий уровень полного патологического ответа (pCR) на неoadъювантную химиотерапию объясняется ER+/HER2- статусом и низкой пролиферативной активностью ($Ki-67 < 15\%$). Ингибиторы ароматазы, такие как летрозол, демонстрируют преимущество перед тамоксифеном: 8-летняя безрецидивная выживаемость при их использовании составляет 82% против 66%, что подтверждает необходимость перехода к

персонализированным протоколам с учетом биологии ИДР.

Цветаев И.И., Малащенко Д.А.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЕЙ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Руководитель: Власенко А.В., д.м.н., профессор
кафедра анестезиологии, реаниматологии и неотложной медицины
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Инфекции кожи и мягких тканей (ИКМТ) являются серьезной проблемой современной медицины и реаниматологии ввиду полиэтиологического характера, трудности своевременной дифференциальной диагностики, быстрого прогрессирования заболевания с частым развитием сепсиса и полиорганной дисфункции, необходимости сложного комплексного и высокочувствительного лечения, высокой летальности и тяжелой инвалидизации выживших пациентов. При этом на каждом этапе лечения сложно выделить ведущие факторы, определяющие исходы заболевания. Поэтому, всесторонний анализ результатов лечения наиболее тяжелого контингента пациентов с ИКМТ в отделениях реанимации (ОР) является актуальной и прикладной задачей современной реаниматологии для улучшения результатов лечения.

Цель. Выявить ведущие факторы, влияющие на летальность и результаты лечения пациентов с инфекцией кожи и мягких тканей в отделениях реанимации.

Материалы и методы. В ретроспективный анализ были включены 137 пациентов с ИКМТ: 79 мужчин и 58 женщин, средний возраст $54,86 \pm 16,54$ лет (от 18 до 89 лет), которые в ходе исследования были разделены на 2 группы в соответствии с диагнозом по классификации РАСХИ: Группа А – пациенты с первичными ИКМТ (фурункул, карбункул, рожа, целлюлит, неосложненный абсцесс и флегмона, некротический целлюлит, фасциит, пиомиозит и мионекроз), (n=26, 15 мужчин, 11 женщин), средний возраст $49,46 \pm 16,80$ лет (от 23 до 86 лет). Группа В – пациенты со вторичными ИКМТ (инфицирование тканей вследствие первичных нарушений анатомической целостности, трофики и/или иннервации при системных заболеваниях; инфицированные

ожоги, травматические раны, укушенные раны; инфекции области хирургического вмешательства), (n=111, 64 мужчины, 47 женщин), средний возраст $56,13 \pm 16,29$ лет (от 18 до 89 лет).

Проведено сравнение групп А и В по клиническим и лабораторным данным, летальности, продолжительности лечения в ОР, респираторной поддержки (РП) и вазопрессорной поддержки (ВП).

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.6.3 (разработчик - ООО "Статтех", Россия).

Результаты. В группе А были выявлены значительно более высокие показатели шкалы SOFA ($p=0,009$), более высокий уровень СРБ ($p=0,001$) и более низкая концентрация альбумина ($p=0,019$) по сравнению с группой В, при отсутствии различий в летальности (ОШ = 0,871; 95% ДИ: 0,314 – 2,419). В группах А и В продолжительность лечения в ОР зависела от: потребности в повторных оперативных вмешательствах (1 операция увеличивает на 1,777 сут); уровня СРБ (увеличение на 1 мг/л увеличивает на 0,023 сут); гипоальбуминемии (увеличение на 1 г/л - уменьшение на 0,545 сут); лейкоцитоза (увеличение на $1 \cdot 10^9$ /л увеличивает на 0,244 сут); уровня гемоглобина (увеличение на 1 г/л уменьшает на 0,078 сут); уровня лактата (увеличение на 1 ммоль/л увеличивает на 1,279 сут); тяжести состояния, по шкалам APACHE II (увеличение на 1 балл увеличивает на 0,158 сут), и SOFA (при увеличении на 1 балл - увеличение на 0,953 сут). Продолжительность РП зависела от: потребности в повторных операциях (1 операция увеличивает на 1,766 сут), уровня альбумина (увеличение на 1 г/л - уменьшение на 0,598 сут), тяжести состояния, оцененной по шкале SOFA (увеличение на 1 балл увеличивает на 0,615 сут). Продолжительность ВП зависела от уровня альбумина (увеличение на 1 г/л – снижение на 0,595 сут), необходимости проведения повторных операций (1 операция увеличивает на 1,294 сут), тяжести состояния по шкале SOFA (увеличение на 1 балл увеличивает на 0,4 сут). Летальность зависела от: возраста (61 год и старше), повышения уровня лактата крови (пороговое значение 2,8 ммоль/л), уровня СРБ (пороговое значение 115 мг/л), гипоальбуминемии (пороговое значение 24 г/л),

лейкоцитоза (пороговое значение $10,2 \cdot 10^9/\text{л}$), анемии (пороговое значение 77 г/л), тяжести состояния, оцененной по шкалам APACHE II (пороговое значение 16 баллов) и SOFA (пороговое значение 6 баллов).

Выводы. 1. У пациентов с первичной и вторичной ИКМТ, вне зависимости от диагноза ведущими факторами, влияющими на продолжительность лечения в ОР, ВП и РП являются: тяжесть состояния, потребность в повторных оперативных вмешательствах, повышение уровня СРБ, гипоальбуминемия, лейкоцитоз, анемия, повышение уровня лактата. 2. У пациентов с первичной и вторичной ИКМТ, вне зависимости от диагноза ведущими факторами, влияющими на летальность, являются: тяжесть состояния, потребность в повторных вмешательствах, повышение уровня СРБ, гипоальбуминемия, лейкоцитоз, анемия, повышение уровня лактата, возраст (61 год и старше). 3. Тяжесть состояния, потребность в повторных оперативных вмешательствах, повышение уровня СРБ, гипоальбуминемия, лейкоцитоз, анемия, повышение уровня лактата являются предикторами длительности лечения в ОР и летального исхода пациентов с ИКМТ.

Заключение. У пациентов с ИКМТ вне зависимости от диагноза персонифицированная стартовая терапия, направленная на коррекцию гипоальбуминемии, анемии, метаболических нарушений может улучшить результаты лечения и сократить летальность.

Яковлева Д.М.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ

Руководитель: Ярцев П.А., д.м.н., профессор
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Грыжи передней брюшной, являются одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний в мире и встречаются у 5 - 6% трудоспособного населения в возрасте от 25 до 75 лет. Наиболее часто среди первичных грыж передней брюшной стенки встречаются паховые, которые составляют около 75%. Паховые грыжи, как правило, у мужчин встречаются чаще, чем у женщин (в среднем 1 - 5% у мужчин и 0,2 - 2 % - у женщин в разных странах).

Цель. Улучшить результаты лечения у пациентов с паховыми грыжами путем использования дифференцированного подхода к выбору условий лечения и применения минимально-инвазивных технологий и методов регионарной анестезии.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе кафедры неотложной и общей хирургии им. А.С. Ермолова ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ и отделений хирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2021 по 2024 гг., анализ материала проведен с 2020 по 2024 гг. Основная группа: 70 пациентов проходивших лечение неосложненной паховой грыжи в условиях стационара кратковременного пребывания. Группа сравнения: 70 пациентов, проходивших лечение в круглосуточном стационаре. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту, срокам грыженосительства, типу грыжевого выпячивания. Всем пациентам была выполнена трансабдоминальная преперитонеальная протезирующая герниопластика, а пациентам из основной группы дополнительно выполнялась эндоскопически-ассистированная регионарная экстраперитонеальная предбрюшинная блокада

(патент на изобретения № 2796868 от 17мая 2022).

Результаты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила (в минутах) в основной группе $52 \pm 14,14$, в группе сравнения $72 \pm 1,1$. Ранний послеоперационный период осложнился в основной группе: у 2 (2,85%) пациентов формированием серомы, у 3 (4%) пациентов отёком мошонки. В группе сравнения: у 3 (4%) пациентов формированием серомы, у 1 (1,42%) пациента образованием гематомы, у 2 (2,85%) пациентов отёком мошонки. Оценка выраженности болевого синдрома выполнялась при помощи Визуальной Аналоговой Шкалы, через 2, 12 и 24 часа после оперативного лечения. В основной группе, через 2 часа после операции выраженность болевого синдрома составила 0 баллов, через 12 часов отмечались наиболее высокие показатели интенсивности боли $1,5 \pm 0,7$, через 24 часа $0,5 \pm 0,7$ балла. В группе сравнения, средний балл интенсивности боли, спустя 2 часа, составил $4,5 \pm 0,7$, через 12 часов $6,5 \pm 0,7$ и, спустя 24 часа $3,5 \pm 0,7$. Четырём пациентам из основной группы потребовалось однократное применение таблетированной формы комбинированного анальгетического препарата (ибупрофен 400мг + парацетамол 325мг); использование опиоидов не потребовалось ни одному из пациентов. В группе сравнения в течение 1-2 суток после операции, всем пациентам потребовалось использование опиоидных анальгетиков. Продолжительность пребывания в стационаре после операции в основной группе составила 1 койко-день, в среднем $6 \pm 2,3$ часов, в группе сравнения $6 \pm 4,24$ койко-дней. Летальных исходов не было. При оценке отдаленных результатов лечения все пациенты проходили тестирование по опроснику SF-36. Данных за рецидив грыжи не получено. Спустя 12 месяцев, все опрошенные пациенты не испытывают сложностей с повседневной активностью, боль и дискомфорт в зоне оперативного лечения не беспокоят.

Выводы. При оценке длительности оперативного лечения статистически значимых различий выявлено не было, $p > 0,05$. При оценки ранних послеоперационных осложнений статистически значимых различий выявлено не было, $p = 0,7$. При оценке выраженности болевого синдрома по ВАШ, наиболее выраженный болевой синдром отмечался через 12 часов после

операции в обеих группах, однако средний балл достоверно был ниже среди пациентов из основной группы (оперированных в СКП), $p=0,02$. Таким образом, применение лапароскопического доступа в лечении паховых грыж в сочетании с мультимодальной анальгезией, включающей регионарную блокаду и комбинированное введение НПВС, способствовало нивелированию болевого синдрома, быстрой активизации пациента, сокращению стационарного этапа лечения, что сделало возможным лечение данных пациентов в условиях стационара кратковременного пребывания.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКЦИЯ

Алёкина М.М.¹

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ФУНКЦИОНАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД СМЕНЫ ЗУБОВ

Руководитель: Постников М.А.², д.м.н., профессор

1 – ГБУЗ ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ

2 – ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара

Актуальность. На современном этапе выявление и лечение функционально обусловленных аномалий окклюзии у растущих пациентов являются неотъемлемой частью оказания стоматологической помощи детскому населению. Известно, что в последнее десятилетие отмечается рост не только зубочелюстных аномалий, но и миофункциональных нарушений у детей в возрастном периоде сменного прикуса. Так, по данным специальной литературы отечественных и зарубежных авторов нарушение функции дыхания, глотания и жевания являются значимыми механизмами возникновения достаточно сложных для лечения функциональных аномалий зубочелюстного комплекса, которые требуют новых методологических подходов и усовершенствованных алгоритмов в диагностике и лечении.

Цель исследования – определить значимость нарушения жизненно-важных функций в формировании функциональных аномалий окклюзии у детей в возрастном периоде сменного прикуса.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели с целью выявления аномалий окклюзии функционального генеза нами был проведен клинический осмотр и рентгенологическое обследование 420 детей в возрасте от 6 до 12 лет ($M = 8,1 \pm 1,4$), которые обратились за первичной консультацией к врачу-ортодонт. Критериями включения детей в проводимое исследование служили: возраст 6-12 лет, период сменного прикуса, отсутствие ранее проводимого ортодонтического лечения, отсутствие врожденных пороков

развития челюстно-лицевой области (ЧЛО) и общей соматической патологии в анамнезе, контактные дети, I-II и III стадии роста по McNamara et Baccetti согласно рентгенологическому обследованию, наличие информированного согласия на включение ребенка в исследование. Клиническое обследование включало в себя внешний осмотр, осмотр лица, полости рта, расположения языка, определение ведущего типа дыхания, опроса детей и/или их родителей о наличии вредных орофациальных привычек. При рентгенологическом обследовании проводили 3D-цефалометрию. На следующем этапе исследования родителям/законным представителям детей с функциональными аномалиями окклюзии проводилось анкетирование с помощью специально разработанных анкет. Вопросы анкеты были направлены на выявление ведущего функционального нарушения у ребенка. Сведения из анкет были сведены в таблицу Excel Microsoft и обработаны статистически в программе Statistica 12.0. Оценку наличия взаимосвязи и её силы между ведущим нарушением функции и наличием функциональной аномалии окклюзии у детей в период сменного прикуса проводили с использованием χ^2 – критерия Пирсона с поправкой Йейтса и критерия Крамера – Уэлча (V).

Результаты. При проведении клинического осмотра и рентгенологического исследования 420 детей ($M = 8,1 - 1,4$) при первичном обращении удалось установить, что частота встречаемости функционально обусловленных аномалий окклюзии в ходе проводимого исследования составила 25% ($p=0,01$). На втором этапе исследования нам удалось установить достоверные причинно-следственные связи с нарушением функции дыхания – сильная сила связи ($V=0.527$), глотания – относительно сильная сила связи ($V=0.411$), жевания – слабая или не существенная сила связи ($V=0.101$). Важно также отметить, что у 92% детей нарушение функций дыхания, глотания и жевания сочетались с нарушением функции речи ($p<0,05$).

Закключение. Полученные данные еще раз подтверждают взаимосвязь нарушения функций дыхания, глотания и жевания с формированием функционально обусловленных аномалий окклюзии у детей и обуславливают

важность междисциплинарного взаимодействия при оказании лечебно-профилактической, миофункциональной и логопедической помощи детям с изучаемой патологией.

Анисимова П.Д.¹

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ: РАЗРЫВ ОДИНОЧНОЙ КИСТЫ ПОЧКИ У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Руководители: Яцык С.П.¹, член-корр. РАН, д.м.н.,
Буркин А.Г.², к.м.н., Гаджиев Т.В.², Горяйнова А.Н.¹, к.м.н., доцент

1 – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

2 – ГБУЗ ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ, г. Москва

Введение. Распространенность одиночных кист почек (ОКП) составляет от 0,2% до 2% в детской популяции. Как правило, ОКП протекает бессимптомно, выявляется в 40% случаев среди всех кистозных изменений почек при проведении ультразвукового исследования (УЗИ) в декретированные сроки. В 60% случаев отмечаются изменения в общем анализе мочи. Однако, ОКП может сопровождаться болевым синдромом, артериальной гипертензией и макрогематурией. Крайне редко у детей отмечается разрыв кисты.

Клинический случай. Мальчик, 4 года, госпитализирован в ДГКБ им. З.А. Башляевой 04.03.2025 с жалобами на рвоту, диарею, боли в животе, подъём температуры до 38⁰С, макрогематурию.

Из анамнеза известно, что во II триместре беременности у плода была выявлена пиелэктазия слева. В постнатальном периоде каждые полгода проводилось УЗИ мочевых путей, консультация урологом и нефрологом по месту жительства. В возрасте 1 месяца размеры лоханки слева составляли 7 мм, чашечек – 8-10 мм. В 2021 году ребенок обследован в отделении урологии ДГКБ им. Сперанского, исключен пузырно-мочеточниковый рефлюкс. При проведении УЗИ 31.10.2023 впервые выявлено кистозное образование верхнего полюса левой почки размерами 13,5*14,2 мм. При повторном УЗИ от 05.04.2024 размеры кисты составили 18*12,5*19 мм (увеличение диаметра кисты на 33,3% за 6 месяцев). Мальчик консультирован нефрологом, рекомендовано проведение статической нефросцинтиграфии. По её результатам (июль 2024 года) имеется неравномерное распределение

радиофармпрепарата с очагами гипофиксации в проекции лоханки и латеральных отделов среднего сегмента левой почки. По данным УЗИ почек от 04.10.2024 размеры образования составили 13,4*17,7*15,9 мм, рекомендовано проведение УЗИ через 6 месяцев. До 2025 года изменений в анализах мочи не отмечалось. В конце февраля 2025 года мальчик перенес ОРВИ, протекавшую с лихорадкой, рвотой, кашлем. По месту жительства был назначен амоксициллин. Анализы мочи не сдавались. 03.03.2025 года на фоне приступообразных болей в животе впервые появилась макрогематурия, после которой боли в животе значительно уменьшились. Учитывая макрогематурию, самостоятельно обратились в приемное отделение ДГКБ имени З.А. Башляевой.

По данным УЗИ при поступлении визуализировалось образование в верхнем полюсе левой почки размерами 20*23 мм. В общем анализе крови обнаружена тромбоцитопения ($135 \cdot 10^9$ кл/л), в моче отмечалась протеинурия 4,26 г/л, эритроцитурия 844 в п/зр. По тяжести состояния ребенок госпитализирован в ОРИТ. Для уточнения диагноза проведена МРТ с контрастированием. Подтверждено наличие кисты левой почки диаметром 20 мм с геморрагическим содержимым. Нарушения функции почек не обнаружено. На 3 сутки переведен в отделение уроandroлогии, где проведено УЗИ со стимуляцией диуреза фуросемидом в дозе 1 мг/кг, что позволило выявить наличие дефекта стенки кисты, её разрыв и сообщение с просветом собирательной системы левой почки.

Мальчику было проведено оперативное лечение (цистоуретероскопия, бужирование и стентирование левого мочеточника) для адекватного дренирования полости кисты. Мальчик выписан из стационара на 10 суток с нормальным диурезом, отсутствием макрогематурии и болевого синдрома. Рекомендовано продолжить прием фурагина в дозе 6 мг/кг/сут и провести УЗИ почек через 1 неделю после выписки.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует редкое осложнение врожденного порока развития почки (разрыв одиночной кисты малого размера) у ребенка 4 лет, что является показанием к оперативному

лечению. При адекватной терапии прогноз благоприятный, необходимо наблюдение урологом и нефрологом.

Афана Е.А.¹

НЕФРОКАЛЬЦИНОЗ У ДЕТЕЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПО ДАННЫМ ДГКБ ИМЕНИ З.А. БАШЛЯЕВОЙ

Руководители: Тамбиева Е.В.², к.м.н., Горяйнова А.Н.¹, к.м.н., доцент

1 – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

2 – ГБУЗ ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ, г. Москва

Актуальность. Считавшийся ранее редким заболеванием нефрокальциноз у детей в последние десятилетия отличается неуклонным ростом, что требует своевременной диагностики и проведения адекватной терапии, позволяющей не только сохранить функции почек, но и обеспечить достойное качество жизни ребенку.

Цель исследования. Изучить распространенность нефрокальциноза у детей по данным нефрологического отделения ДГКБ им. З.А. Башляевой, определить факторы риска и причины развития болезни, оценить эффективность проводимой терапии и значимость медико-генетического исследования.

Материалы и методы. Работа была выполнена на базе нефрологического отделения ДГКБ имени З.А. Башляевой. В исследование вошли 26 детей. Из них 18 мальчиков (69%) и 8 девочек (31 %) в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Были проанализированы анамнестические данные, результаты клинко-лабораторных и медико-генетических исследований. Особое внимание уделялось уровню общего и ионизированного кальция в сыворотке крови, а также степени поражения паренхимы почек по данным ультразвукового исследования (УЗИ). Основным документом являлась стандартная история болезни пациента.

Результаты исследований. Из 6000 детей, находившихся на обследовании в нефрологическом отделении с 1 января 2021 по 31 декабря 2024 года, нефрокальциноз был диагностирован у 26 (0,4 %). Большинство детей (65,2%) при рождении были доношенными (гестационный возраст ≥ 37 недель), 30,4% - недоношенными (гестационный возраст колебался от 25 до 35

недель). Возраст детей к моменту постановки диагноза определялся по первому выявлению признаков нефрокальциноза по данным УЗИ мочевых путей. 17 детей из 26 (65,4%) имели признаки нефрокальциноза средней степени тяжести, у 9 детей (34,6%) выявлен тяжелый нефрокальциноз. У 1 ребенка из 26 (3,8%) нефрокальциноз был выявлен антенатально в сроке гестации 26 недель. В постнатальном периоде на первом году жизни обнаружен у 11 детей (44%), с первого по третий год жизни – у 2 (8%), после третьего года жизни – у 12 (48%). Определение общего и ионизированного кальция проведено 24 детям. Гиперкальциемия обнаружена у 7 из 24 (29,2%), гипокальциемия – у 1 (4,2%), у 16 детей (66,6%) уровень кальция находился в пределах нормы. У одного ребенка из 16 обследованных (6,3%) выявлена гипофосфатемия. Определение уровня паратгормона (ПТГ) в сыворотке крови проведено 17 детям, из них у 7 (41,2%) отмечалось снижение ПТГ. Медико-генетическое обследование прошли 10 пациентов с нефрокальцинозом: у двух из 10 подтвержден синдром Лоу, у одного – болезнь Дента, у одного – идиопатический нефрокальциноз, у 6 причина не верифицирована.

Заключение. Проведенный нами анализ позволяет считать, что нефрокальциноз может встречаться, как и у недоношенных, так и у доношенных детей. Антенатальная диагностика до настоящего времени не имеет большого практического значения вследствие того, что в антенатальном периоде нефрокальциноз выявляется лишь у 3,8% детей. В большинстве случаев диагноз был установлен детям 1-го года жизни и после 3-х лет. Вероятно, это связано с тем, что в эти возрастные периоды проводят массовое обследование детей в декретированные сроки, утвержденными Приказом МЗ РФ от 2018 года. Для ранней верификации причины нефрокальциноза необходимо медико-генетическое обследование (полноэкзомное секвенирование), позволяющее обеспечить выбор терапии и определить прогноз болезни.

Ахадов Д.К.

ЭТАПНОЕ ВНУТРИПРОСВЕТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОГО РАЗРЫВА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Руководитель: Соколов Ю.Ю., д.м.н., профессор
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель. Демонстрация эффективности внутрипросветных эндоскопических вмешательств при травматическом повреждении поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Девочка Д. 12 лет - травма вследствие дорожно - транспортного происшествия (пешеход) – госпитализация в ОРИТ ЦРБ по месту жительства, выполнена срединная лапаротомия, ушивание перфорации передней стенки желудка, гемостаз разрыва правой доли печени, дренирование брюшной полости. С 6 суток по дренажу из брюшной полости отмечалось бурое отделяемое до 1500 мл/сут (амилаза 225 тыс. ЕД/л). На 34 сутки переведена в стационар г. Москвы с диагнозом: травматический разрыв ПЖ; псевдокисты ПЖ, наружный панкреатический свищ. При поступлении выполнено трансабдоминальное ультразвуковое исследование, компьютерная томография брюшной полости с внутривенным контрастированием, магнитно-резонансная холангиопанкреатография, эндоскопическая ультрасонография - диагноз подтвержден.

Выполнен первый эндоскопический этап: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, канюляция и установка стента в главный панкреатический проток (ГПП).

Через 2 месяца проведен второй эндоскопический этап: в каждую кисту трансгастрально, под контролем Rg-скопии, установлены две пары стентов double pigtail.

Через 3 месяца выполнен третий эндоскопический этап лечения: стенты double pigtail удалены, заменен стент в дистальной части ГПП.

Результаты. Через 2 месяца пациент не испытывает эндо- и экзокринной

недостаточности. Стент из дистальной части ГПП удален. Через 2 года жалоб нет. Рецидива псевдокист не отмечено.

Выводы. Транспапиллярные и трансмуральные эндоскопические вмешательства при травме ПЖ являются сложной задачей, требующей мультидисциплинарного подхода, и позволяют добиться хороших результатов без применения реконструктивных, дренирующих, либо резекционных операций.

Буланова А.П.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ВО ВРЕМЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ АНЕВРИЗМЫ ВЕНЫ ГАЛЕНА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Руководитель: Межинский С.С., к.м.н., ассистент
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Артерио-венозная мальформация (АВМ) вены Галена (большая вена мозга) – порок развития сосудов головного мозга, характеризующийся формированием артерио-венозных шунтов и вторичным аневризматическим расширением вены Галена. У новорожденных детей данное состояние за счет шунтирования крови приводит к развитию гиперволемии малого круга кровообращения, легочной гипертензии, правожелудочковой недостаточности и наступлению декомпенсации сердечно-сосудистой деятельности. Радикальным способом лечения данного заболевания является эндоваскулярная окклюзия афферентных сосудов АВМ вены Галена. Однако при этом имеется риск развития осложнений, и прежде всего - эмболия легочных сосудов цианокрилатным композитом при его недостаточной фиксации. Это происходит на фоне высокой скорости кровотока в сосудах.

Цель. Представить случай успешно выполненного эндоваскулярного вмешательства по эмболизации АВМ вены Галена с применением электрокардиостимуляции в процессе операции.

Клинический случай. У доношенного мальчика внутриутробно (35 неделя беременности) был выявлен ВПР – АВМ вены Галена. Ребенок родился в срок путем операции Кесарево сечение. Оценка по Апгар 7/8 баллов. Реанимационные мероприятия при рождении не требовались. По данным нейросонографии с доплерографией был подтвержден диагноз: АВМ вены Галена. В возрасте 1 часа жизни отмечалось ухудшение состояния за счет

нарастания дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности, по данным ЭХО-КГ нарастание легочной гипертензии и признаков объемной перегрузки правых отделов сердца. Ребенок переведен на ИВЛ, начата кардиотоническая и вазопрессорная поддержка. На этом фоне состояние стабилизировалось. Ребенок был переведен в ОРИТН ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», где была продолжена респираторная, кардиотоническая, вазопрессорная, диуретическая терапия, а также выполнено 2 оперативных вмешательства (парциальная эмболизация АВМ вены Галена адгезивными компонентами) на фоне навязывания ритма с использованием электрокардиостимуляции) на 1-е и 4-е сутки жизни. Во время первого вмешательства было закрыто 2 сосудистых афферента, длительность фиксации цианокрилатного компонента составила 17-40 секунд на фоне желудочковой стимуляции с длительностью цикла 200мсек (300уд/мин). При контрольном НСГ, выполненном в операционной, скорость кровотока в приводящих сосудах уменьшена до 50%. В течение 3 послеоперационных суток отмечается некоторая положительная динамика (восстановление диуреза, а также уменьшение среднего давления в правых отделах сердца по данным ЭХО-КГ). Однако на 4 сутки жизни отмечается нарастание сердечной недостаточности, повышение давления в правом желудочке, что определило необходимость повторного оперативного вмешательства, в ходе которого окклюзировано 3 афферентных сосуда. Фиксация цианокрилатного компонента заняла 17-35 секунд на фоне навязанного ритма 300 уд/мин. После проведенных оперативных вмешательств состояние ребенка стабильное, в течение 1,5 суток произведена отмена кардиотонической поддержки.

Вывод. Применение электрокардиостимуляции во время эмболизации сосудистых афферентов уменьшает скорость сосудистого кровотока, что позволяет более эффективно зафиксировать композит в сосуде и снизить риск эмболизации легочных артерий, а также остальных сосудов малого и большого круга кровообращения.

Буланова А.П., Миянова А.Р.

ЦМВИ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО (Rh-КОНФЛИКТ)

Руководители: Заплатников А.Л., д.м.н., профессор,
Дмитриева Ю.А., к.м.н., доцент

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель. Представить диагностически сложный случай сочетанной патологии у недоношенного, незрелого новорожденного ребенка и отразить важность своевременной верификации заболевания для его успешного лечения.

Клинический случай. Развитие прямой гипербилирубинемии на 2 сутки жизни у недоношенного (34 нед.) ребенка от VI беременности у 34-летней Rh-сенсibilизированной женщины с отягощенным анамнезом (I и IV беременности – антенатальная гибель плода; II, III – медикаментозный аборт, V – внематочная), с неблагоприятным течением антенатального (4 внутриутробных гемотрансфузии в связи с тяжелой гемолитической болезнью (ГБН) из-за Rh-конфликта, внутриутробная гипоксия) и раннего неонатального периода (врожденная пневмония, анемия, преходящая ишемия миокарда) было расценено как проявление синдрома сгущения желчи в связи с исключением гепатита и билиарной атрезии. Проводимое лечение (респираторная терапия, сурфактант, кардиотоники, вазопрессоры, антибиотики, фототерапия, заместительная гемотрансфузия) позволило стабилизировать состояние ребенка и на 7 сутки жизни перевести его на самостоятельное дыхание. После разрешения пневмонии и достижения удовлетворительного состояния ребенок на 16 сутки жизни был выписан под амбулаторное наблюдение. В то же время, несмотря на проводимую терапию урсодезоксихолевой к-той, синдром сгущения желчи сохранялся к моменту выписки. Амбулаторно ребенок продолжал получать холелитическую

терапию, однако к 27-м суткам жизни состояние ухудшилось, выросли вялость, бледность с иктеричным оттенком, осветление стула, потемнение мочи, что стало основанием для госпитализации. При поступлении выявлены среднетяжелая анемия (нормохромная, нормоцитарная, гипорегенераторная - Hb-87 г/л, MCH – 28,4 pg, MCV – 88,7 fl, ретикул – 0,1%), прямая гипербилирубинемия (общий билирубин – 83,3 мкмоль/л, прямой – 49,3 мкмоль/л) при нормальных значениях АЛТ (46,1 МЕ/мл) и АСТ (48,4 МЕ/мл), УЗИ признаки гипоплазии желчного пузыря. В крови, моче и слюне выявлена ДНК ЦМВ, что позволило верифицировать активную ЦМВИ и назначить терапию ганцикловиром в/в + анти-ЦМВ-иммуноглобулином в/в. Несмотря на проводимое лечение анемия прогрессировала (Hb-69 г/л), в дальнейшем выросла гипербилирубинемия, преимущественно за счет прямой фракции (общий билирубин – 182,3 мкмоль/л, прямой – 136,7 мкмоль/л), и появились признаки гепатоцитолита (АЛТ – 471,2 МЕ/мл, АСТ 346,5 МЕ/мл) на фоне повышения ферритина (5113 нг/мл) и железа (33,5 мкмоль/л). Были исключены фетальный гепатит, вызванный другими возбудителями, аллоиммунный гепатит, наследственные нарушения метаболизма, ассоциированные с поражением печени и лекарственно-индуцированный гепатит. На фоне специфической анти-ЦМВ-терапии репликация ЦМВ была купирована, однако гепатоцитолит и холестаз сохранялись, что потребовало увеличить дозу урсодезоксихолевой к-ты. Последнее определило позитивную клинико-лабораторную динамику.

Вывод. Пролонгация холестаза у ребенка, перенесшего внутриутробную гипоксию, тяжелую форму ГБН (Rh-конфликт), врожденную пневмонию, а в дальнейшем манифестную ЦМВИ с гепатитом и вторичный гемохроматоз обусловлена комбинированным неблагоприятным влиянием повторных гемотрансфузий (4 внутриутробно, 4 постнатально) и ЦМВ-гепатита при наличии предрасполагающих факторов (недоношенность, морфо-функциональная незрелость, гипоплазия желчного пузыря).

Варлакова П.М.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ МАТКИ
И ВРЕМЕНИ ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНА У ПАЦИЕНТОК
С ПОВТОРНЫМИ НЕУДАЧАМИ ИМПЛАНТАЦИИ:
КЛИНИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Руководитель: Подзолкова Н.М., д.м.н., профессор

кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Результативность программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) определяется как качеством эмбрионов, так и состоянием эндометрия. В то время как предимплантационное генетическое тестирование (ПГТ) зарекомендовало себя как эффективный инструмент у пациентов с неблагоприятным прогнозом, при повторных неудачах имплантации (ПНИ) всё большее внимание уделяется оценке и оптимизации эндометриального компонента. Применение современных молекулярно-генетических технологий открывает возможность для комплексного анализа функционального состояния эндометрия и состава его микрофлоры, что может способствовать улучшению исходов ВРТ у данной категории пациенток.

Цель. Улучшение репродуктивных исходов при переносе размороженных эмбрионов у пациенток с ПНИ посредством применения метагеномного анализа эндометрия с последующей коррекцией выявленных нарушений, а также выявление факторов, способствующих развитию дисбиоза микробиоты полости матки и смещению окна имплантации.

Материалы и методы. В исследование включено 107 пациенток с диагнозом ПНИ, проходивших перенос размороженных эмбрионов в цикле ЗГТ на базе клиники «GMS ЭКО» в период с октября 2021 по ноябрь 2024 года. Критерии включения: возраст 27–40 лет, толщина эндометрия ≥ 7 мм, ИМТ < 30 кг/м². Исключались пациентки с острыми воспалительными заболеваниями, аномальным кариотипом и патологией полости матки, препятствующей

имплантации. Пациентки были распределены на основную группу (n=54) и группу сравнения (n=53), с дополнительным выделением подгрупп с ПГТ эмбрионов. Все пациентки прошли стандартную подготовку согласно приказу МЗ РФ № 803н. В основной группе дополнительно проведены метагеномный анализ микробиоты и оценка рецептивности эндометрия с последующей коррекцией выявленных нарушений. После переноса размороженных эмбрионов в обеих группах оценивали частоту имплантации (ЧИ), клинической беременности (ЧНКБ) и родов живым ребёнком (ЧРЖР). Проведён однофакторный анализ факторов риска дисбиоза и смещения окна имплантации.

Результаты. Пациентки основной группы с ПГТ эмбрионов показали значительно более высокие показатели: ЧИ — 79,31%, ЧНКБ — 79,31%, ЧРЖР — 72,41% против 53,57%, 46,43% и 46,43% в группе сравнения ($p<0,05$). У пациенток без ПГТ также отмечено преимущество: ЧИ — 68%, ЧНКБ — 60%, ЧРЖР — 56% против 40%, 32% и 28% соответственно ($p<0,05$). Смещение окна имплантации выявлено у 51,85% пациенток с ПНИ, снижение уровня *Lactobacillus* spp. — у 74,08%, выраженный дисбиоз — у 14,81%. Однофакторный анализ показал, что внутриматочные вмешательства ($p=0,0053$) и хронический эндометрит ($p=0,0017$) достоверно связаны с дисбиозом микрофлоры, а ХЭ также ассоциирован с нарушением рецептивности эндометрия ($p=0,006$).

Выводы. Внедрение молекулярно-генетических методов диагностики эндометрия в клиническую практику позволяет персонализировать подготовку к переносу эмбрионов и достоверно улучшает исходы программ ВРТ у пациенток с ПНИ. Микрофлора эндометрия и воспалительные процессы, включая хронический эндометрит, оказывают значительное влияние на рецептивность эндометрия и исходы ВРТ. Диагностика и коррекция дисбиоза, воспаления и при необходимости персонализация времени переноса эмбриона являются важным направлением в лечении пациенток с ПНИ.

Грагянц Б.Р.², Собур В.В.³, Грасс С.В.³

АНАЛИЗ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТА ПОПЫТКИ СУИЦИДА В АНАМНЕЗЕ

Руководитель: Иващенко Д.В.¹, д.м.н.
кафедра детской психиатрии и психотерапии

1 – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

2 – ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский
Университет), г. Москва

3 – ГБУЗ «НПЦПЗДиП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ

Введение. Депрессивный эпизод является серьезным фактором риска суицидальных тенденций. Одним из проявлений депрессивного синдрома у подростков являются несуицидальные самоповреждения (НССП). Дискутабельным остается вопрос, насколько наличие НССП у подростков с депрессивным эпизодом влияет на риск суицидальных попыток.

Цель. Оценить взаимосвязь между видом несуицидальных самоповреждений и наличием суицидальной попытки в анамнезе у подростков с депрессивным эпизодом.

Материалы и методы. Проведено клиническое интервью 174 подростков, госпитализированных в психиатрический стационар с депрессивным эпизодом и наличием НССП. Пациентов разделили на две подгруппы в зависимости от факта суицидальной попытки в анамнезе: 80 пациентов (46%) сообщили о ней. Был проведен опрос при помощи шкалы причин самоповреждающего поведения Польской. Статистическая обработка проведена при помощи SPSS Statistics 26.0 и пакета Microsoft Excel 2025.

Результаты. В исследование были включены 174 подростка (91,4% девочек), средний возраст $14,72 \pm 1,35$ лет. У большинства пациентов синдром квалифицирован как депрессивный (70,1%), реже встречались тревожно-депрессивный (22,4%), депрессивный с психопатоподобными включениями (6,3%), депрессивный с психотическими симптомами (1,1%).

Сравнение выделенных подгрупп между собой не выявило различий по основным клинико-демографическим характеристикам (пол, возраст, индекс

массы тела, общее число госпитализаций, возраст появления психического расстройства, возраст появления НССП). У пациентов с суицидальной попыткой длительность расстройства до включения в исследование была достоверно выше (24 [10; 34,75] vs. 14,5 [8; 24,75] мес.; $p=0,021$).

Среди всех видов самоповреждений наиболее часто встречались обкусывание губ (92.5%), порезы режущими предметами (90.8%), сковыривание болячек и обкусывание ногтей (по 61.5%), удары частями тела по твердым предметам (60.3%) и расчесывания кожи (59.2%). Также ряд пациентов наносил повреждения ударами кулаком по своему телу (51.7%), уколами или проколами кожи острыми предметами (30.5%), выдергиванием волос (28.2%), самоожогами (24.1%). Установлено, что пациенты с суицидной попыткой чаще расчесывали кожу (67,5% vs. 52,1%; $p=0,04$). Для других видов самоповреждений значимых различий между подгруппами не выявлено.

Были построены диаграммы типа «Радар» на основании данных о мотивации самоповреждений подростков из двух групп. Визуальных различий между группами подростков с суицидальной попыткой в анамнезе и без нее выявлено не было. Наиболее часто в качестве мотивации для НССП пациенты выбирали «Чтобы успокоиться, взять себя в руки, пережить плохие эмоции». Демонстрационный мотив пациентами выбирался редко.

Закключение. Отрицательные результаты анализа видов и мотивации НССП указывают на вероятное отсутствие взаимосвязи между феноменологией НССП и риском суицидальных попыток.

Денисова Ю.В.²

НАРУШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРНОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ РОДАХ НА ФОНЕ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ

Руководитель: Денисова Т.В.¹, к.м.н., доцент

1 – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

2 – ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, г. Москва

Актуальность. На сегодняшний день эпидуральная анальгезия (ЭА) служит «золотым стандартом» обезболивания родов, при этом в действующих клинических рекомендациях по нейроаксиальным методам обезболивания родов от 2018 г. указано, что ее проведение возможно без учета степени раскрытия шейки матки и не ассоциировано с повышением частоты перинатальных осложнений у матери и плода, однако выводы ряда рандомизированных клинических исследований и систематических обзоров свидетельствуют о том, что данные утверждения не столь однозначны. Так, результаты крупного ретроспективного исследования показали, что ЭА служит независимым фактором риска гипертермии в родах (Chai J и соавт., 2020).

Цель исследования. Подтверждение достоверности ассоциации повышения температуры тела роженицы до субфебрильных и фебрильных значений с проведением ЭА, поиск факторов риска и уточнение патогенеза ассоциированной с ЭА гипертермии.

Материалы и методы. В исследование было включено 150 пациенток, роды которых произошли в ОП Родильный дом №2 ГKB им. Ф.И. Иноземцева (Москва) в период с 1 октября 2022 г. по 4 мая 2023 г. Основную группу составили 100 рожениц, обезболенных методом ЭА по поводу болевого симптома (7 баллов и более по визуальной аналоговой школе), группу контроля – 50 пациенток, роды которых происходили в отсутствие нейроаксиального обезболивания. Роженицы, обезболенные путем ЭА с $T < 37,5^{\circ}\text{C}$ (49/100) составили подгруппу А, с $T \geq 37,5^{\circ}\text{C}$ (51/100) – подгруппу Б. В обеих группах проводилась динамическая термометрия, оценка уровня IL-6

при развитии родовой деятельности, через 3 часа после начала введения анестетика (в группе родов на фоне ЭА) и в раннем послеродовом периоде, патоморфологическое и микробиологическое исследования плацент.

Результаты. Согласно полученным данным, ЭА достоверно ассоциирована с повышением температуры тела в родах до субфебрильных и фебрильных показателей, коррелирующим с длительностью воздействия анестетика ($p < 0,001$), продолжительностью родов ($p < 0,001$) и безводного периода ($p < 0,001$), количеством влагалищных исследований ($p < 0,001$), степенью раскрытия шейки матки на момент начала обезболивания ($p < 0,001$), характером околоплодных вод ($p = 0,005$), а также родостимуляцией окситоцином ($p = 0,007$). Выявлена положительная корреляционная связь средней силы между повышением T тела роженицы $\geq 37,5$ на фоне ЭА и проградцентным повышением сывороточного уровня IL-6 до максимальных значений к моменту родоразрешения (коэффициент корреляции равен 0,411 ($p < 0,001$)). У 33% пациенток, обезболенных путем ЭА, в плаценте выявлялась лейкоцитарная инфильтрация, достоверно чаще - в подгруппе гипертермии (43%, $p = 0,001$), при этом частота инфицирования последов в подгруппах с температурой тела $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ и $< 37,5^{\circ}\text{C}$ сопоставимы.

Выводы. Выявленные взаимосвязи подтверждают главенствующую роль в патогенезе повышения температуры тела на фоне ЭА асептического воспаления, в основе которого лежит потенцирование синтеза провоспалительных пирогенных цитокинов введением эпидурального анестетика ($p < 0,001$). Отказ от обезболивания в латентной фазе родов служит простым инструментом снижения риска ассоциированной с ЭА гипертермии и улучшить перинатальные исходы.

Матвеева Е.А.¹

БЕЗОПАСНОСТЬ АЛЬФА-АДРЕНОМИМЕТИКОВ ПО ДАННЫМ МЕЖДУНАРОДНОЙ И РОССИЙСКОЙ БАЗ ДАННЫХ БЕЗОПАСНОСТИ

Руководитель: Максимов М.Л.², д.м.н., профессор

1 – ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, г. Москва

2 – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Заложенность носа – один из самых распространенных симптомов в мире. Аллергические, инфекционные, системные аутоиммунные заболевания могут приводить к обструкции носовых ходов и значительно ухудшить качество жизни пациентов. Согласно данным литературы, 85% пациентов с ринитом (заболеваемость достигает 70% населения) предъявляют жалобы на заложенность носа. Это одна из самых частых причин обращения за помощью. Рынок назальных спреев демонстрирует рост к 2032 году должен вырасти до 59 млрд. долларов (с 30 млрд. в 2025 г.). Значительную часть этого рынка составляют спреи, содержащие альфа-адреномиметики (АА).

Целью нашей работы выступило изучение профиля безопасности АА по данным спонтанных сообщений.

Материалы и методы. В качестве источника данных по безопасности АА использовали базу данных ВОЗ (VigiAccess), и для РФ – АИС Росздравнадзора «Фармаконадзор». Клинические проявления НР анализировали с использованием словаря MedDRA. Для статистической обработки использовали программное обеспечение PaST (г. Осло, Норвегия).

Результаты. В VigiAccess было обнаружено 14236 записей, содержащих в качестве подозреваемого средства АА: нафазолин (Н) (716; 5,03%), тетризолин (Тт) (1113; 7,28%), ксилометазолин (К) (4652; 32,68%), оксиметазолин (О) (7610; 53,46%) и трамазолин (Тм) (145; 1%). В АИС Росздравнадзора представлено 589 записей: Н (185; 31,41%), Тт (12; 2,04%), К (278; 47,2%), О (110; 18,68%) и Тм (4; 0,68%). Очевидна разница в структуре сообщений о НР АА между базами данных ($p < 0,0001$). Наблюдается рост

сообщаемости о НР с 2000 г. за счет О и К (тренд по Манну-Кендаллу $p < 0,0001$), но не Тм и Тт, репортирование для которых уменьшается в последние годы. Так, максимум сообщений для К отмечалось в 2021 г. (683), а для О – в 2023 г. (839). Большинство извещений сообщали о развитии НР у женщин (48,44%), в 17,3% записей пол пациента не указан. НР развивались чаще у взрослых пациентов: 18-44 лет (2852; 20,03%), 45-64 (2284; 16,04%), и 65-74 года (852; 5,98%). О НР, развившихся у детей, сообщалось 942 раза (6,62%), 33 (0,23%) сообщения описывали НР у новорожденных. В 6796 (47,74%) случаях возраст пациента указан не был. Ведущими клиническими проявлениями в VigiAccess были: для Н – головная боль (62; 8,66%) и сонливость (53; 7,4%), К – зависимость (761; 16,36%) и отсутствие эффекта (409; 8,79%), О – зависимость (1346; 17,69%) и аносмия (1245; 16,36%), а для Тм – зависимость (26; 17,93%) и заложенность носа (8; 5,52%), что также может считаться признаком недостаточной эффективности. В РФ чаще сообщали о развитии вялости в случае Н 185 (88; 47,57%) и О (15; 13,64%), отсутствии эффекта для К (39; 14,03%), для Тм было представлено единичное описание проявлений.

Выводы. АА остаются востребованным классом лекарственных препаратов, о чем свидетельствуют доступные данные продаж и динамика сообщаемости о развитии НР, которая увеличивается с 2000 г. особенно для О и К. В РФ «лидерами» по количеству сообщений являются К и Н. Как в других классах, НР АА чаще регистрируются у пациентов женского пола и во взрослом возрасте. Структура проявлений НР для Тт значительно отличается от других АА, что обусловлено офтальмологическими показаниями для его применения. В большинстве случаев врачи сообщают о зависимости, отсутствии эффекта и неврологических расстройствах. Учитывая потребность в АА и их безрецептурный статус, новые исследования их безопасности на основе данных реальной практики, в т.ч. и на уровне отдельных стран, остается актуальным.

Пожогина М.Д.², Максимова А.О.¹, Жирков А.А.³

ВЫЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА
НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ
С ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Руководитель: Иващенко Д.В.¹, д.м.н.

кафедра детской психиатрии и психотерапии

1 – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

2 – ФГАОУ ВО МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский
Университет), г. Москва

3 – ГБУЗ «НПЦПЗДиП им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ

Актуальность. Анализ данных о частоте НС у подростков на предмет ассоциаций с клиническими, демографическими факторами, обнаружение среди НС нежелательных реакций (НР) на фармакотерапию важны для их последующей профилактики.

Цель. Установить ассоциации клинических, демографических факторов с риском развития НС и НР у подростков с депрессивным эпизодом и суицидальными тенденциями при приеме сертралина.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 304 случаев подростков, госпитализированных в психиатрический стационар с депрессивным эпизодом. Включены пациенты от 12 лет с депрессивным синдромом как основной причиной госпитализации, суицидальными тенденциями, длительностью госпитализации более 3 дней и назначением антидепрессанта сертралина на срок более 3 дней.

Для выявления НР в историях болезни использован метод глобальных триггеров - Global Trigger Tool (GTT). Из историй болезни извлечены демографические данные о пациенте, его диагнозе и анамнезе, данные о фармакотерапии. В качестве исходов рассматривался факт НС и факт НР у пациента.

Результаты. Средний возраст пациентов $14,79 \pm 1,31$ лет. Из 304

пациентов 262 (86,2%) были девочки. Средний ИМТ $20,98 \pm 4,22$. Большинство участников были госпитализированы впервые, среднее количество госпитализаций участников $1,14 \pm 0,49$. Срок настоящей госпитализации составил в среднем $29,38 \pm 11,72$ дней. У 287 пациентов отмечена хотя бы одна суицидальная попытка (94,4%).

Выборку разделили на подгруппы по факту выявления НС и НР. НС выявлены в 76 случаях.

Из 76 случаев НС при помощи шкалы Наранжо были отобраны 57 случаев НР. Данные участники провели в стационаре больше дней в сравнении с пациентами без НР (30,00 [27,00; 36,50] vs. 29,00 [22,00; 33,50] дней; $p = 0,016$). Они чаще госпитализировались в течение жизни ($p = 0,021$), в том числе за последние 12 месяцев ($p = 0,013$), чаще наблюдались замена антидепрессанта (28,1% vs. 9,3%; $p = 0,001$), назначение антипсихотика (87,7% vs. 55,5%; $p = 0,0001$), второго антипсихотика (17,5% vs. 7,7%; $p = 0,023$) по сравнению с пациентами без НР. Стартовая доза сертралина была значимо выше у пациентов с НР (25,00 [25,00; 50,00] vs. 25,00 [25,00; 25,00]; $p = 0,020$).

Проведен логистический регрессионный анализ для оценки наиболее значимых факторов риска развития НР. В качестве зависимой переменной был установлен «Факт НР». Прогностическая значимость была достоверна только для факта замены антидепрессанта ($OR=3,109$; 95%CI 1,473-6,563; $p=0,003$) и факта назначения антипсихотика ($OR=5,177$; 95%CI 2,239-11,97; $p=0,00012$).

Заключение. С риском НС ассоциированы факты замены антидепрессанта и назначения антипсихотика. У пациентов с НС чаще назначался второй антипсихотик, использовалась более высокая стартовая доза сертралина, эти участники чаще госпитализировались за последние 12 месяцев.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЙРОСЕТЕЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Руководитель: Федоренко А.С.^{1,3}, к.м.н., доцент

1 – ФГБОУ ВО СЗГМУ имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

2 – ФГБОУ ВО ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

3 – ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Архангельск

Введение. Нерациональное использование антибиотиков и распространение микробной резистентности является известной глобальной проблемой. Для сдерживания избыточного использования антимикробных препаратов и увеличения бремени бактериальной резистентности проводится поиск и внедрение эффективных образовательных площадок по вопросам использования антибиотиков [1]. Студенты медицинских вузов указывают на необходимость дополнительного образования по рациональному использованию противомикробных препаратов и оценивают свой уровень знаний как недостаточный [2].

Цель. Оценить перспективы использования нейросетей в обучении студентов медицинских вузов вопросам рациональной антимикробной терапии.

Материалы и методы. В рамках проведения занятий по клинической фармакологии 30-ти студентам 6 курса было предложено решение клинических задач. Каждая клиническая задача содержала информацию о поле, возрасте и инфекционном диагнозе пациента, полученную антибиотикограмму, на основании которой необходимо выбрать оптимальный антибиотик для лечения пациента. Обучающиеся были разделены на две группы. Группа 1 (15 студентов) решала задачи без помощи нейросети, группа 2 (15 студентов) выполняла задания со специально обученным чат-ботом на основе искусственного интеллекта.

Результаты. В результате анализа представленных ответов рациональный антибактериальный препарат без помощи нейросети выбрали

53% учащихся против 93% использующих для формирования ответа искусственный интеллект. Указали в ответе к заданию дозу и режим введения антибиотика – 12,5% (группа 1), 53,3% (группа 2).

Выводы. На основании полученных данных можно заключить, что использование нейросетей в качестве дополнительного инструмента обучения в медицинских вузах имеет определенные перспективы.

Использование искусственного интеллекта в качестве помощника при решении ситуационных задач может помочь в формировании клинического мышления студентов медицинских вузов в вопросах антимикробной терапии.

Сураева У.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ

Руководитель: Холодова И.Н., д.м.н., профессор
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Ожирение у детей связывают с нездоровым питанием и низким уровнем физической активности. При наличии ожирения у ребёнка необходима консультация эндокринолога для выбора правильной тактики лечения, включающего оптимизацию рациона питания, повышение физической активности. Однако часто родители и их дети выбирают наиболее легкие, но не всегда безопасные методы снижения веса.

Клинический случай. Девочка Е., 13 лет. Из анамнеза известно, что ранний перинатальный анамнез – без особенностей. Грудное вскармливание до 4-х мес. С возраста 2-х лет появились жалобы на избыточные прибавки в массе тела. В это время девочка употребляла много жирной и углеводистой пищи. К специалистам не обращались. В возрасте 12 лет вес - 95 кг, рост - 163 см, ИМТ - 34,8 кг/м², что соответствует 3 степени экзогенно – конституционального ожирения. У эндокринолога не обследована. Других хронических заболеваний не было. По настоянию девочки и родителей в августе 2024 года была проведена хирургическая операция – частичная резекция желудка. После операции практически сразу появились жалобы на боли в эпигастральной области, тошноту, рвота ежедневно 2-3 раза. Девочка стала отказываться от еды. Ребенок консультирован врачом – гастроэнтерологом по месту жительства, назначено лечение: Эзомепразол, Бускопан, Эспумизан – без эффекта. В ноябре 2024 самостоятельно обратились в ДГКБ им. З.А.Башляевой. При поступлении вес ребенка 68 кг, рост 165 см, z-score 0,93, (снижение веса на 30 кг за 3 месяца!), ИМТ 24,9 кг/м² (z-score 1,58). При пальпации живота – болезненность в эпигастральной области, стул со склонностью к запорам, остальные органы и системы - без

патологии. Общий анализ крови, коагулограмма, гормональный профиль, иммунограмма – без патологии, в биохимическом анализе крови выявлено снижение уровня витамина Д до 16 нг/мл, фолиевой кислоты до 4,19 нг/мл. Исключены аутоиммунные заболевания ЖКТ и целиакия. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены конкременты желчного пузыря. При проведении ЭГДС - пищевод свободно проходим, просвет его свободен, не деформирован в верхней и средней трети, в дистальной трети извит, в кардио-эзофагеальном переходе деформирован, дистальнее - не проведено во избежание травмирования ввиду выраженного эмоционального поведения ребенка. Рентгеноскопия и рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки с контрастированием – гастроэзофагеальный рефлюкс 3 степени. Ребенок консультирован врачом-психиатром, выставлен диагноз – нервная анорексия, дисморфофобический синдром. В результате обследования ребенку был выставлен диагноз: Желчнокаменная болезнь. Сопутствующие заболевания: Избегающее расстройство пищевого поведения. Недостаточность витамина D, фолиевой кислоты. Резекция желудка.

Вывод. Таким образом, удаление части желудка, с одной стороны, способствовало быстрому снижению веса, с другой стороны, формированию желчно-каменной болезни и функциональных расстройств ЖКТ, которые привели к развитию тяжелого состояния в виде избегающего расстройства пищевого поведения. Данный случай подчеркивает важность и необходимость мультидисциплинарного подхода в лечении и профилактике ожирения. Выбор хирургического лечения ожирения у детей нельзя считать адекватным, так как и по данным литературы, и по результату приведенного клинического случая часто закончивается инвалидизацией ребенка.

Туровская А.А.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ СУРФАКТАНТНОГО БЕЛКА А У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Руководитель: Костина Е.М., д.м.н., доцент, профессор
ПИУВ — ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России г. Пенза

Цель исследования. Изучить концентрацию сурфактантного белка А (SpA) в индуцированной мокроте (ИМ) и назальном секрете (НС) у детей с бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы. Проведено открытое проспективное сравнительное исследование на базе ПИУВ - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России и ГБУЗ «Городская детская поликлиника». Обследовано 118 детей, из них 98 с персистирующей БА легкой (n=26), средней (n=48) и тяжелой (n=24) степени тяжести вне обострения и 20 здоровых детей. Критерии исключения: тяжелые соматические, аутоиммунные, онкологические, психические и острые инфекционные заболевания, а также обострение БА. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ПИУВ - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (протокол №13 от 20.11.2020 г.).

Материалом исследования послужили ИМ и НС, сбор которых выполняли по стандартным методикам. За сутки пациентам отменяли базисную терапию. Проводили ингаляцию 5% раствором NaCl до появления продуктивного кашля. При возникновении жалоб исследование прекращали. Качество ИМ оценивали микроскопически по наличию альвеолярных макрофагов. ИМ обрабатывали раствором лидазы для разрушения мукополисахаридов. Биоматериал центрифугировали и анализировали надосадочную жидкость. Концентрацию SpA определяли методом ИФА и выражали в пг/мл.

Статистический анализ выполнен с помощью Statistica 10.0. Для сравнения групп использовали непараметрический критерий Краскела-Уоллиса, для корреляционного анализа - коэффициент Спирмена. Пороговый уровень

статистической значимости составил $p < 0,05$.

Результаты. Получены статистически значимые различия уровня SpA в ИМ и НС между пациентами с астмой и здоровыми детьми ($p < 0,05$). Наиболее высокие уровни SpA наблюдались в группе тяжелой БА, возрастая с увеличением тяжести заболевания, что, вероятно, отражает интенсивность воспаления респираторного тракта.

Корреляционный анализ выявил сильную прямую связь SpA со степенью тяжести БА как в ИМ ($p < 0,05$, $r = 0,79$), так и в НС ($p < 0,05$, $r = 0,85$). При оценке соотношения параметра в разных биологических материалах получена сильная прямая корреляционная связь ($p < 0,05$, $r = 0,77$).

Результаты демонстрируют усиление секреции SpA с увеличением тяжести БА. Исследования Y. Wang и соавт. указывают на дисфункцию SpA у взрослых пациентов из-за повышения доли менее активной фракции SpA1. J.G. Ledford и соавт. предполагают, что изменение структуры SpA связано с воздействием ферментов эозинофилов. Обе группы подтверждают снижение противовоспалительного потенциала пнемопротеина в условиях хронического воспаления. Можно предположить, что повышенная секреция SpA – это компенсаторный ответ на дефицит контроля над воспалением.

Исследования SpA при БА немногочисленны, различаются по дизайну и имеют противоречивые результаты. G. Cheng и соавт. выявили повышение SpA в лаваже у пациентов с легкой БА, в то время как van de Graaf и соавт. сообщили о снижении уровня SpA при астме. Тем не менее, большинство исследований, включая настоящее, подтверждают связь SpA со степенью воспаления дыхательных путей при БА.

Выводы. Концентрация SpA в НС и ИМ увеличивается с ростом тяжести БА у детей и коррелирует с воспалением дыхательных путей. Полученные результаты открывают возможность объективной оценки тяжести астмы с применением малоинвазивных методов на основе измерения SpA.

Хорева В.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИСЦЕРАЛЬНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА С РАЗВИТИЕМ ГЕМОФАГОЦИТАРНОГО СИНДРОМА

Руководитель: Пшеничная Н.Ю, д.м.н, профессор
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России г. Москва

Висцеральный лейшманиоз — это трансмиссивное природно-очаговое заболевание, вызываемое простейшими рода *Leishmania*. В группе риска находятся дети до 10 лет, взрослые с ослабленным иммунитетом в силу интеркуррентных инфекций и коморбидных состояний. Детский гемофагоцитарный синдром (ДГФС) — это опасное состояние с чрезмерной активацией Т-клеток и макрофагов, часто приводящее к смерти. Манифестация ДГФС часто провоцируется острыми инфекционными и паразитарными заболеваниями, в том числе висцеральным лейшманиозом.

Клинический случай. Пациент К., 4 лет, житель Подмосковья. В период с 2022 по 2023 год проживал в течение полугода в Турции, в городе Алания. Вернулся в Россию в конце октября 2023 года.

В марте 2024 г. повысилась температура тела до фебрильных цифр, нарастала слабость. В связи с возникновением данных симптомов были госпитализированы в Морозовскую ДГКБ с диагнозом: Лейкоз?

По результатам дообследования в пунктате костного мозга были обнаружены лейшмании, которые располагались в основном внутриклеточно.

Был установлен окончательный диагноз: Висцеральный лейшманиоз. Переведен в ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница №1» ДЗМ г. Москвы. При опросе сопровождающей больного матери сохранялись жалобы на общую слабость, вялость, повышение температуры тела до фебрильных цифр, кашель, снижение аппетита и двигательной активности. При объективном осмотре: увеличение подчелюстных лимфоузлов, подвижные, мягкоэластичной консистенции, ЧСС 140 уд/мин (на высоте лихорадки), увеличение живота за счет гепатоспленомегалии. При пальпации печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка- на 10 см, плотной консистенции. Других изменений при осмотре больного не выявлено.

По результатам дополнительно проведенных исследований при поступлении обращало на себя внимание наличие микроцитарной гипохромной анемии, тромбоцитопении, лейкопении, абс.нейтропении и лимфопении, прямая реакция Кумбса-положительная, прокальцитонин 22,84 нг/мл.

Согласно диагнозу ребенку назначен амфотерицин В 0,5 мг/кг. После хорошей переносимости первого введения, доза увеличена до 1 мг/кг внутривенно в течение 6 часов, затем до 3 мг/кг липосомального амфотерицина В на 6 дней. Проведена трансфузия отмытой облученной эритроцитарной взвеси 160,0 мл. После трансфузии гемоглобин не увеличился, заподозрен гемофагоцитарный синдром. Терапия скорректирована: дексаметазон 8 мг per os (3 введения), иммуноглобулин 1 гр/кг (3 дня), цефтазидим заменен на меропенем 3 р/сутки. На фоне проводимого лечения отмечалась положительная клиническая, лабораторная, инструментальная динамика.

Был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение врачей специалистов, рекомендовано продолжить прием дексаметазона в дозе 4 мг/кг/сут, азитромицина.

Вывод. ДГФС в рассматриваемом случае был спровоцирован висцеральным лейшманиозом, что привело к отрицательной динамике в состоянии пациента в течение болезни. Ранняя его диагностика на основании клинических и лабораторных признаков, несмотря на смазанную картину из-за висцерального лейшманиоза, позволила своевременно начать иммуносупрессивную терапию и предотвратить дальнейшее прогрессирование заболевания. Учитывая необходимость использования кортикостероидов для лечения ДГФС на фоне инфекционных и паразитарных болезней, необходимы дополнительные клинические исследования для определения наиболее эффективного терапевтического подхода, особенно в случае лечения детей.

Чурилова В.Д.¹

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА:
КАПОШИФОРМНАЯ ГЕАНГИОЭНДОТЕЛИОМА,
ОСЛОЖНЕННАЯ СИНДРОМОМ КАЗАБАХА-МЕРРИТТА

Руководитель: Сокурова С.М.², врач-неонатолог, Горяйнова А.Н.¹, к.м.н., доцент

1 – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва³

2 – ДГКБ им. Н.Ф. Филатова

Введение. Капошиформная гемангиоэндотелиома (КГЭ) относится к редким, врожденным сосудистым новообразованиям, самым грозным осложнением которых является синдром Казабаха-Мерритта (СКМ). Отличительными признаками СКМ являются коагулопатия потребления, вызывающая тяжелые геморрагические осложнения, тромбоцитопения и анемия. СКМ может стать причиной летального исхода у 30% пациентов. Вследствие этого крайне важно учитывать факторы риска развития СКМ: прогрессирующий рост сосудистой опухоли, появление и нарастание тромбоцитопении и анемии в общем анализе крови. Вышеперечисленные признаки требуют немедленной госпитализации ребенка, оценки гемостаза и назначения терапии, необходимой для профилактики СКМ.

Клинический случай. Мальчик С. поступил в отделение патологии новорожденных и детей грудного возраста ДГКБ имени Н. Ф. Филатова 10.02.2023 г. в возрасте 3 дней из родильного дома с диагнозом «Врожденная гемангиома внутренней поверхности левого бедра?». С рождения у мальчика было обнаружено опухолевидное образование, безболезненное при пальпации, локализованное в верхней трети внутренней поверхности левого бедра, размером 4х6 см, выступавшее над поверхностью кожи на 1,0 см, с периферическим участком бордового цвета неправильной формы с нечеткими контурами диаметром до 1,5 см. Ультразвуковое исследование в зоне опухолевидного образования выявило большое количество сосудов с артериальным и венозным типом кровотока. В коагулограмме был обнаружен повышенный уровень D-димеров (1198 нг/мл), однако, учитывая нормальные

показатели тромбоцитов, СКМ был исключен. Ребенок был выписан после консультации детского хирурга с диагнозом «Врожденная гемангиома внутренней поверхности верхней трети левого бедра». Рекомендовано диспансерное наблюдение по месту жительства. 10 апреля 2023 года ребенок повторно госпитализирован в ДГКБ имени Н. Ф. Филатова в связи с увеличением размеров гемангиомы, изменением окраски кожи в области опухоли, появлением умеренной болезненности при пальпации. УЗИ выявило увеличение скорости артериального и венозного кровотоков в области опухоли. При лабораторном обследовании обнаружена анемия легкой степени ($Hb = 93$ г/л), тромбоцитопения (до $83 \cdot 10^9$ /л), высокий уровень D-димеров (>5000 нг/мл), снижение фибриногена до 1,25 г/л. Перечисленные данные подтвердили наличие у ребенка синдрома Казабаха-Мерритта, была начата терапия: пропранолол в начальной дозе 1 мг/кг/сут в 2 приема с последующим увеличением до 3 мг/кг/сут в 2 приема; преднизолон 2 мг/кг (12,8 мг/сут); однократно проведена трансфузия свежзамороженной плазмы. С целью окончательной верификации диагноза 21.04.2023 проведена биопсия опухолевидного образования с иммуногистохимическим исследованием, по результатам которого было сделано заключение: Иммунофенотип специфичен для капошиформной гемангиоэндотелиомы. Ребенок был выписан домой. После выписки в течение 2 месяцев получал преднизолон в дозе 12,8 мг/сут и пропранолол в течение 10 месяцев в дозе 3 мг/кг/сут с учетом веса ребенка. На фоне проводимой терапии была получена положительная динамика.

Выводы. Представленный нами клинический случай редкого осложнения сосудистой опухоли у детей (синдрома Казабаха-Мерритта) подтверждает необходимость длительного диспансерного наблюдения за детьми с сосудистыми опухолями с целью профилактики развития тяжелого, жизнеугрожающего осложнения.

Жирякова А.С.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ И ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ: ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Руководитель Сычев Д.А., д.м.н., академик РАН
кафедра клинической фармакологии и терапии имени академика Б.Е. Вотчала

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования - изучить возможную взаимосвязь между генетическими, клинико-лабораторными, демографическими данными и средним уровнем боли в раннем послеоперационном (п/о) периоде, потребностью в опиоидных анальгетиках у пациентов, перенесших первичное эндопротезирование коленного (КС) или тазобедренного сустава (ТБС).

Материалы и методы. Исследуемая группа включала 61 пациента, госпитализированного для планового эндопротезирования ТБС и КС. В п/о периоде пациентам была назначена обезболивающая терапия НПВП – кетопрофеном или кеторолаком, трамадол назначался по потребности. Всем пациентам проводилась оценка уровня боли по цифровой рейтинговой шкале в 1-5 сутки п/о периода, фиксировалось количество потребленных опиоидных анальгетиков за период госпитализации. Полиморфизмы генов CYP2C9, CYP2C8, PTGS1, PTGS2, ABCB1, CYP2D6, OPRM1, COMT, C3orf20 определялись методом ПЦР в реальном времени у всех пациентов.

Результаты и обсуждение. У пациентов с генотипом AC по CYP2C9*3 была менее выражена боль в 1 сутки п/о ($4,5 \pm 1,0$ против $7,0 \pm 2,3$ баллов, $p=0,03$), а также отмечалась меньшая потребность в опиоидах ($20,0 \pm 11,5$ против $28,0 \pm 7,4$ единиц морфинового эквивалента, $p=0,04$) в течение госпитализации, чем у носителей генотипа AA. У пациентов с генотипом CC по rs1045642 гена ABCB1 была менее выражена боль на 5 сутки п/о по сравнению с носителями генотипа CT ($1,5 \pm 0,7$ против $3,7 \pm 1,2$, $p=0,04$). Пациентам с генотипом AA по rs1799971 гена OPRM1 потребовалось больше опиоидов в п/о периоде, чем пациентам с генотипами AG+GG ($21,6 \pm 9,8$ против $28,4 \pm 7,1$, $p=0,03$). Пациенты с генотипом GG по rs12496846 гена C3orf20 имели более выраженную боль на

4 сутки п/о ($6,0 \pm 1,41$) в сравнении с пациентами с генотипом AA ($2,60 \pm 1,50$), $p=0,002$.

Заключение. Показано, что интенсивность боли в п/о периоде и/или количество потребляемых опиоидных анальгетиков после эндопротезирования ТБС и КС ассоциированы с фармакогенетическими особенностями пациентов по *rs1057910 CYP2C9*, *rs1045642* гена *ABCB1*, *rs 1799971* гена *OPRM1* и *rs12496846 C3orf20*.