

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

X Конференция молодых ученых с
международным участием
«ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА:
ВОЗМОЖНОЕ И РЕАЛЬНОЕ»

Материалы конференции
Том I

Москва
2019

УДК 61.001.063.053

ББК 72ж

Т-654

X Конференция молодых ученых с международным участием «Трансляционная медицина: возможное и реальное»: сборник материалов конференции; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования». М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2019. Т. I 340 стр. ISBN

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 61.001.063.053

ББК 72 ж

ISBN.....

© Российская медицинская академия
непрерывного профессионального
образования, 2019

Оглавление

- А -

18-47

Абдуллаев М.А.	18
Микробиота носоглотки у пациентов с полипозным риносинуситом, искривлением носовой перегородки и хроническим фарингитом	
Авакян С.К., Саргсян Н.А.	19
Методы обучения робот-ассистированной радикальной простатэктомии	
Агеева А.И.	20
Терагерцевая терапия при гонартрозе и хронической венозной недостаточности нижних конечностей	
Айсанова М.Р., Васильева Т.М., Дорофеева О.С.	23
Имплементация рекомендаций по специфической профилактике геморрагической болезни новорожденного в условиях современной клинической практики	
Айсанова М.Р., Трухина А.В.	24
Грудное вскармливание и витамин К дефицитная коагулопатия у детей первых недель и месяцев жизни	
Алавердян А.И., Гусак Д.А., Аврамова К.И., Мищенко И.М., Чехонацкий И.А.	26
Особенности генов главного комплекса гистосовместимости II класса DRB1, DQB1 у доноров регистра гемопоэтических стволовых клеток, проживающих на территории южного федерального округа	
Амикишиев Ш.Г	28
Особенности двигательных и когнитивных нарушений у пациентов с разными вариантами паркинсонизма	
Амиров М.З.	29
Трансбронхиальная легочная биопсия при периферических образованиях легких	
Анурьев А.М.	31
Оценка эффективности применения nava-режима – нейроспецифичного режима искусственной вентиляции легких у недоношенных новорожденных.	
Апросимов А.Л., Гаина О.В., Пирогов Н.В., Гончарук Д.А.	33
Онкологические результаты в популяции пациентов с раком предстательной железы низкой степени злокачественности после радикальной простатэктомии	

Арутюнян А.С. Роль лапароскопического метода при распространённом перитоните аппендикулярного происхождения и его безопасность	35
Асадуллина Г.Т. Тактика врача стоматолога при идиопатических заболеваниях пародонта	37
Асоскова А.В. Фармакогенетический подход к прогнозированию безопасности терапии метотрексатом у больных псориазом	39
Асоскова А.В. Клинический случай инверсных акне	42
Ахмадулина А.О. Сон и инсульт	44
Ахматов Р.А. Лапароскопические вмешательства у детей с кистозными образованиями поджелудочной железы	46
- Б -	47-59
Бабаев А.Б., Фотодинамическая тераностика отечественной флуоресцентной видеосистемой немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря	47
Баранов Д.А., Результаты пластики бульбозного отдела уретры без полного пересечения задней полуокружности спонгиозного тела	50
Баязитов Р.Р. Цифровая аускультация как метод диагностики в педиатрии	51
Бичегкуева Ф.А. Выбор оптимальной прогностической шкалы оценки тяжести состояния реанимационных пациентов после плановых онкологических операций	53
Бугрий С.В., Тутова А.Д. Результаты нейропсихологического тестирования у детей с аутизмом и гипоплазией мозолистого тела	55
Буробина А.Б., Шипилова О.С. Иридодиагностика	58
- В -	59-75
Васильева В.А. Новые возможности индивидуальной реабилитационной программы	59

для пациента с сахарным диабетом 2 типа и ожирением

Васильева В.А. 61
Эффективность комплексной кинезиотерапии для профилактики саркопении у пациентов с ожирением

Васильева В.А. 63
Стабилометрические показатели, устойчивость при ходьбе у пациентов с ожирением при снижении массы тела

Велиев Р.А. 65
Состояние оргазмической функции после перенесенной радикальной простатэктомии у пациентов с раком предстательной железы

Венгеров В.Ю. 66
Эндоскопические способы лечения хронического панкреатита, осложненного псевдокистами поджелудочной железы

Вервекин И.В. 68
Оценка эффективности внутрибрюшинной химио-гипертермической перфузии в лечении канцероматоза брюшины у крыс с асцитной опухолью яичника

Верюгина Н.И. 70
Гендерные особенности болезни паркинсона: клинические и терапевтические аспекты

Волкова Г.А. 72
Развитие атипичного гемолитико-уремического синдрома на фоне hellp-синдрома

Восканян С. А. 74
Актуальность робот-ассистированных операций в гинекологии

- Г -

Гагкаева З.А. 76
Адентия легкой степени выраженности и ее топография

Гаина О.В., Гончарук Д.А., Пирогов Н.В., Апросимов А.Л. 78
Ограничения и перспективы определения степени злокачественности рака предстательной железы в современной урологии

Гапешин Р.А., Смочилин А.Г. 80
Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия с атипичной клинической картиной

Гергова А.А. 82

Клинические особенности вестибулярных расстройств у пациентов с болезнью Паркинсона

Голодед Т.В. 84

Наследственный вариант колоректального рака: синдром Линча. Клинический случай

Гончарук Д.А., Гаина О.В., Пирогов Н.В., Апросимов А.Л. 86

Предоперационная кинетика простатспецифического антигена как предиктор агрессивности рака предстательной железы низкой степени злокачественности

Гришина В. Б. 88

Антигистаминные препараты: рациональность применения у пациентов с аллергодерматозами

- Д -

89-99

Дегтярева М.Д. 89

Оценка показателей почечной массы у недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела

Дежурко-Король В.А. 91

Оценка антибактериальной эффективности материалов для временной obturation корневых каналов зубов по отношению к ENTEROCOCCUS FAECALIS с использованием оригинальной экспериментальной модели

Дементьева А.А. 92

Влияние противовоспалительной терапии на продукцию BDNF и функциональное состояние сетчатки у крыс с конканавалин-индуцированной пролиферативной витреоретинопатией

Дмитриева О.А. 94

Сочетанное применение магнитотерапии и озонотерапии при хроническом простатите. Клинический случай

Дудина И.А., Захаренкова Ю.С., Игнатова А.К. 96

Клиническое наблюдение: полиморфизмы цитохрома P450 и переносимость терапии тамоксифеном

Дусчанова Н.Т. 98

Фармакоэпидемиологический анализ потребления сахароснижающих лекарственных средств у больных сахарным диабетом 2 типа в г. Ташкенте

- Е -

99-103

Егорова Ю.О. 99

Рецидивы туберкулеза у лиц с вич-инфекцией в Иркутской области

Есаян М.С. Изучение стоматологической заболеваемости у пациентов с системной склеродермией	101
- Ж -	103-114
Жариков К.М., Колесникова Е.А., Тулинцев В.А. К вопросу о ведении пациентов с сахарным диабетом 2 типа в условиях стационарного наблюдения	103
Ждакаева Е.Д. Незнание и равнодушие могли стоить ребенку жизни	105
Жердакова Д.В. Исходы родов и сосостояние новорожденных у женщин старшего репродуктивного возраста	107
Жильцов В.В., Курек Н.С., Петкявичюте Я.И. Эпидемиология и особенности клиники вич-инфекции в Санкт-Петербурге	109
Журавель О.С. Профилактика развития осложнений после резекций печени	111
Журбенко А.А. Эффективность применения лазерных технологий на примере Nd:YAG лазера при лечении неинвазивного рака мочевого пузыря	113
- З -	114-126
Закиров Ф. Х. молекулярные механизмы с участием каспазы-8 и перспективы их регуляции в таргетной терапии рака	114
Захаренкова Ю.С., Дудина И.А., Игнатова А.К. Полиморфизмы цитохрома P450 и нежелательные явления при приеме тамоксифена	115
Захарова А.С. Болезнь вильсона-коновалова	117
Заяева Е.Е. Значение долабораторного этапа диагностики наследственных синдромов на примере синдромов с капиллярными мальформациями	119
Зеброва А.А. Оценка информативности электрокардиографических критериев	121

оценки гипертрофии левого желудочка

Зиявдинова М.С. 123
Гепатолентикулярная дегенерация (Болезнь Вильсона)

Зобов К. И., Капырина Т. Д. 125
Обзор редких клинических случаев эктопической беременности, локализованной в рудиментарном роге матки

- И -

126-131

Игнатова А.К., Дудина И.А., Захаренкова Ю.С. 126
Фармакоэпидемиологическое исследование факторов риска развития гиперплазии эндометрия при приеме тамоксифена

Ищерякова К.А. 129
Эффективность и безопасность применения адъювантной лучевой терапии в режиме ускоренного гипофракционирования у больных раком молочной железы I - III A стадии

- К -

131-177

Кавиладзе М.Г. 131
Применение 3d опухолевых сфероидов в DRUG DISCOVERY

Казанцева Е.И. 132
Роль неспецифической иммуномодулирующей терапии в лечение резистентных форм кератитов

Казанцева О.М. 134
Полиморфизм гена NAT2 в прогнозе сепсиса

Казанцева О.М., Смирнова А.Ш. 136
Полиморфизм генов системы гемостаза в патогенезе инфекционного эндокардита и сепсиса

Калашникова Д.Д. 139
таргетная терапия лимфоматоидного папулеза

Касьянова А.Н., Ягупова А.В. 141
Влияние комплаенса приёма холекальциферола на обеспеченность витамином D детей раннего возраста

Кашаева Р.Р., Жулаушинова А.М. 143
Изучение степени осведомленности студентов-второкурсников медицинского университета о значении и влиянии биологически активных добавок на организм человека

Кечиян Д.К. 145

Изменение порогов электрически вызванного потенциала действия слухового нерва в динамике при проведении телеметрии нервного ответа	
Ключанская А.Д. Аутофлуоресцентная стоматоскопия как метод диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта	146
Кожемякина В.В. Оценка эффективности лечения пациентов с глубокими ожогами при использовании атравматичных раневых покрытий	149
Коломан И.И. Особенности функциональной асимметрии полушарий у пациентов с болезнью паркинсона	151
Колышенков В.А. Применение технологии KINECT® в реабилитации пациентов с импиджмент-синдромом плечевого сустава	153
Колотильщиков А.А., Амбарцумян М.Г., Джоджуа Д.Е. Опыт использования малотравматичных способов секвестрэктомии при инфицированном панкреонекрозе	154
Корбашова Ю.А. Клинический случай успешного лечения тромбоза легочной артерии	156
Крылова К.В. Особенности исследования эякулята при мужском бесплодии	158
Крякова М. Ю. Обеспеченность медицинскими кадрами клиничко-диагностических лабораторий	160
Кузнецова О.А. PD-L1- статус рака молочной железы	163
Куликов А.С. Выбор аллерген-специфической иммунотерапии у полисенсibilизированного пациента	164
Куликов А.С. Терапия пациента с тяжелой неконтролируемой бронхиальной астмой	166
Кулумбеков Г.Р., Ирасханов А.Ш., Кулумбекова И.Р. Эффективность применения эндоскопической папиллосфинктеротомии	168

Кулумбегов Г.Р., Ирасханов А.Ш., Кулумбегова И.Р. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией: анализ заболеваемости, результатов диагностики и хирургического лечения	170
Кулумбегова И.Р., Дауева Д.В. Сравнительная характеристика действия реминерализующих средств, используемых после офисного отбеливания	172
Кулумбегова И.Р., Хубулов С.А. Влияние заболеваний желудочно-кишечного тракта на стоматологический статус больного	174
Куров М.А. Оптимизация диагностики посттравматической хронической нестабильности голеностопного сустава	176
- Л -	178-188
Лапушко В.Ю., Мусаев Р.М., Зульпукарова Ш.Г. Анализ научной литературы по применению метода конечных элементов в ортопедической стоматологии	178
Лапушко В.Ю., Атаев Р.Р., Зульпукарова Ш.Г. Особенности ортопедического лечения при дентальной имплантации в эстетически значимой зоне	180
Левицкая К.Н., Левицкая А.Н. Сравнение шкал PMGMU2018h, APACHE2, SAPS, SOFA, MODS для оценки степени тяжести состояния больного с механической желтухой	182
Лейфер Е. В., Яковлев А. А. Основы патогенеза формирования артериальных аневризм сосудов головного мозга	184
Лейфер Е. В., Иванов Е.Р. Структура онкологической заболеваемости в новгородской области	185
Линевич В.Р. «Титановый шелк» в хирургии пролапса тазовых органов	187
- М -	189-224
Магдалинская А.В. Первично множественный рак молочных желез. Клинический случай	189
Магомедов Х.А., Хасиев А.А. Одномоментная реконструктивная хирургия в острый период	191

краниофациальной травмы, осложненной базальной ликвореей

Маминова З.М.	193
Оптимизация предоперационной подготовки и результатов кардиохирургических вмешательств у пациентов с пороками сердца в сочетании с хронической сердечной недостаточностью с использованием средств мобильного здравоохранения	
Масуева С.С.	195
Факторы сердечно-сосудистого риска у пациентов с периферическими вестибулярными расстройствами	
Матвеев А.Д.	197
Факторы роста эндотелия в лечении хронической ишемии нижних конечностей	
Маткеримова Б.Т., Горбанева А.Н., Панахов П.А.	199
Мультидисциплинарный подход в лечении эктопической беременности внетубарной локализации	
Маткеримова Б.Т.	201
Результаты FAST TRACK терапии у пожилых пациенток	
Махмудова М.Ш.	203
Анализ результатов СМАД у больных артериальной гипертензией, перенесших гипертонический криз и риск развития сердечной недостаточности	
Меджидзаде А.К.	205
Флюоресцентная диагностика неоплазий дистального отдела толстой кишки	
Мефодьева А.Ю.	208
Инфантильное косоглазие: результаты лечения	
Мищенко И.М, Алавердян А.И, Гусак Д.А, Аврамова К.И.	209
Внекишечные проявления неспецифического язвенного колита на примере клинического случая.	
Мищенко И.М, Алавердян А.И, Гусак Д.А, Аврамова К.И.	211
Новая маска гипотиреоза. Клинический случай	
Моисеева Ю.П.	213
Дифференциальная диагностика одностороннего полипозного риносинусита	
Моисеева Ю.П.	215
Генетические предикторы полипозного риносинусита	
Моллаева П.С.	217

Основные факторы риска падений у пациентов с различными нарушениями ходьбы

Морозов Д.А. 219

Онкологические вирусы в терапии рака молочной железы

Мурадян А.А. 222

Эффективность и безопасность ускоренного восстановления больных с неосложненным острым калькулезным холециститом

- Н - 224-231

Насытко А.Д., Кузнецов И.И., Осипова А.В. 224

Нейромышечные, скелетные и связанные с движениями (статодинамические) нарушения функций как одна из основных причин инвалидизации в ростовской области

Насытко А.Д., Кузнецов И.И., Осипова А.В. 226

К вопросу о гистогенезе миксомы сердца

Никуленков Ю.С. 228

Альтернативные операции при остром холецистите у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском

Нугуманова К.А., Гурциев М.Х. 230

Малоинвазивные вмешательства в лечении больных с панкреонекрозом, осложненным толстокишечными свищами

- О - 231-237

Озерова Д.С. 231

Результаты лечения больных эхинококкозом печени в хирургической клинике боткинской больницы

Олещенко Э.Д. 233

Болезнь БАРРЕ-МАССОНА – редкая хирургическая патология, малая осведомлённость врачей. Клиническое наблюдение.

Омарова М.М. 235

Хирургическое лечение ректовагинальных свищей инвагинационным методом с пластикой ректовагинальной перегородки биотрансплантатом

- П - 237-254

Павленко В.Н. 237

Состояние иммунитета у девочек раннего возраста с хроническим вульвовагинитом

Панкова Д.Д. 239

Неустойчивость и риск падений у пациентов с сосудистой

деменцией и болезнью Альцгеймера

Парусов А.И. 241

Влияние генетического полиморфизма CYP2D6 на фармакодинамику пропранолола у пациентов с портальной гипертензией

Педченко А.М. 243

Аутофлюоресцентная спектроскопия в диагностике неоплазий толстой кишки

Петров Д.И. 245

Первый опыт чрескожного метода временной декомпрессии толстой кишки в эксперименте при обтурационной непроходимости

Поляков А. В., Салямова Э. И. 247

Транспальпебральный доступ в хирургии менингиом бугорка турецкого седла

Полякова О.А. 248

Роль высокочувствительного С-реактивного белка при проведении периодических медицинских осмотров работников газовой промышленности

Попко Н.А., Ахмедова С.Р. 250

Исследование митохондриальной дисфункции у больных ХОБЛ, отказавшихся от курения

Потапов Ф.В. 253

Лечение менингиом II и III степеней злокачественности: хирургия и лучевая терапия

- Р - 254-258

Рублевская А.С., Осокина В.Р. 254

ENOS как маркер эндотелиальной дисфункции у курящих беременных женщин

Рябочкина М.Э., Калугина И.А. 256

Возможности использования функциональной электромиостимуляции в процессе реабилитации пациентов с гемипарезами

- С - 258-279

Сайфутдинова К.Р. 258

Внутрибрюшная химиотерапия, как метод профилактики развития перитонеального карциноматоза при раке ободочной кишки

Поляков А.В., Салямова Э.И. 261

Применение минимально-инвазивного супраорбитального keyhole доступа в хирургии объемных образований передней черепной ямки	
Санникова Е.С.	263
Оценка функционального состояния гонад пациентов с нарушением формирования пола с разными вариантами дисгенезии	
Саранина К.А.	265
Особенности беременности и родов позднего репродуктивного возраста	
Саргсян Н.А., Авакян С.К.	266
Аномальное маточное кровотечение пубертатного периода	
Сафонова Т.Д.	268
Компьютерная томография в диагностике легочных проявлений гранулематоза с полиангиитом	
Секретарев В.Э.	270
Сравнительный анализ ретромускулярной и ТС-пластики при срединных послеоперационных вентральных грыжах	
Сергеева К.А.	271
Сложность дифференциальной диагностики отечно-асцитического синдрома в гастроэнтерологической практике	
Скрипченко Д.В.	273
Факторы риска, структура и этиология воспалительных заболеваний органов малого таза у пациенток репродуктивного возраста	
Стожкова И.В.	275
Синдром протек в практике врача-оториноларинголога: клинический случай.	
Суворова О.А.	277
Распространенность генотипов и фенотипов изониазид-метаболизирующего фермента NAT2 у якутских и русских пациентов, болеющих туберкулезом	
- Т -	279-290
Темный А.С., Шарапова Е.В.	279
Результаты лечения детей, больных билатеральной нефробластомой	
Темный А.С.	280
Уникальный клинический случай: билатеральная нефробластома у всех девочек из монохориальной триамниотической тройни	
Терещенко О.В., Иващенко Д.В., Темирбулатов И.И.	283

Ассоциация гаплотипов полиморфных вариантов генов ABCB1 и цитохрома P450 с переносимостью феназепама

Торунова А.М., Макарова А.С. 285

Влияние спиронолактона при добавлении к стандартной антигипертензивной терапии на показатели сосудистого ремоделирования у пациентов с артериальной гипертензией высокого кардиоваскулярного риска

Третьяк Д.С. 286

Клинический случай ведения родов у пациентки с Классической формой пароксизмальной ночной гемоглобинурии

Тумгоева Л.Б., Горожанина А.А. 288

Острый правосторонний пиелонефрит единственной правой почки у пациентки в сроке беременности 18 недель

- У - 290-296

Умаева М.М., Соболев М.А., Смолянина В.С. 290

Изменения активности вегетативной нервной системы при проведении пассивной гимнастики у пациентов с длительными нарушениями сознания

Учаева О.Н. 292

Трудности определения прогноза исходов перенесенной ЭПШТЕЙНА-БАРР-ВИРУСНОЙ инфекции

Ушарова С. А. 294

Роль артерий в развитии венозных окклюзий сосудов сетчатки

- Х - 296-302

Хаданов А.А. 296

Клинический случай синдром Мириззи 3 типа

Хараева Е.А. 298

Нормализация менструального цикла препаратом Утрожестан

Холматов Б.У. 300

Малоинвазивные методы лечения деформаций коленного сустава у детей с последствием рахита и рахитоподобных заболеваний

- Ч - 302-310

Чекмаева А.А., Сермина Т.А. 302

Оценка цитокинового профиля при посттравматическом артрите в эксперименте.

Чехонацкий В. А. Роль безрамной биопсии в определении тактики лечения пациентов с опухолями головного мозга глубинной локализации	304
Чехонацкий В. А. Хирургическое лечение метастазов меланомы в головной мозг. Обзор литературы и собственный опыт.	306
Чехонацкий И.А., Алавердян А.И., Гусак Д.А. Возможности использования микро-РНК в диагностике и прогнозировании течения почечно-клеточного рака	308
- III -	310-332
Шакирова З.А. Анализ результатов удаления внутренней пограничной мембраны при витректомии у пациентов с пролиферативной диабетической ретинопатией.	310
Шалыгин В.А., Самсонова К.И., Чехонацкий В.А. Васин Е.В. Инициация терапии и влияние на падения у пожилых коморбидных пациентов в стационаре	313
Шаферс А.Ш., Мусаев Р.М. Взаимосвязь между синдромом обструктивного апноэ во сне и аномалиями прикуса	316
Шаферс А.Ш., Зульпукарова Ш.Г. Последовательное удаление отдельных зубов с целью управления прорезыванием других.	319
Шаферс А.Ш., Атаев Р.М. Удаление отдельных зубов по ортодонтическим показаниям (анализ специальной литературы)	321
Шестакова Л.В. Взаимосвязь полиморфизма С3435Т гена ABCB1 с развитием артралгии и химиорезистентности при лечении паклитакселом рака молочной железы	324
Шестопалова А.Н. Опыт использования жидкостной цитологии в диагностике патологий эндометрия	326
Ширипова Ю.Г. Анализ исходов прерывания несостоявшихся выкидышей	328
Шовгенова Д.С.	330

Комплексная оценка фетоплацентарной системы при синдроме задержки роста плода

- Э -

332-336

Экажева П.С.

332

Результаты анкетного опроса врачей о системе НМО и аккредитации специалистов

Эрмаханова Т.У.

334

О проблемах диагностики врожденной дисфункции коры надпочечников у детей раннего возраста: клинический случай

- Ю -

337-338

Юдина О.С.

337

Внедрение образовательно-профилактической программы «Здоровые улыбки» в Республике Татарстан

- Я -

338-340

Якушева Т. А.

338

Анализ результатов когортного исследования по вопросам осведомленности и профилактики ВИЧ- инфекции среди подростков г. Орла и Орловской области

- А -

МИКРОБИОТА НОСОГЛОТКИ У ПАЦИЕНТОВ
С ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ, ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ
ПЕРЕГОРОДКИ И ХРОНИЧЕСКИМ ФАРИНГИТОМ

Абдуллаев М.А., аспирант 2 года обучения кафедры организации
здравоохранения и общественного здоровья

Руководитель: Пищита А.Н., д.м.н., д.ю.н., профессор кафедры организации
здравоохранения и общественного здоровья

Научный консультант: Ким И. А., д.м.н., доцент кафедры
оториноларингологии

ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, г.Москва

Цель исследования. Оценить состояние микробиоты носоглотки у пациентов с полипозным риносинуситом, искривлением носовой перегородки и хроническим фарингитом (с хронической болью в горле).

Материалы и методы. Бактериологическое исследование микробного состава из носоглотки у 23 пациентов с полипозным риносинуситом, искривлением носовой перегородки и хроническим фарингитом. Всем пациентам была проведена эндоскопическая полисинусотомия, септопластика.

Забор материала проводился следующим образом: после установления эндотрахеальной трубки с помощью роторасширителя и мягких зондов, введенных для поднятия мягкого неба, изогнутым ватником проводился забор слизи непосредственно из носоглотки. При этом ватный тампон не касался мягкого неба, малого язычка, небных дужек и корня языка.

Результаты. *Staphylococcus aureus* 103 КОЕ выявлен у 2 пациентов, причем у 1 из них был выявлен совместный рост *Corynebacterium* spp 104 КОЕ и *Streptococcus viridans* 104КОЕ, у 1 совместный рост с *Streptococcus viridans* 104 КОЕ.

Streptococcus viridans 102-4 КОЕ выявлен у 11 пациентов, причем у 7 из них был выявлен изолированный рост, в остальных случаях отмечен совместный рост с *Staphylococcus aureus* 103 КОЕ или *Corynebacterium spp* 104 КОЕ.

Corynebacterium spp 104 КОЕ показал рост у 3 пациентов в сочетании с *Staphylococcus aureus* 103 КОЕ и *Streptococcus viridans* 104 КОЕ.

Отсутствие микрофлоры было отмечено у 3 пациентов.

Выводы. Таким образом, проведенные пилотные исследования позволили получить следующие результаты: выявленные микроорганизмы у пациентов с искривлением носовой перегородки и хроническим фарингитом относятся к представителям нормальной и условно-патогенной микрофлоры носоглотки. Планируется продолжить исследования до достижения статистически достоверной выборки.

МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Авакян С.К., студент 6 курса

Саргсян Н.А., студентка 6 курса

Руководитель: Безруков Е.А., д.м.н., проф., заведующим урологическим
отделением №1 Клиники урологии им. Р.М. Фронштейна

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

Цель. Определить наиболее эффективную модель обучения робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РАРП)

Материалы и методы. Поиск литературы по ключевым словам: обучение робот-ассистированной простатэктомии, обучение роботической хирургии, симуляторы виртуальной реальности в хирургии.

Результаты. Для преодоления кривой обучения необходимо выполнение 18-45 операций, но продолжительность обучения гораздо выше, если конечной точкой считать частоту положительного хирургического края или операционное время. Параллельное модульное обучение, предоперационная разминка и использование симуляторов виртуальной реальности значительно повышают скорость обучения РАРП. Существует множество описанных моделей обучения РАРП.

Выводы. Отсутствие общепринятых критериев оценки кривой обучения хирургов не позволяет использовать данный параметр в качестве ориентира касательно опыта хирурга. Необходима надлежащая подготовка роботических хирургов и требуется создание новых методов обучения. Существуют различные варианты учебных программ. На наш взгляд, наиболее удачная программа должна включать последовательное наблюдение за выполнением заданий и их самостоятельное воспроизведение на симуляторе виртуальной реальности с последующим анализом ошибок. Затем такой же подход соблюдается и у операционного стола. Таким образом, осваивая сначала легкие этапы, а затем уже ключевые этапы операций под контролем наставника, хирург эффективнее перенимает хирургический опыт наставника. Обучение должны проходить не только хирурги, но и вся хирургическая команда.

ТЕРАГЕРЦЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ И ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Агеева А.И., аспирант кафедры физической терапии, спортивной медицины и
медицинской реабилитации

Руководитель: Куликов А.Г., д.м.н., проф., заведующий кафедрой
физической терапии спортивной медицины и медицинской реабилитации,
проректор по научной работе,

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Гонартроз (далее - ГА) - дегенеративно-дистрофическое заболевание, которое встречается у 11-13 % населения старше 50 лет, характеризуется поражением суставного хряща, субхондрального и метафизарного слоя кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, мышц, сопровождается формированием костно-хрящевых разрастаний и проявляется болью и ограничением движений в суставе. У пациентов с данной нозологией подтверждена высокая частота встречаемости хронической венозной недостаточности нижних конечностей (ХВН) в 51,3% случаев. Сочетание ГА и ХВН в отношении интенсивности артралгий и функциональной недостаточности коленных суставов является усугубляющим критерием. Данный факт ведет к поиску новых методов лечения, одним из которых является терагерцевое излучение (ТГц-терапия). Это относительно новый, но весьма перспективный вид излучения, который охватывает широкий диапазон спектра электромагнитного излучения между 100 ГГц и 30 ТГц (длина волны излучения колеблется в диапазоне от 0,9 мкм до 1000 мкм). Данный метод обладает значительной глубиной проникновения в биологические ткани, что позволяет его использовать в медицине, причем как с диагностической, так и с лечебной целью. Применение ТГц-излучения способствует нормализации тонуса сосудов, улучшению нарушенных реологических свойств крови и активации микроциркуляции. Кроме того, данный метод оказывает выраженное противовоспалительное и анальгезирующее действие, ускоряет и повышает эффективность процессов регенерации тканей.

Цель исследования. Изучить возможность применения ТГц- терапии у пациентов с гонартрозом и с сопутствующей хронической венозной недостаточностью.

Материалы и методы. На базе научно-практического центра медико-социальной реабилитации инвалидов имени Л.И. Швецовой (г. Москва) было проведено обследование и лечение 92 пациентов. Всех обследуемых,

методом простой рандомизации, разделили на 2 группы (основную и контрольную), сопоставимые по возрасту, полу и основным клиническим проявлениям, которые получали базисную терапию, включающую лекарственные препараты, занятия лечебной физкультуры, в том числе в бассейне. Пациентам основной группы дополнительно к базисному лечению проводили процедуры инфракрасного излучения, модулированного в терагерцевом диапазоне (ТГц-терапия). До и после лечения всем пациентам проводили следующие методы исследования: клиническое обследование, изучение жалоб, определение выраженности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкалы боли, а также измерение температуры нижних конечностей методом дистанционной инфракрасной термографии и изучение микроциркуляции в области пораженного коленного сустава методом лазерной доплеровской флоуметрии.

Результаты. Анализ динамики клинических проявлений по окончании лечения в основной группе показал значительный регресс таких клинических проявлений как боль в коленных суставах, возникающая в конце дня или в первую половину ночи (с 45,6% до 15,3 %), а также боль, возникающая после механической нагрузки и уменьшающаяся в покое (с 73,3% до 25,5 %). Также стоит отметить, что в группе с применением ТГц-терапии изменения показателя ВАШ (с $6,3 \pm 0,6$ баллов до $2,2 \pm 0,5$ баллов) имели существенно большую выраженность ($p < 0,01$) по сравнению с лицами, получающими только базисную терапию (с $6,5 \pm 0,5$ баллов до $4,7 \pm 0,5$ баллов). При анализе данных дистанционной инфракрасной термографии стоит отметить, что у пациентов основной группы было выявлено снижение показателя разницы температур между варикозно расширенными венами и окружающими тканями, свидетельствующее об улучшении гемодинамики в сосудах нижних конечностей. В основной группе данный показатель составлял $1,5 \pm 0,1^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$), а в контрольной группе - $0,9 \pm 0,1^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$).

Выводы. Включение процедур ТГц-терапии в лечебный комплекс оказывает положительное влияние на клинические симптомы заболевания,

состояние локальной гемодинамики и микроциркуляции, что существенно повышает эффективность терапии ГА, в том числе с сопутствующей ХВН.

ИМПЛЕМЕНТАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СПЕЦИФИЧЕСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО
В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Айсанова М.Р., клинический ординатор кафедры педиатрии с курсом
поликлинической педиатрии им. академика Г.Н.Сперанского

Васильева Т.М., аспирант кафедры педиатрии с курсом поликлинической
педиатрии им. академика Г.Н.Сперанского

Дорофеева О.С., врач-педиатр ГБУЗ «ДГП №133 ДЗМ»

Руководители: Заплатников А.Л., д.м.н., проф., профессор кафедры
педиатрии с курсом поликлинической педиатрии им. академика
Г.Н.Сперанского;

Сугян Н.Г. к.м.н. доцент, заведующая консультативно-диагностическим
отделением (КДО) ГБУЗ «ДГП №133 ДЗМ», доцент кафедры педиатрии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

ГБУЗ «ДГП №133 ДЗМ»

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Изучить выполняемость рекомендаций по специфической профилактике геморрагической болезни новорожденных в родильных домах города Москвы.

Материалы и методы. Проведено изучение частоты применения менадиона натрия бисульфита детям в ранний неонатальный период на основании данных 670 обменных карт (форма 113/у) новорожденных, выписанных из роддомов г. Москвы и поступивших под наблюдение в ГБУЗ ДГП №133 ДЗМ в 2016 и 2017 годы.

Результаты. Результаты проведенного анализа позволили установить, что менадион натрия бисульфит для специфической профилактики геморрагической болезни новорожденных применялся только у 260 детей (38.8%). Ни в одном из случаев нарушений рекомендаций по специфической профилактике геморрагической болезни новорожденных не были указаны причины, из-за которых менадион натрия бисульфит не вводился.

Выводы. Таким образом установлено, что в условиях современной клинической практики роддомов г.Москвы, имеет место крайне низкая имплементация рекомендаций по специфической профилактике геморрагической болезни новорожденных. Учитывая актуальность проблемы витамин К-дефицитной коагулопатии у новорожденных (потенциальная вероятность неблагоприятных исходов при тяжелых геморрагических нарушениях и высокий риск развития осложнений с последующей инвалидизацией у выживших детей), необходимо принятие срочных организационных мероприятий, направленных на строжайшее выполнение в роддомах г.Москвы официальных рекомендаций по специфической профилактике геморрагической болезни новорожденных.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И ВИТАМИН К ДЕФИЦИТНАЯ КОАГУЛОПАТИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ НЕДЕЛЬ И МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Айсанова М.Р., клинический ординатор кафедры педиатрии с курсом
поликлинической педиатрии им. академика Г.Н. Сперанского.

Трухина А.В., клинический ординатор кафедры педиатрии с курсом
поликлинической педиатрии им. академика Г.Н. Сперанского.

Руководитель: Заплатников А.Л., д.м.н., проф., профессор кафедры
педиатрии с курсом поликлинической педиатрии им. академика Г.Н.

Сперанского

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Уточнить роль вскармливания исключительно материнским молоком в развитии витамин К-дефицитного состояния у детей первых недель и месяцев жизни.

Материалы и методы. Проведен анализ показателей коагулограммы у 83 детей первых месяцев жизни (возраст - от 21 до 80 дней жизни, средний возраст – $43,34 \pm 1,37$ дня), находящихся исключительно на грудном вскармливании и не имеющих других факторов риска развития витамин К-дефицитного состояния. На момент обследования геморрагических проявлений у детей выявлено не было. Лабораторными критериями витамин К-дефицитного состояния считали одновременное снижение протромбинового индекса (ПТИ) и удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) при нормативных значениях тромбопластинового времени (ТВ) и фибриногена (ФГ).

Результаты. Анализ полученных данных показал, что в целом изучаемые показатели в обследованной группе детей имели нормативные значения и были представлены следующим образом: ПТИ – $87,69 \pm 2,12\%$; АЧТВ – $43,33 \pm 0,86$ сек; ТВ – $19,23 \pm 0,59$ сек; ФГ – $1,68 \pm 0,06$ г/л. В то же время следует отметить, что изменения значений витамин-К-зависимых параметров коагулограммы были выявлены у 13 из 83 обследованных детей (15,7%). При этом у детей, у которых имели место лабораторные признаки витамин К-дефицитного состояния, значения исследуемых параметров существенно отличались от среднегрупповых: ПТИ $70,62 \pm 3,99\%$; АЧТВ – $50,68 \pm 2,18$ сек. В то время как значения ТВ ($18,73 \pm 0,83$ сек) и ФГ ($1,74 \pm 0,09$ г/л.) у них были, практически, идентичны среднегрупповому уровню, и соответствовали нормативным значениям.

Выводы. Установлено, что у 15,7% детей первых недель и месяцев жизни, вскармливаемых исключительно материнским молоком, выявляются изменения в коагулограмме, свидетельствующие о снижении активности витамин К-зависимых факторов свертывания, что может быть ранним (доклиническим) признаком развития витамин К-дефицитного состояния.

Это позволяет рассматривать вскармливание детей исключительно материнским молоком в качестве одного из факторов риска по развитию дефицита витамина К, что определяет необходимость разработки действенных профилактических мероприятий для предупреждения поздней геморрагической болезни новорожденного.

ОСОБЕННОСТИ ГЕНОВ ГЛАВНОГО КОМПЛЕКСА
ГИСТОСОВМЕСТИМОСТИ II КЛАССА DRB1, DQB1 У ДОНОРОВ
РЕГИСТРА ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК,
ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ЮЖНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО
ОКРУГА

Алавердян А.И, студент 6 курса, Гусак Д.А, студентка 6 курса, Аврамова К.И, студентка 5 курса, Мищенко И.М, студентка 3 курса, кафедра гематологии и трансфузиологии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Чехонацкий И.А., клинический ординатор кафедры урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Руководитель: Шатохин Ю.В., д.м.н., проф., зав. кафедрой гематологии и трансфузиологии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

На данный момент система HLA (главный комплекс гистосовместимости) является самой изученной и самой полиморфной системой генома человека. Гены системы HLA представлены двумя основными классами: класс HLA I (гены HLA-A,-B,-C) и класс HLA II (гены HLA-DRB1, DQA1, DQB1). Гены, соответственно, кодируют молекулы класса I, которые экспрессируются на поверхности всех ядродержащих клеток, а молекулы класса II находятся на макрофагах, активированных Т-лимфоцитах и В-лимфоцитах. Генетический и

популяционный полиморфизм системы HLA выполняет важную биологическую роль по обеспечению человеку, как виду, успешного выживания в условиях воздействия неблагоприятных факторов внешней среды, прежде всего, противостояния инфекционному и паразитарному окружению. Следовательно, высокий полиморфизм системы HLA – преимущество для организма и является одним из механизмов естественного отбора.

Цель исследования. Установить распределение генов HLA II класса DRB1* и DQB1* у доноров ГСК (гемопозитических стволовых клеток), проживающих на территории Южного федерального округа.

Материалы и методы. В 2015-2018 годах проведено ДНК-типирование 694 доноров крови, давших согласие быть донорами ГСК. Это случайные, здоровые люди, считающие себя русскими, в возрасте от 18 до 42 лет. Из них – 358 – мужчины и 336 – женщины. Геномную ДНК выделяли из венозной крови доноров реагентами Protrans (DNA Box 500). Молекулярно-генетическое типирование (базовое разрешение) проводили полимеразной цепной реакцией набором сиквенс-специфических праймеров (PCR-SSP). Детекцию проводили в 2% агарозном геле с использованием электрофореза. Все исследования выполняли стандартными реактивами фирмы Protrans (Германия) по протоколу производителя.

Результаты. С высокой частотой в популяции жителей ЮФО встречались аллельные семейства гена HLA DRB1*11 (0,159), DRB1*15 (0,142), DRB1*07 (0,132), DRB1*13 (0,131), DRB1*01 (0,106), DRB1*04 (0,103). Частота гена HLA DRB1* у русских жителей ЮФО оказалась сопоставимой с его частотой в 8 популяциях русских (и жителей областей) из разных регионов России. Однако, в популяции жителей ЮФО имеются особенности в частоте распределения некоторых аллельных семейств гена DRB1.

Выводы. Установлена частота распределения генов HLA II класса DRB1*, DQB1*, гаплотипов HLA DRB1*-DQB1*, величина их неравновесного сцепления у русских жителей ЮФО. Характер распределения генов HLA DRB1*, DQB1* у исследуемых соответствует аналогичным данным для лиц

европейской расы и это позволяет отнести популяцию жителей ЮФО к европеоидам. Полученные данные могут быть использованы для успешного поиска неродственных доноров костного мозга и в качестве контрольной группы в научных исследованиях по теме «HLA и болезни».

ОСОБЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ ПАРКИНСОНИЗМА

Амикишиев Ш.Г., ординатор кафедры неврологии с курсом рефлексологии
и мануальной терапии

Руководители: Скрипкина Н.А., к.м.н., доцент кафедры неврологии с
курсом рефлексологии и мануальной терапии

Левин О.С., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии с
курсом рефлексологии и мануальной терапии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

При большинстве нейродегенеративных заболеваний отмечена тесная связь двигательных и когнитивных нарушений. Дифференцированный подход к оценке когнитивных расстройств важен, и может быть ключевым моментом в дифференциальной диагностике атипичного паркинсонизма. Целью нашей работы явилось изучение особенностей двигательных и когнитивных нарушений у пациентов с разными вариантами паркинсонизма.

Материал и методы. В исследование включены 40 пациентов с различными вариантами паркинсонизма (болезнь Паркинсона (БП), мультисистемная атрофия (МСА), прогрессирующий надъядерный паралич (ПНП)), наблюдающихся в центре экстрапирамидных заболеваний. Средний возраст составил $64,2 \pm 9,24$. (с диапазоном от 49 до 82 лет). Пациенты были разделены на 3 группы: 24 человека – болезнь Паркинсона, 5 пациентов – мультисистемная атрофия, 11 – прогрессирующий надъядерный паралич. Пациенты в 3-х группах были сопоставимы по длительности заболевания.

Проводилась оценка возраста, пола, качественная оценка симптомов паркинсонизма. Количественная оценка двигательных расстройств по шкале UPDRS-MDS III (Movement Disorder Society, 2007 г). Нейропсихологическая оценка по шкале МОСА (Nasreddine Z., 2003г.).

Результаты. Более грубый двигательный дефицит согласно III части шкалы UPDRS-MDS был отмечен у больных с МСА, в сравнении с БП и ПНП ($51 \pm 4,1$ vs $29 \pm 9,1$ и $40 \pm 6,1$ баллов соответственно, $p < 0,05$). Наиболее значимые постуральные нарушения по симптомокомплексу RIGD отмечены при ПНП $10,1 \pm 2,0$ балла, в сравнении с БП $3,4 \pm 2,0$ балла и МСА $6,75 \pm 4,2$ балла ($p < 0,05$) .

У 40% больных с синдромом паркинсонизма были выявлены значимые когнитивные нарушения с оценкой по шкале МОСА ниже 26 баллов. В группе БП когнитивные нарушения выявлены у 29 % , в группе МСА 25%, в группе ПНП у 71% пациентов. Были выявлены особенности когнитивного снижения: в группе БП в сравнении с МСА отмечены более грубые нарушения абстрактного мышления ($p < 0,05$), а в группе ПНП отмечена достоверно более низкая фонетическая речевая активность в сравнении с БП и МСА ($0,14 \pm 0,57$ балла vs $0,74 \pm 0,46$ и $0,5 \pm 0,58$ соответственно,). Была выявлена отрицательная корреляционная зависимость между суммарным баллом по МОСА и баллом по RIGD ($r = -0,7$, $p < 0,05$).

Выводы. Более выраженные двигательные расстройства отмечены у пациентов с МСА и ПНП. Наибольшее различие между группами паркинсонизма выявлено по показателям постуральных нарушений и речевой дисфункции. Наличие когнитивных нарушений при паркинсонизме связано с более выраженными нарушениями ходьбы и постуральной устойчивости.

ТРАНСБРОНХИАЛЬНАЯ ЛЕГОЧНАЯ БИОПСИЯ ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Амиров М.З., ординатор кафедры эндоскопии

Руководитель: Мальцева И.М., к.м.н., доцент кафедры эндоскопии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель. Оценить эффективность трансбронхиальной легочной биопсии при периферических образованиях легких.

Материалы и методы. С 2016г по 2018гг в торакальное и пульмонологическое отделения ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ» поступил 71 пациент: мужчин – 41; женщин -30, в возрасте от 33 до 80 лет, которым потребовалось выполнение трансбронхиальной легочной биопсии по поводу как очаговых, так и диффузных изменений легких. 66 больных поступило с диагнозом периферическое образование легкого; с диагнозом саркоидоз 5 пациентов. Преимущественно поражалось правое легкое у 45 больных, и у 26 пациентов с поражением левого легкого, в верхних долях патологию обнаружили у 19 больных; в средней доле у 11; в нижних долях - у 30 больных. Размеры патологического образования варьировали от 8мм до 76мм.

Бронхоскоп под визуальным контролем подводился к устью сегментарного или субсегментарного бронха, через биопсийный канал эндоскопа проводили биопсийные щипцы. Под контролем рентгена выполняли щипцевую биопсию из патологического очага после контроля расположения биопсийных щипцов в прямой и боковой проекциях. При диффузных изменениях легких щипцы под контролем рентгена проводили в плащевую зону легкого на расстояние 1 см от реберной дуги. Биопсию выполняли на максимальном выдохе пациента. Количество биоптатов не превышало 7.

Результаты. По результатам биопсии диагностировали аденокарциному у 33 больных, саркоидоз у 11, гемангиоэндотелиому у 1, перстневидноклеточный рак у 2, гамартому у 1, мелкоклеточный рак у 3, низкодифференцированный рак у 3, аденоматозный тип гиперплазии - у 1, пневмокониоз - у 5 пациентов. У 11 больных результаты оказались

неинформативными. Детализируя неинформативные биопсии, морфологически определялась неизменная ткань легких или слизистая бронхов. Повторная трансбронхиальная легочная биопсия выполнена 11 больным, в том числе дважды у 4 человек - все результаты были отрицательные. Осложнений не было. Из всех больных было прооперировано 35 пациентов по поводу периферического рака легкого. Судьба остальных больных неизвестна.

Выводы. Трансбронхиальная легочная биопсия является наиболее информативным и безопасным способом морфологической верификации периферического образования в легких. Точность диагностики составила 86%.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ NAVA-РЕЖИМА – НЕЙРОСПЕЦИФИЧНОГО РЕЖИМА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Анурьев А.М., аспирант кафедры анестезиологии и реаниматологии

Руководитель: Горбачев В.И., д.м.н., проф., заведующий кафедрой
анестезиологии и реаниматологии

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Иркутск

NAVA – единственный режим искусственной вентиляции легких (далее - ИВЛ), в котором используется электрическая активность диафрагмы для запуска и управления работой вентилятора. Данный режим позволяет проводить контролируемую ИВЛ, посредством нервной обратной связи и обеспечивает респираторную поддержку в соответствии с потребностями пациента, что крайне необходимо для детей с очень низкой массой тела (далее - ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (далее - ЭНМТ) при рождении. В нашей стране практически нет данных по применению NAVA-

режима у недоношенных детей, а зарубежные источники свидетельствуют об использовании этого режима исключительно для отлучения от вентиляции.

Цель исследования. Оценить эффективность применения NAVA-режима ИВЛ у недоношенных новорожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование эффективности использования NAVA-режима ИВЛ у недоношенных новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ при рождении. В исследование включались недоношенные дети, требовавшие с рождения проведения ИВЛ, гестационный возраст детей составил 25-32 недели, вес – 680-1700 граммов. В зависимости от режима вентиляции, было сформировано две группы детей. Детям первой группы (20 детей) проводилась ИВЛ в режиме с контролем по давлению, детям второй группы (20 детей) – в режиме NAVA. Оценивали параметры и длительность ИВЛ, показатели системной и церебральной гемодинамики, газового состава венозной крови, необходимость применения кардиотонической поддержки. При рождении и на 7 сутки жизни проводили забор венозной крови для определения уровня малонового диальдегида, глутатиона и глутатионтрансферазы, как показателей процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы. Статистическая обработка данных проводилась с помощью прикладных программ STATISTICA v.6.0 for Windows. Анализ статистической значимости различий качественных признаков проведен с помощью двустороннего точного критерия Фишера. За уровень статистической значимости принят $p < 0,05$.

Результаты. У детей второй группы при проведении ИВЛ были зарегистрированы более низкие значения пикового давления – $18,2 \pm 2,1$ см H_2O , у детей первой группы – $24,3 \pm 2,3$ см H_2O . Недоношенные, которые получали респираторную поддержку в NAVA-режиме, были экстубированы на 2-3 дня раньше. Существенных различий в показателях системной и церебральной гемодинамики у детей не наблюдалось. В газовом составе крови у детей первой группы преобладала гипокапния и респираторный

алкалоз: pCO_2 – $28,6 \pm 4,9$ мм.рт.ст., pH $7,48 \pm 0,05$. У детей второй группы показатели были в пределах референсных значений. Кроме того, у детей первой группы чаще наблюдалось повышение уровня малонового диальдегида и снижение концентрации глутатиона, при этом показатели коррелировали с тяжестью состояния.

Выводы. При проведении ИВЛ в режиме NAVA у недоношенных новорожденных используются более «щадящие» параметры, так как обеспечивается респираторная поддержка в соответствии с потребностями пациента. Использование NAVA-режима сокращает длительность ИВЛ у данных детей. Адекватная ИВЛ с применением NAVA-режима позволяет поддерживать постоянство газового состава крови и предупреждает активацию перекисного окисления липидов.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ В ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Апросимов А.Л.³, студент, Гаина О.В.³ студент, Пирогов Н.В.³, студент;
Гончарук Д.А.¹, врач-уролог, аспирант, старший лаборант кафедры урологии
и хирургической андрологии,

Руководитель: Велиев Е.И.^{1,2}, д.м.н., профессор кафедры урологии и
хирургической андрологии, заведующий урологическим отделением;

¹ ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

² ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ»

³ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,

Цель исследования. Выявить степень гетерогенности рака предстательной железы (далее - РПЖ) путем оценки отдаленных

онкологических результатов внутри популяции пациентов с низкой степенью злокачественности.

Материалы и методы. 528 пациентов с клинически локализованным РПЖ и дооперационным индексом Глисона 6 (3+3). Все пациенты были распределены на 3 группы: Группа 1 ($n=151$) - Глисон 6, плотность ПСА $< 0,15 \text{ нг/мл/см}^3$, ≤ 4 положительных биоптата, $< 50\%$ поражения биопсийных столбиков, Группа 2 ($n=229$) - Глисон 6, ПСА $< 10 \text{ нг/мл}$ и Группа 3 ($n=148$) - Глисон 6, ПСА $> 10 \text{ нг/мл}$.

Результаты. Медиана послеоперационного наблюдения для общей группы пациентов составила 34 месяца (максимальный срок наблюдения 83 месяца). Биохимический рецидив (БХР) в нашем исследовании определялся как повышение уровня ПСА после оперативного лечения $> 0,2 \text{ нг / мл}$ минимум в двух последовательных измерениях. Медиана времени до развития БХР в популяции исследования составила 12 (3–77) мес. В наших предыдущих исследованиях было установлено, что подавляющее большинство БХР выявляется в первые 2 года после РПЭ, а рецидив в течение первого года сопровождался наибольшей частотой клинической прогрессии, метастазирования и смерти от РПЖ. Из общего количества прооперированных пациентов БХР наблюдался у 47 пациентов, у 43 (89%) из которых БХР произошел в течение первых 2 лет с момента операции. Наименьшее количество БХР наблюдалось в Группе 1 - 1,3%, в группе 2 и 3 – 7,86 и 14,19%, соответственно. Безрецидивная выживаемость в течение 2 лет после операции также различалась между группами. По данным критериев Манна-Уитни обнаружена статистическая разница во времени наступления БХР между Группами 1 и 2 ($p=0,002$), 1 и 3 ($p=0,0001$), между Группами 2 и 3 статистической разницы не обнаружено ($p=0,031$). С клинической точки зрения идентификация разницы между Группой 1 и Группой 3 не сильно важна, т.к. уровень ПСА $> 10 \text{ нг/мл}$ уже определяется как промежуточный или высокий риск РПЖ. Определение разницы между Группой 1 и Группой 2 несет куда большее значение. В течение двух лет наблюдения после

операции в Группе 1 не наблюдалось ни метастатического поражения, ни смерти среди пациентов от РПЖ.

Выводы. На основании онкологических результатов между исследуемыми группами прослеживается гетерогенное «поведение» РПЖ Глисон 6 (3+3). Группа 1 продемонстрировала отсутствие развития метастатического поражения и раковоспецифической смертности, и также наименьшую вероятность развития БХР в течение 2 лет после операции.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ ПЕРИТОНИТЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ И ЕГО БЕЗОПАСНОСТЬ

Арутюнян А.С., ординатор кафедры неотложной и общей хирургии.

Руководитель: Благовестнов Д.А., д.м.н., профессор, заведующий
кафедрой неотложной и общей хирургии, декан хирургического
факультета

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Острый аппендицит занимает первое место по оперативной активности среди острой абдоминальной хирургической патологии и более чем в 20% случаев является причиной перитонита. Среди больных острым аппендицитом, до 65% имеют осложнённые формы, что является причиной увеличения послеоперационной летальности: при неосложненном остром аппендиците показатели летальности не превышают 0,3 %, в случае развития разлитого гнойного перитонита - 4,5-58%.

В настоящее время, литературные данные разнятся в результатах использования лапароскопического (далее - ЛС) метода при распространенном перитоните аппендикулярного генеза, консенсуса среди авторов нет.

Материалы и методы. За 2016 - 2017 гг. при выполнении ЛС диагноз острого аппендицита установлен у 634 пациентов. Их них, у 156 больных (24,6%) острый аппендицит был осложнен перитонитом. В 101 (64,7%) наблюдении- местная форма перитонита, у 55 (35,3%) пациентов - распространенный перитонит. Из их числа, у 50 пациентов (32,0%) выявлен диффузный перитонит и у 5 (3,3%) - разлитой. Для классификации распространенности перитонита использовались рекомендации РАСХИ (2017), для оценки послеоперационных осложнений - классификация Clavien-Dindo (2004), для классификации спаечного процесса в брюшной полости - классификация Блинникова О.И. (1993).

Результаты. 55 больным с распространенным перитонитом была выполнена ЛС. Среди них, у 45 диагностическая ЛС перешла в лечебную: 43 (78,2%) - при диффузном перитоните и 2 (3,6%) – при разлитом.

10 больным (18,2%) при ЛС установлены показания к конверсии. У одного больного (1,8%) с диффузным перитонитом и явлениями тифлита - выполнение атипичной обработки купола слепой кишки в области основания отростка. У 6 больных (10,9%) с диффузным перитонитом- наличие рубцово-спаечного процесса, затрудняющего верификацию тканей (III - IV степень) и выполнение адекватной ревизии и санации, а у 3 пациентов (5,5%) с разлитым гнойным перитонитом и парезом кишечника – необходимость полноценного осмотра брюшной полости и назоинтестинальной интубации.

Послеоперационные осложнения после ЛС аппендэктомии (ЛСА) были отмечены у 4 пациентов (8,9%). У 2 из них (4,45%) с диффузным перитонитом были диагностированы и дренированы под УЗ-наведением послеоперационные интраабдоминальные абсцессы (POIAA), лечение в условиях ОРИТ не потребовалось (IIIa тип). Сроки стационарного лечения- 10 и 12 суток. После ЛСА при разлитом перитоните, осложнения отмечены в обоих случаях: несостоятельность культи червеобразного отростка с формированием наружного толстокишечного свища у одного больного и тяжелый парез кишечника с явлениями тонкокишечной непроходимости и

продолжающегося перитонита - у второго, в связи с чем ему потребовалась интенсивная терапия в условиях ОРИТ в течение 5 суток (IV тип). Продолжительность госпитализации составила 20 и 24 суток соответственно.

После открытой аппендэктомии при разлитом перитоните у 2 больных послеоперационный период протекал гладко: продолжительность стационарного лечения составила 10 и 12 дней.

Летальных исходов среди пациентов, оперированных ЛС с распространенным перитонитом аппендикулярного генеза, не было.

Выводы. Выполнение ЛСА при распространенном перитоните допустимо и может быть безопасно при его диффузной форме. В условиях разлитого перитонита полученные результаты указывают на целесообразность конверсии доступа.

ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА

Асадуллина Г.Т., ординатор кафедры терапевтической, детской стоматологии
и ортодонтии

Руководитель: Рувинская Г.Р., к.м.н., доцент кафедры терапевтической,
детской стоматологии и ортодонтии

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

В ранней классификации болезней пародонта, утвержденные на XVI Пленуме Правления Всесоюзного общества стоматологов 1983 г, классификационная группа «III. Синдромы, проявляющиеся в тканях пародонта» обозначалась ранее как идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующим лизисом кости. В эту группу включены поражения пародонта при синдромах Иценко-Кушинга, Элерс-Данлоса, Шедиака-Хигаши, Дауна, болезнях крови, синдром Папийона-Лефевра и т.д.

Синдром Папийона-Лефевра (ладонно-подошвенный дискератоз) - редко встречающееся заболевание, которое наследуется по аутосомно-рецессивному типу и характеризуется сочетанием ороговения внутренних поверхностей ладоней и подошв с воспалительно-деструктивными изменениями пародонта. Эти клинические проявления имеют метаболическую основу - нарушение триптофанового обмена, обусловленное мутацией гена, ответственного за продукцию и функцию фермента катепсина С. Прогрессирующее поражение пародонта появляется сразу после прорезывания первых зубов и приводит к преждевременной потере временных и постоянных зубов. К 4-5 годам ребенок теряет все временные зубы, к 12-14 годам все постоянные. Гингивит быстро переходит в пародонтит, образуются пародонтальные карманы с гнойными выделениями и грануляциями, абсцедированием, развивается деструкция пародонта, обнажаются корни зубов, зубы становятся подвижными, изменяют свое положение, выпадают.

Клинический случай. Родители девочки М. 4-х лет обратились с жалобами на раннее выпадение временных зубов и запах изо рта ребенка. Со слов родителей, зубы начали прорезываться вовремя, но спустя некоторое время начали расшатываться и выпадать. Семейный анамнез: девочка пришла с обоими родителями и со своей сестренкой, у которой в ладонях и на подошвах ножек наблюдается та же картина. Семья родом из Средней Азии, предполагается родственный брак.

Внешний осмотр - на ладонях и подошвах ребёнка массивные роговые наслоения, явления повышенного ороговения и десквамации эпидермиса, а также участки эрозий на местах изгиба пальцев. Осмотр полости рта показал, что присутствуют всего лишь 3 временных зуба: 5.5, 7.5, 8.5. Слизистая оболочка десны отечна в области зубов 5.5, 7.5 и 8.5. У зубов определяются пародонтальные карманы на 2/3 длины корня, серозного или гнойного экссудата не обнаружено. Подвижность зубов 2-ой степени (по Энтину). Следует отметить наличие галитоза.

На основании данных проведенного обследования пациентке поставлен диагноз: K05.5. Идиопатическое поражение, проявляющееся в тканях пародонта, при синдроме Папийона-Лефевра. Для подтверждения диагноза (генетическая экспертиза) и дальнейшего лечения пациентка направлена в Детскую республиканскую клиническую больницу.

В лечении таких пациентов решающее значение имеет именно междисциплинарный подход нескольких специалистов: дерматолога, педиатра, эндокринолога, пародонтолога, стоматолога-ортопеда и т.д. Все зубы выпадают до 20-30 лет, но, в основном, прогноз качества жизни – благоприятный.

Выводы. Характерно, что врач-стоматолог, как правило, встречаясь с идиопатическим поражением пародонта при синдроме Папийона-Лефевра, может проводить только симптоматическое лечение, устраняя по мере сил приносящие пациенту страдания. В основном это противовоспалительные и антимикробные меры, удаление гиперпластических разрастаний, устранение болей. Учитывая, что заболевание проявляется именно в полости рта, стоматолог обязан своевременно направить пациента к врачу общего профиля, педиатру, либо конкретно к эндокринологу, а в последующем поддерживать постоянный контакт с ним, определяя характер лечебных воздействий.

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОГНОЗИРОВАНИЮ БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Асоскова А.В., аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии
Руководители: Кубанов А.А., член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор
кафедры дерматовенерологии и косметологии

Сычев Д.А., член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор кафедры
клинической фармакологии и терапии

Псориаз относится к числу наиболее распространенных заболеваний кожи. Согласно данным эпидемиологических исследований, распространенность псориаза в мире колеблется от 0,6 до 5%, составляя в среднем 3%.

Одним из препаратов выбора для системного лечения среднетяжелых и тяжелых форм псориаза является метотрексат, однако, у 60% пациентов на фоне лечения возникают нежелательные лекарственные реакции, главной причиной которых является цитотоксическое действие препарата на делящиеся клетки, в первую очередь костного мозга, эпителия желудочно-кишечного тракта и гепатоциты. При этом у 30% пациентов токсическое действие метотрексата приводит к необходимости отмены препарата. В связи с этим прогнозирование безопасности терапии псориаза метотрексатом является весьма актуальным.

Цель исследования. Провести анализ данных современных исследований, посвященных изучению безопасности терапии псориаза с помощью препарата метотрексат.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ литературы с использованием ресурсов Elibrary, Medline/PubMed, Scopus, Springer, Web of Science, и другие литературные данные в период 2013–2018 г. Использовались ключевые слова: псориаз, профиль безопасности метотрексата, токсичность метотрексата, фармакогенетика метотрексата, psoriasis, methotrexat-induced toxicity, pharmacogenetics, drug toxicity, hepatotoxicity.

Результаты. Риск возникновения нежелательных лекарственных реакций (НЛР) зависит от многих факторов, среди которых имеют значение возраст пациента, наличие тяжелой соматической патологии, недостаточное поступление фолатов в организм, употребление алкоголя, межлекарственные взаимодействия. Однако на сегодняшний день установлено, что одной из

важнейших причин индивидуальных различий в фармакологическом ответе на лечение метотрексатом являются генетические особенности пациентов, определяющие до 50% всех атипичных фармакологических ответов. Согласно данным современных фармакогенетических исследований, среди факторов, влияющих на терапевтическое действие метотрексата, и, в частности, его безопасность, большая роль отводится однонуклеотидным полиморфизмам в генах, определяющих индивидуальные особенности фармакокинетики метотрексата. Согласно данным фармакогенетических исследований, риск развития НЛР при лечении метотрексатом увеличивается при носительстве полиморфизмов в генах *SLC19A1*, *SLC46A1*, *ABCG2*, *ABCC1*, *ABCB1*, *SLCO1B1*. По данным литературы, у носителей ОНП rs868755 гена *ABCB1* токсическое действие метотрексата проявляется чаще у гомозигот Т/Т (в 65,5% случаев), чем у гетерозигот (в 40,2% случаев). У носителей аллеля Т/Т ОНП rs10280623 гена *ABCB1* неблагоприятное действие метотрексата возникает чаще (в 47,1% случаев), чем у носителей аллеля С (в 31,5% случаев). У носителей аллеля G гена *SLC19A1* в локусах rs7499 и rs1051266, аллеля А гена *SLC19A1* в локусе rs2838956 и аллеля Т гена *SLCO1B1* в локусе rs4149056 риск возникновения НЛР со стороны желудочно-кишечного тракта возрастает в 9,5 раз по сравнению с пациентами, не являющимися носителями таких полиморфизмов. У носителей аллеля G гена *SLC19A1* в положении rs7499, которые являются гомозиготами по аллелю G гена *SLC46A1* в положении rs2239907 и носителями аллеля Т гена *SLCO1B1* в локусе rs4149056, токсические явления метотрексата возникают в 18 раз чаще. Наличие полиморфизмов rs11075291, rs1967120, rs3784862, rs246240, rs3784864 и rs2238476 гена, кодирующего белок *ABCC1* ассоциировано со значительным повышением риска развития гепатотоксичности и НЛР со стороны желудочно-кишечного тракта.

Выводы. Актуальным является выявление ассоциаций у больных псориазом, что позволит установить связь профиля безопасности препаратов метотрексата с его фармакогенетическими особенностями и разработать

клинико-лабораторный подход к персонализированному выбору фармакотерапии псориаза, позволяющий прогнозировать ответ на терапию и тяжесть токсических явлений при лечении метотрексатом.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНВЕРСНЫХ АКНЕ

Асоскова А.В., аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии

Руководители: Кубанов А.А., член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор
кафедры дерматовенерологии и косметологии

Галлямова Ю.А., д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии и
косметологии

Сысоева Т.А., к.м.н, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение. Инверсные акне (ИА) или гнойный гидраденит – хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся возникновением болезненных узлов и абсцессов, приводящих к образованию свищей и рубцеванию. Патологический кожный процесс локализуется на участках расположения апокриновых желез: в подмышечных и ягодичных областях, паховых складках, в области молочных желез и наружных половых органов. Заболевание трудно поддается лечению и оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов.

Клинический случай. Пациентка К., 23 лет, обратилась с жалобами на воспалительные папулы, пустулы, болезненные узлы, абсцессы и свищевые ходы, локализующиеся на коже спины, паховой области и подмышечных складок. Кроме того, была обнаружена пилоноидальная киста без признаков воспаления. Впервые появление глубоких воспалительных узлов в паховой области пациентка отметила в 14 лет после первой менструации. Лечение заболевания не приводило к полной ремиссии, и с течением времени высыпания распространялись на другие участки кожи. На основании наличия

основных диагностических критериев ИА: клинической картины (типичного характера и локализации высыпаний) и хронического течения заболевания пациентке был выставлен диагноз «Гидраденит суппуративный». Наличие пилоноидальной кисты и лишнего веса у пациентки также косвенно подтвердило диагноз. Согласно классификации ИА по Харли состояние пациентки соответствовало 2 стадии (наличие абсцессов, свищей и распространенный кожный патологический процесс) и тяжелому течению (наличие более 5 абсцессов и более 10 воспалительных узлов).

Из анамнеза известно, что заболевание не поддавалось лечению с помощью антибиотикотерапии: между курсами состояние пациентки усугублялось. Пациентка получала изотретиноин в дозе 0.5 мг/кг в сутки в течение 9 месяцев без значительного улучшения. В связи с неэффективностью изотретиноина нами был назначен ацитретин, однако, в ходе терапии у пациентки развился эрозивный гастрит, в связи с чем лечение было отменено. При неэффективности терапии пациентка прибегала к хирургическому лечению. Пациентка применяла обезболивающие препараты без выраженного положительного эффекта.

Психо-эмоциональное состояние пациентки, вызванное сильными болями, привело к негативным последствиям: пациентка пыталась облегчить боль, вскрыв абсцессы самостоятельно, что привело к госпитализации в результате развития сепсиса. В соответствие с дерматологическим индексом качества жизни заболевание существенно снизило качество жизни пациентки. Пациентка предъявляла жалобы на раздражительность, депрессию и нарушение сна. Наиболее выраженной была жалоба пациентки на боль: сила боли по визуальной аналоговой шкалы оценки боли была максимальной.

Для дальнейшего лечения пациентки планируется терапия метотрексатом после окончания терапии эрозивного гастрита.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует важность мультидисциплинарного подхода к лечению ИА с привлечением врачей-

дерматологов, хирургов и психологов, и необходимость индивидуализированного подхода к пациенту, что позволит подобрать оптимальную тактику лечения и обеспечить должную психологическую поддержку пациентам.

СОН И ИНСУЛЬТ

Ахмадулина А.О., ординатор 2 года кафедры неврологии с курсом

рефлексологии и мануальной терапии

Руководители: Левин О.С., д.м.н., проф., заведующий кафедрой неврологии с

курсом рефлексологии и мануальной терапии

Яковлева О.В., к.м.н., ст.лаб. кафедры неврологии с курсом рефлексологии и

мануальной терапии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Инсульт является серьезной проблемой глобального здоровья и считается второй ведущей причиной смерти и основной причиной инвалидности взрослых по всему миру. Современные данные свидетельствуют о тесной связи инсульта и нарушений сна. Так, общая продолжительность и различные расстройства сна могут увеличивать риск инсульта и, наоборот, цереброваскулярные события могут изменить режим и дыхательные паттерны сна.

Цель исследования. Оценить распространенность нарушений сна среди пациентов с перенесенным инсультом, а также частоту нарушений сна в зависимости от типа, подтипа и локализации инсульта.

Материалы и методы. Было отобрано 40 больных с инсультом в остром периоде (26 мужчин и 14 женщин), среди которых 32 пациента с ишемическим типом, 8 - с геморрагическим. Средний возраст больных составил $64,3 \pm 15,6$ лет. Оценка тяжести инсульта производилась по шкале NIHSS и шкале Рэнкина. Была проведена оценка наличия факторов риска у пациентов, перенесших инсульт (артериальная гипертензия (АГ), сахарный

диабет (СД), мерцательная аритмия (МА), инфаркт миокарда (ИМ) и ОНМК в анамнезе, дислипидемия, ожирение, курение, прием алкоголя). Когнитивная сфера оценивалась с использованием шкал MMSE и МОСА, аффективные расстройства по шкале HADS. Для оценки нарушений сна и бодрствования были использованы: анкета балльной оценки субъективных характеристик сна (Я.И. Левин, 1995), Берлинский опросник для выявления апноэ сна, Эпвортская шкала.

Результаты. Частота синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) среди обследованной группы пациентов составила 50%, удельных вес пациентов с инсомнией – 40%, с дневной сонливостью – 50%. СОАС у пациентов с инсультом сочетается с более высоким показателем ИМТ ($r=0,65$), а также, высоким уровнем глюкозы плазмы крови ($r=0,48$). Выявлены следующие факторы риска развития инсомнии у пациентов, перенесших инсульт: возраст ($r=-0,48$), наличие АГ ($p=0,035$), несоблюдение приема антигипертензивных препаратов ($p=0,05$), наличие СОАС ($p=0,098$), аффективных нарушений. Для пациентов с дневной сонливостью (ДС) отмечена корреляционная взаимосвязь с: ИМТ ($r=0,46$), наличием нарушений сна ($r=-0,73$), аффективных расстройств ($r=0,45$, $p<0,05$). Локализация очага инсульта в левом полушарии была связана с большей частотой патологической дневной сонливости в сравнении с правополушарной локализацией. ($p=0,036$). Достоверных различий в зависимости от типа и локализации очага инсульта для пациентов с СОАС, инсомнией не выявлено. Количество ночных пробуждений коррелировало со степенью выраженности пареза верхней ($r=0,63$), нижней конечностей ($r=0,53$), а также тяжести инсульта по шкале NIHSS при поступлении в стационар ($r=-0,44$). У пациентов с большей степенью инвалидизации на момент выписки из стационара (высокие баллы по шкале Рэнкин) отмечены более высокие баллы по шкале ESS ($r=0,477$). Пациенты с когнитивными нарушениями имели более низкую субъективную оценку качества сна (по шкале МОСА ($r=0,63$), MMSE ($r=0,61$)).

Выводы. Нарушение сна является частым симптомом при ОНМК. Выявлена связь ДС с левополушарной локализацией очага поражения. Ключевыми факторами риска расстройств сна и бодрствования являются возраст, высокий ИМТ, наличие аффективных нарушений, а также несоблюдение режима приема гипотензивных препаратов. Нарушения сна и бодрствования ассоциированы с тяжелым течением инсульта, значимым когнитивным дефицитом, а также с большей степенью инвалидизации в остром периоде.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ахматов Р.А. ординатор 2 года кафедра детской хирургии

Руководитель: Соколов Ю.Ю. д.м.н. профессор

ФГБОУ ДПО РМАНПО г. Москва

Лапароскопическая хирургия поджелудочной железы (ПЖ) все еще остается относительно новым разделом минимально инвазивной хирургии детского возраста. Редкость встречаемости патологии, забрюшинное расположение ПЖ, близость крупных сосудов и необходимость в выполнении реконструктивных вмешательств требуют от детских хирургов высокой подготовленности в миниинвазивной хирургии. Приводим наш опыт применения лапароскопии у детей с кистозными поражениями ПЖ.

Результаты. С 2013 года лапароскопические операции были выполнены у 63 детей с различными врожденными и приобретенными заболеваниями ПЖ. Из них у 26(39,7%) больных были диагностированы кистозные поражения ПЖ: посттравматическая или постнекротическая псевдокиста имела у 9, солидно-псевдопапиллярная опухоль (СППО) – у 9, кистозное удвоение желудка с локализацией в ПЖ – у 3, врожденная

интрапаренхиматозная киста имела у 2, лимфангиома – у 2, эхинококковая киста – у 1.

Были выполнены следующие лапароскопические вмешательства: экстирпация или фенестрация кистозных образований (8), наружное или внутреннее (цистоеюностомия с выключенной по Ру петель тощей кишки) дренирование панкреатических кист (8), дистальная резекция ПЖ с сохранением селезенки (4), центральная резекция ПЖ с дистальным панкреатоеюноанастомозом (2) или гастроеюноанастомозом (1), цистэктомия с продольным панкреатикоеюноанастомозом по Reustow(2).

Конверсия отмечена в 1 (8.0%) случае и была связана с большими размерами СППО. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 2 (8,0%) больных: панкреатический свищ – у одного ребенка и спаечная кишечная непроходимость – у другого больного. В отдаленные сроки у 1 больного после эхинококкэктомии сформировалась панкреатическая киста, что потребовало открытого наложения цистоеюноанастомоза с выключенной по Ру петель.

Выводы. Лапароскопия является эффективным и малотравматичным методом лечения детей с кистозными образованиями ПЖ. Объем лапароскопических вмешательств определяется видом патологии ПЖ, возрастом больных и возникшими осложнениями.

- Б -

**ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАНОСТИКА ОТЕЧЕСТВЕННОЙ
ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ ВИДЕОСИСТЕМОЙ НЕМЫШЕЧНО-
ИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

Бабаев А.Б., аспирант кафедры урологии и хирургической андрологии

Руководитель: Лоран О.Б. д.м.н., профессор, академик РАН, заведующий кафедрой урологии и хирургической андрологии ГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России

ГБУЗ «ГКБ им. С.П.Боткина ДЗМ», г. Москва

Рак мочевого пузыря (РМП) занимает 7-е место по распространенности среди злокачественных новообразований в мире. Немышечно-инвазивный рак мочевого пузыря (НМИРМП) характеризуется непрерывно прогрессирующим течением с частыми рецидивами. Золотой стандарт лечения НМИРМП — трансуретральная резекция (ТУР), однако частота возникновения рецидивов после ТУР крайне высока (50–90 %). Рецидивы связаны с множественностью опухолевых зачатков, не выявляемых очагов carcinoma in situ (CIS), недостаточным объемом хирургического пособия и возможностью имплантации опухолевых клеток во время операции.

В настоящее время уделяется большое внимание лечению онкологических заболеваний с применением фотодинамической диагностики (ФДД) и терапии (ФДТ), получившие названия фотодинамическая тераностика (ФТ). Фотодинамическую тераностику в комбинации с традиционными методами лечения применяют в качестве первичного, противорецидивного лечения.

Цель исследования. Оценка эффективности применения фотодинамической тераностики отечественной флуоресцентной видеосистемой + ТУР при лечении больных с немышечно-инвазивным РМП.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 35 пациентов в возрасте 60 ± 5 лет с немышечно-инвазивным РМП (в стадии Ta-T1-Tis).

Всем пациентам проводилось стандартное урологическое обследование.

Для проведения ФТ применяли отечественный фотосенсибилизатор - аласенс, использовалась отечественная флуоресцентная видеосистема,

производства института общей физики им. А. М. Прохорова РАН (Г.Москва).

Методика проведения исследования. На первом этапе проводили рутинное цистоскопическое исследование в белом свете. На втором этапе исследования интраоперационно без потери времени измерялось интенсивность флуоресцентно-положительных (накопления фотосенсибилизатора) областей. При этом оказывается, что флуоресценция злокачественных образований в среднем 4 и более раз выше, чем доброкачественных изменений. Далее выполняли ТУР опухоли мочевого пузыря до глубокого мышечного слоя, а затем под визуальным контролем проводили локальное облучение зоны резекции и окружающих тканей лазером. Контрольное обследование при НМИРМП основано на регулярной цистоскопии, больным после операции каждые 3 месяца в течение года выполняли цистоскопию и ультразвуковое исследование мочевого пузыря для оценки эффективности лечения.

Результаты. Из 35 пациентов, включенных в группу исследования, у 25 пациентов всего было выявлено 56 участков слизистой, флуоресцирующих при ФДД и неизмененных в белом свете. При ФДД в 13(23.2 %) участках, пропущенных при стандартной цистоскопии в белом свете, выявлен рак. Проявлений системной токсичности при ФТ отмечено не было.

У 4 (11.4 %) больных из 35 находившихся под наблюдением, рецидивы РМП были выявлены при контрольных обследованиях на сроках 9 и 12 месяцев после операции с изначально множественными очагами опухоли.

Выводы. Исследование показало значительную разницу в радикальности ТУР с интраоперационной ФТ отечественной флуоресцентной видеосистемой по сравнению со стандартной ТУР МП.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЛАСТИКИ БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ БЕЗ ПОЛНОГО ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ЗАДНЕЙ ПОЛУОКРУЖНОСТИ СПОНГИОЗНОГО ТЕЛА

Баранов Д.А., ординатор (очная форма обучения), кафедра урологии и
хирургической андрологии

Руководитель: Богданов А.Б., к.м.н., доцент кафедры урологии и
хирургической андрологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Предложенный вариант оперативного лечения носит малоинвазивный характер по сравнению с классической техникой пластики уретры по типу конец в конец за счет отсутствия выделения задней полуокружности спонгиозного тела уретры и пересечения его, что несет в себе снижение объема хирургической травмы, более быстрое восстановление, снижение морбидности и числа послеоперационных осложнений. В исследовании оценена эффективность пластики уретры конец в конец без полного пересечения спонгиозного тела.

Материалы и методы. С июня 2016 года по февраль 2019 года в клинике урологии РМАНПО 12 пациентам была проведена анастомотическая пластика уретры по поводу стриктуры бульбозного отдела уретры. При этом 2 пациента имели в анамнезе перелом костей таза (2), четверо перенесли гонорейную инфекцию (4), двое имели в анамнезе тупую травму промежности (2) и четыре пациента имели стриктуры ятрогенного генеза (4). Все 12 пациентов перенесли пластику уретры конец в конец без полного пересечения дорсальной стенки спонгиозного тела. Из этих пациентов 7 (58,33%) в прошлом перенесли хирургические вмешательства, включая внутреннюю оптическую уретротомию и бужирование уретры. Успех оперативного вмешательства характеризовался восстановлением естественного мочеиспускания с объемной скоростью микции не менее 13 мл/сек, стерильной мочой.

Результаты. Средний возраст пациентов, подвергшихся оперативному вмешательству составил 50 лет. Средняя протяженность стриктуры составила 1,83 см, а среднее время оперативного вмешательства – 145 минут. Медиана послеоперационного койко-дня составила 4,5 суток. Уретральный катетер удалялся на 10 день после оперативного вмешательства. Медиана объемной скорости мочеиспускания составила – 21 мл/сек, при этом среди прооперированных пациентов максимальная скорость потока мочи составила 35 мл/сек, а минимальная – 12 мл/сек. Медиана суммы баллов по шкале МИЭФ составила 19, баллов (максимум 25, минимум 12)

Выводы. Таким образом, учитывая удовлетворительное качество мочеиспускания в послеоперационном периоде, сохранную эректильную функцию и более низкий объем хирургической травмы, способствующий более быстрому восстановлению и снижению числа послеоперационных осложнений, пластика уретры по типу конец в конец без полного пересечения спонгиозного тела может быть рекомендована пациентам, как альтернатива классической техники.

ЦИФРОВАЯ АУСКУЛЬТАЦИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ В ПЕДИАТРИИ

Баязитов Р.Р., студент 6 курса педиатрического факультета,
кафедра педиатрии и неонатологии

Руководитель: Вихарева Е.Г., к.м.н., асс. кафедры педиатрии и неонатологии
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск

Цель исследования. Изучить и внедрить метод цифровой аускультации в диагностическую практику врача-педиатра.

Материалы и методы. Электронный стетофонендоскоп, сконструированный в лаборатории Ижевской Государственной Медицинской Академии, позволяет усиливать звуковые аускультативные явления, дает возможность

выбирать частотные режимы работы для более эффективной диагностики, а также имеет возможность записывать получаемые данные на электронные носители. Методом цифровой аускультации обследовали группу пациентов (n=80) детского хирургического, пульмонологического отделений и отделения патологии новорожденных РДКБ г. Ижевска. Цифровая аускультация проводилась в стандартных топографических областях. При этом использовался электронный стетофонендоскоп собственной конструкции. Классическая аускультация проводилась согласно пропедевтическим постулатам обычным врачебным стетофонендоскопом. Каждый ребенок был обследован дважды: электронным и стандартным стетофонендоскопом.

Результаты. В результате сравнения двух методов аускультации было выяснено, что цифровая аускультация является более эффективной. Из 80 (100%) обследованных пациентов у 55 (69%) пациентов классическая аускультация была недостаточно информативна: не были слышны аускультативные явления, т.к. их заглушали другие звуки. Цифровая аускультация позволила получить более качественную аускультативную картину. У 25 (31%) пациентов классическая и цифровая аускультация показали себя одинаково хорошо.

Выводы.

1. Метод цифровой аускультации более чувствительный, чем классическая аускультация, т.к. недостатки классической аускультации могут быть компенсированы при проведении цифровой аускультации.
2. Метод цифровой аускультации может быть использован для диагностики заболеваний органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и острой хирургической патологии.
3. Библиотека аускультативных данных, записанная на электронные носители, может быть использована в образовательных целях и

- практической медицине (демонстрация студентам и врачам аускультативных явлений при различной патологии детского возраста).
4. Электронный стетофонендоскоп может быть использован на занятиях по пропедевтике детских болезней, педиатрии для контроля освоения навыков аускультации.
 5. Данные, полученные при цифровой аускультации, могут быть записаны практическими врачами и переданы коллегам, руководителям подразделений, в федеральные центры для дистанционного консультирования и коллегиального решения по диагнозу.
 6. Метод цифровой аускультации (чистый и усиленный звук) способствует более быстрому и качественному осмотру пациента.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ РЕАНИМАЦИОННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЛАНОВЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Бичегкуева Ф.А., аспирант кафедры анестезиологии – реаниматологии
Руководитель: Петрова М.В., д.м.н., проф., заместитель директора по научно-
клинической деятельности, руководитель НИИ реабилитологии
ФГБНУ «ФНКЦРР» Минздрава России, г. Москва

Онкологические пациенты составляют особую группу среди всех обращающихся за хирургической помощью. Крайне актуальным остается обсуждение того, что необходимо сделать для минимизации осложнений и летальных исходов в краткосрочном послеоперационном периоде.

Одной из основных задач врача анестезиолога-реаниматолога в плановой хирургической реанимации является своевременное выявление пациентов с изначально высоким риском послеоперационных осложнений и стремление минимизировать их развитие путем профилактических методов и более пристального и длительного наблюдения данных пациентов в ОРИТ.

В настоящее время объективизированная оценка тяжести состояния пациентов прочно вошла в повседневную практику врачей отделения реанимации и интенсивной терапии. Современные прогностические шкалы позволяют рассчитывать вероятность наступления летального исхода, ориентировочные сроки пребывания пациента в ОРИТ, вероятность развития различных осложнений и некоторые другие параметры.

Цель исследования. Анализ прогностической ценности существующих шкал оценки тяжести состояния пациентов после плановых хирургических вмешательств в онкологической практике и выбрать оптимальную шкалу для клинического применения.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе центра анестезиологии и реанимации ФГБУ "РНЦРР" Минздрава России. В исследование было включено 350 пациентов, проходивших лечение в отделении реанимации центра. Для каждого поступившего в ОРИТ пациента, подходящего под критерии включения и исключения, производился однократный расчет прогностических шкал APACHE II, SAPS II, MPM II 24, MPMcancer и POSSUM. Сбор клинических, лабораторных и инструментальных данных, необходимых для расчета прогностических шкал, производился в течение 24 часов после поступления пациента в ОРИТ в полном соответствии с требованиями разработчиков. Расчет шкал проводился с использованием специализированного прогностического модуля информационной системы отделения реанимации и интенсивной терапии «ИНТЕРИС».

Результаты. В результате расчета выбранных прогностических шкал у каждого пациента вычислялась вероятность летального исхода. При переводе пациента из отделения реанимации проводилась экспертная оценка течения послеоперационного периода: гладкое течение, осложненное течение, крайне тяжелое течение. Регистрировались послеоперационные осложнения, исход заболевания (пациент умер или выписан из стационара), длительность пребывания пациента в ОРИТ. Проводился анализ точности прогнозирования

летального исхода и вероятности развития послеоперационных осложнений, и сопоставление его с полученными нами результатами. Для определения эффективности каждой шкалы оценивалась её дискриминационная и калибрационная способности. Лучшей дискриминационной способностью ($AUROC=0,892$) обладает шкала POSSUM с пороговым значением 15,85% (чувствительность - 0,900; специфичность - 0,708).

В качестве прогнозирования экспертной оценки тяжести состояния больного лучше себя проявила шкала POSSUM. Только она продемонстрировала достаточную ($p>0,05$) калибрационную способность.

Выводы. Оптимальной прогностической шкалой для пациентов онкологического профиля после плановых хирургических вмешательств является шкала POSSUM.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ И ГИПОПЛЗИЕЙ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА

Бугрий С.В., аспирант кафедры детской психиатрии и психотерапии, очная
форма обучения

Тутова А.Д., лаборант кафедры детской психиатрии и психотерапии

Руководители: Шевченко Ю. С., д.м.н., проф., заведующий кафедрой детской
психиатрии и психотерапии

Милованова О.А., д.м.н, профессор кафедры неврологии детского возраста
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность изучения проблемы детского аутизма обусловлена продолжающимся ростом распространенности данного расстройства, а также недостаточной ясностью его этиологических и патогенетических механизмов. Согласно последним научным данным большинство клиницистов сообщает о гетерогенности аутизма с ведущей ролью наследственных факторов. Одновременно, согласно международным

исследованиям, накапливается большое количество данных, о наличии сопутствующих врожденных пороках развития головного мозга, в том числе гипоплазии мозолистого тела (ГМТ), а также о влиянии перинатальной патологии на оформление клинической картины заболевания. Необходимость всестороннего изучения данного расстройства обусловлена неоднородной структурой дефекта у таких детей, который включает в себя психические, когнитивные, нейропсихологические и социальные составляющие.

Цель исследования. Изучение особенностей нейропсихологического статуса у больных с аутизмом и гипоплазией мозолистого тела.

Материалы и методы. Нами были изучены клинические и нейропсихологические проявления 18 пациентов (12 мальчиков и 6 девочек), отвечающие критериям расстройств аутистического спектра по МКБ-10 с последствиями перинатального поражения головного мозга и врожденной аномалией развития головного мозга - гипоплазией мозолистого тела (ГМТ) в возрасте с 5 до 12 лет (средний возраст – $6,7 \pm 0,9$ лет).

Всем пациентам было проведено расширенное нейропсихологическое тестирование с применением диагностических нейропсихологических проб в модификации И.А. Скворцова и соавт., (2000), результаты которого представлены в виде суммарного итогового балла оценки ВПФ (67 базовых тестов и проб, объединенных в 14 групп в соответствии с тестируемой функцией: праксиса, гнозиса, памяти, мышления и речевых навыков); также применялся нейропсихологический опросник с подсчетом коэффициента латерального предпочтения в модификации А.В. Семенович и соавт. (2002) и комплексный метод определения ведущего полушария по Л.В. Яссман и соавт., (1999). По результатам тестирования делался вывод о возможном доминировании одного из полушарий.

Пациенты были поделены на 2 группы согласно клиническим проявлениям. В I группу (n=11) вошли пациенты с аутизмом и ГМТ в сочетании с детским церебральным параличом (ДЦП; n=5) и эпилепсией (n=6), во II группу вошли пациенты с аутизмом и ГМТ (n=7).

Результаты. Проанализирован качественный и количественный характер нарушений ВПФ. У пациентов I-й группы отмечались когнитивные нарушения средней и тяжелой степени. Также были обнаружены нарушения слухо-речевой памяти и пространственного гнозиса, нарушения зрительно-пространственного восприятия в комбинации с нарушениями кинестетического и динамического праксиса. У пациентов II-й группы выявлены когнитивные нарушения легкой степени в сочетании с негрубым нарушением зрительно-пространственного восприятия и слухо-речевой памяти. Итоговый балл суммарной оценки ВПФ у обследованных групп пациентов в I группе находился в пределах от 25 до 48, показатель $Me = 27.6$, во II группе – от 77,5 до 87; $Me = 81$, что указывает на меньший когнитивный дефицит. Исследование латеральных предпочтений по методике А.В. Семенович и соавт. (2002) показало доминирование левого полушария у 11% пациентов из всей обследованной группы, доминирование правого полушария у 16.7% и отсутствие ведущего полушария у 72.3 % обследованных; а по методике Л.В. Яссман и соавт., (1999) доминирование левого полушария – 35.5 %, правого полушария - 12.9. отсутствие ведущего полушария у 51.6 % соответственно.

Выводы. Сравнительный анализ нейропсихологического статуса пациентов с аутизмом и гипоплазией мозолистого тела I-й и II-й групп демонстрирует наиболее выраженные качественные и количественные нарушения показателей ВПФ у пациентов с сочетанной неврологической патологией (эпилепсия и ДЦП).

Анализ степени тяжести когнитивных нарушений у пациентов обеих групп показал преобладание нарушений ВПФ тяжелой и средней степени тяжести у пациентов I группы ($p < 0,002$).

Исследование латеральных предпочтений по методике А.В. Семенович и Л.В. Яссман в обеих группах больных указывает на преобладание амбилатеральности, иными словами, отсутствие ведущего полушария в обеих группах вне зависимости от тяжести когнитивного дефицита.

ИРИДОДИАГНОСТИКА

Буробина А.Б. студент, кафедра офтальмологии

Шипилова О.С. студент, кафедра офтальмологии

Руководители: Апрелев А.Е., к.м.н., доц., заведующий кафедрой
офтальмологии

Коршунова Р.В., ассистент кафедры офтальмологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России г. Оренбург

Иридодиагностика - перспективный метод топической неспецифической диагностики заболеваний органов и систем человеческого организма по изменениям стромы, зрачка и хроматофорных структур радужной оболочки глаза.

Цель исследования. Выявление особенности отражения заболеваний на радужную оболочку глаза.

Материалы и методы. Исследование пациентов при фокальном освещении. Исследование проводилось на базе офтальмологического отделения ГБУЗ «ООКБ». С помощью щелевой лампы были обследованы 26 пациентов-61% женщин, 39% мужчин которые в дальнейшем разделены по типу радужной оболочки на 3 группы по схеме Вельхова.

Пигментные пятна коричневого цвета были обнаружены у 16 обследуемых (61%). Темные или коричневые пятна свидетельствуют о нарушении функций ЖКТ, а также центральной нервной системы. У большинства обследуемых данные пятна локализовались на 6 или 7-8 часах.

Также было исследовано автономное кольцо, которое служит индикатором всех висцеральных систем. Его втяжение или выбухание в какой-то зоне указывает на наличие патологии органа, расположенного в этом секторе. Изменение автономного кольца встречается у обследуемых в 50% случаев чаще на 4-5 и 6 часах.

При обследовании пациентов было уделено внимание окрасу радужной оболочки. Британская ассоциация иридологов выделяет 3 типа радужки по цвету. Первый тип – лимфатический (34.6%) свойственен людям с голубыми глазами, склонным к заболеваниям лимфатической системы, экземе, болезням дыхательных путей. Второй тип – кроветворный (34.6%) присущ людям с карими глазами. Данная группа людей чаще болеют гепатитом, эндокринными заболеваниями, страдают от артрита, спазмов мышц, болезни ЖКТ. И последний тип – желчный (30.7%), к которому относятся все остальные цвета глаз. Люди с 3 типом склонны к различным болезням поджелудочной железы, желчного пузыря и печени.

По показателю - плотность радужной оболочки - определили конституциональные особенности организма. В первую группу – сильный тип конституции вошли 41% обследуемых, во вторую – средний тип - 42.2%, в третью – слабый тип конституции - 15.3%.

Результаты. В нашем исследовании было выявлено пациентов с радиальным типом радужки 38.4% от обследуемых; радиально-волнистым – 19.2%; радиально-гомогенным – 0%; радиально-лакунарным – 15.4%; лакунарным – 27%.

Выявленные с помощью иридодиагностики заболевания подтвердились у 69.2% исследуемых.

Выводы. Иридологическое исследование можно рекомендовать в качестве дополнительного метода профосмотра и профотбора.

- В -

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОЖИРЕНИЕМ

Васильева В.А., научный сотрудник отдела соматической реабилитации,
репродуктивного здоровья и активного долголетия

Руководитель: Марченкова Л.А., к.м.н., заведующая отделом соматической реабилитации, репродуктивного здоровья и активного долголетия
ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, г. Москва

Введение. Лечение морбидного ожирения у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2), при отказе от проведения бариатрической операции, представляет сложности. Для таких больных следует рассматривать возможность использования индивидуальных программ, включающих современную фармакотерапию ожирения и немедикаментозных методов.

Представление клинического случая, описание опыта комплексного лечения СД2 в сочетании с морбидным ожирением с использованием фармакотерапии и немедикаментозных методов.

Клинический случай. В ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России для лечения обратилась пациентка Ж., 40 лет, с диагнозом: СД2 (цель $HbA_{1c} < 6,5\%$). Морбидное ожирение. Жалобы: на избыточную массу тела, сухость во рту, повышение уровня глюкозы крови до 14 ммоль/л. Анамнез: Ожирение диагностировано в подростковом возрасте, и далее наблюдалась ежегодная прибавка веса. При достижении в 2006 году массы тела 126 кг начала активно снижать вес с помощью низкокалорийной диеты, что привело к значительным циклическим колебаниям массы тела. В 2010 году весила 130 кг, на фоне чего диагностирован СД2, назначена сахароснижающая терапия. От проведения бариатрической операции отказалась. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, рост 165 см, масса тела (МТ) 152 кг, ИМТ $55,8 \text{ кг/м}^2$, окружность талии (ОТ) 139 см, бедер (ОБ) 143 см, ЧСС 89 ударов в минуту, артериальное давление (АД) 158/98 мм рт.ст. При обследовании: уровень HbA_{1c} 7,9%, глюкозы натощак 9,7 ммоль/л, общего холестерина (ОХ) 7,4 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) 3,08 ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) 4,8 ммоль/л, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) 1,2 ммоль/л, лептина 92,14 нг/мл, 25(ОН)D₃ 14,6 нг/мл в сыворотке крови. Биоимпедансометрия: жировая масса (ЖМ) 81,6 кг, тощая масса (ТМ) 69,4

кг, скелетно-мышечная масса (СММ) 30,1 кг. Пациентка прошла амбулаторную программу реабилитации: низкокалорийная диета, лечебная гимнастика в бассейне с занятиями на подводной беговой дорожке №15, общая магнитотерапия №10, лечебная физкультура в зале №15, занятия на горизонтальном велотренажере №15. Нежелательных явлений терапии не отмечено. Данные после завершения курса лечения: МТ 145 кг, ИМТ 53,3 кг/м², ОТ 132 см, ОБ 140 см, АД 128/88 мм рт.ст. Глюкоза 5,3 ммоль/л, ОХ 6,9 ммоль/л, ТГ 3,03 ммоль/л, ЛПНП 4,4 ммоль/л, ЛПВП 1,22 ммоль/л в сыворотке крови. Биоимпедансометрия: ЖМ 73,4 кг, ТМ 70,6 кг, СММ 31,8 кг. Рекомендовано продолжить диетическую и медикаментозную терапию с увеличением дозы фармакопрепарата до 3,0 мг в день. Данные обследования через 3 месяца: МТ 139 кг, ИМТ 51,1 кг/м², ОТ 128 см, ОБ 132 см, АД 125/75 мм рт.ст. Глюкоза 5,1 ммоль/л, ОХ 5,9 ммоль/л, ТГ 3,01 ммоль/л, ЛПНП 3,52 ммоль/л, ЛПВП 1,36 ммоль/л, лептин 36,7 нг/мл, 25(ОН)D₃ 31,1 нг/мл в сыворотке крови. Биоимпедансометрия: ЖМ 69,3 кг, ТМ 68,7 кг, СММ 31,0 кг.

Выводы. Клинический случай демонстрирует новые возможности индивидуальной реабилитационной программы комплексного лечения с использованием немедикаментозных методов и фармакотерапии при СД2 в сочетании с морбидным ожирением.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ КИНЕЗИОТЕРАПИИ ДЛЯ
ПРОФИЛАКТИКИ САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ
Васильева В.А., научный сотрудник отдела соматической реабилитации,
репродуктивного здоровья и активного долголетия
Научный руководитель: Марченкова Л.А., к.м.н., заведующая отделом
соматической реабилитации, репродуктивного здоровья и активного
долголетия

ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Оценка влияния комплексного 3-х недельного лечения с использованием 4-х методов кинезиотерапии на снижение массы тела и мышечную силу у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. В исследование были включены 80 человек в возрасте 21-69 лет с алиментарным ожирением (средний возраст $52,4 \pm 11$ лет, вес $111,3 \pm 24,5$ кг, ИМТ $40,3 \pm 8,1$ кг/м², окружность талии (ОТ) $113,4 \pm 16$ см, окружность бедер (ОБ) $124,2 \pm 16$ см). Комплексная кинезиотерапия проводилась ежедневно в течение 3-х недель и включала интерактивные сенсомоторные тренировки на платформе Стабилан, гидрокинезиотерапию в бассейне, специальный комплекс физических упражнений в зале и занятия на велотренажере. Вес, ОТ, ОБ, число падений за 3 месяца измерялись в начале лечения и после завершения лечения. Оценка результатов функциональных тестов мышечной силы и скорости ходьбы (тест 10- метровой ходьбы, тест «Встань и иди», 4 специальных теста на выносливость мышц спины и живота к статической и динамической нагрузке) также проводилась в начале лечения и через 3 недели.

Результаты. Наблюдалось значительное снижение массы тела ($111,3 \pm 24,4$ кг исходно против $107,9 \pm 23,1$ кг за 3 недели; $p=0,000$), ИМТ ($40,3 \pm 8,1$ против $39,1 \pm 7,7$ кг/м²; $p=0,000$), ОТ ($113,4 \pm 15,9$ против $109,2 \pm 15,1$ см; $p=0,000$), ОБ ($124,1 \pm 15,5$ против $119,7 \pm 14,1$ см; $p=0,000$) у пациентов с ожирением. Скорость ходьбы на 10 метров увеличилась с $0,84 \pm 0,15$ м/с исходно до $0,88 \pm 0,17$ м/с за 3 недели ($p=0,000$). Результаты теста «Встань и иди» улучшились с $8,4 \pm 2,1$ соответственно $7,9 \pm 2,09$ с ($p=0,000$). Мы выявили статически значимое повышение выносливости к статической нагрузке мышц живота с $13,1 \pm 9,7$ до $16,49 \pm 12,8$ с ($p=0,000$), а также в мышцах спины с $14,8 \pm 11,9$ до $18,6 \pm 14,9$ с ($p=0,000$). Выносливость к динамической нагрузке увеличилась в мышцах живота с $29,9 \pm 11,2$ до $34,84 \pm 11,93$ раз ($p=0,000$), а также в мышцах спины с $9,1 \pm 7,4$ до $12,2 \pm 9,2$ раза ($p=0,000$). Значительно

уменьшилось число падений с $0,14 \pm 0,34$ исходно до 0,0 (95% ДИ: 0,02;0,25) после окончания лечения.

Выводы. Комплексное лечение с помощью 4 методов кинезиотерапии способствует снижению массы тела, уменьшению ОТ, ОБ при ожирении. Специальная трехнедельная тренировка для пациентов с ожирением связана с увеличением скорости ходьбы, улучшением выносливости к статической и динамической нагрузке мышц спины и живота. Эти изменения улучшают функцию баланса и снижают риск падений у пациентов с ожирением, и является профилактикой саркопении у пациентов с ожирением.

СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, УСТОЙЧИВОСТЬ ПРИ ХОДЬБЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ СНИЖЕНИИ МАССЫ ТЕЛА

Васильева В.А., научный сотрудник отдела соматической реабилитации,
репродуктивного здоровья и активного долголетия

Научный руководитель: Марченкова Л.А., к.м.н., заведующая отделом
соматической реабилитации, репродуктивного здоровья и активного
долголетия

ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Оценить изменение параметров ходьбы, определить устойчивость при ходьбе и стабилметрические показатели, оценить риск падений на фоне снижения веса у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 37 пациентов в возрасте от 23 до 69 лет. Длительность заболевания составила более 5 лет. Тест на скорость ходьбы, индекс массы тела (ИМТ), число падений за 6 месяцев, стабилометрия, «Тест Ромберга» оценивались перед госпитализацией и через 21 день, при окончании лечения (ОЛ). Средний возраст пациентов составил $53,6 \pm 11,1$ лет. Исходный вес составил $114 \pm 28,1$ кг, ИМТ составил $40,9 \pm$

9,3 кг/м². Тест на скорость ходьбы проводился всем пациентам. Для этого они проходили стандартное расстояние — 10 метров по ровной поверхности. Время засекалось с помощью секундомера. Число падений (ЧП) оценивалось за 3 недели, путем анкетирования. Устойчивость пациента с закрытыми и открытыми глазами оценивалась с помощью стабилотрии, «Теста Ромберга». Комплексная кинезиотерапия проводилась ежедневно в течение 3-х недель и включала интерактивные сенсомоторные тренировки на платформе Стабилан, гидрокинезиотерапию в бассейне, специальный комплекс физических упражнений в зале и занятия на велотренажере.

Результаты. Через 21 день лечения у пациентов с ожирением средняя динамика снижения веса составляет $\pm 26,5$ кг, $p = 0,0000001$ (ДИ: 2,79; 4,44), динамика снижения ИМТ составляет $\pm 38,8$, $p = 0,027$, (ДИ: 0,24; 3,83), исходно ЧП за 3 недели составляет $0,14 \pm 0,34$, $p = 0,023$ (ДИ: 0,02; 0,25), статистической динамики скорости ходьбы не было выявлено: исходно (ИСХ) $116,05 \pm 101,0$, после ОЛ $116,55 \pm 101,0$, $p = 0,05$. Анализ стабилотрических показателей до и после лечения выявил динамику в тесте Ромберга. Отмечено достоверное улучшение коэффициента устойчивости (KoeFRomb) $113,5 \pm 9,11$, $p = 0,012$ (ДИ: 3,035; 16,10), уменьшение девиации центра давления (ЦД) в сагиттальной и фронтальной плоскости (МО(х/у): ИСХ: $11,3 \pm 9,1$; ОЛ: $10,4 \pm 2,2$, $p = 0,01$ (ДИ: 3,03; 16,1), увеличилась скорость перемещения ЦД (V), ИСХ: $11,3 \pm 8,9$; ОЛ: $10,4 \pm 2,2$, $p = 0,01$, (ДИ : 3,04; 15,81), изменился индекс скорости (IV) ИСХ: $11,3 \pm 9,1$, ОЛ: $10,4 \pm 2,2$, $p = 0,01$ (ДИ: 3;16,1), изменилась общая оценка движения(OD): ИСХ: $10 \pm 6,8$, ОЛ: $10,4 \pm 2,2$, $p = 0,0037$ (ДИ: 05;11,2).

Выводы. Снижение массы тела у пациентов с ожирением ассоциируется с улучшением статических показателей, улучшает устойчивость при ходьбе и является профилактикой падений в повседневной жизни.

СОСТОЯНИЕ ОРГАЗМИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Велиев Р.А., аспирант кафедры урологии и хирургической андрологии,
Соколов Е.А., ассистент кафедры урологии и хирургической андрологии,
к.м.н.

Руководитель: Велиев Е.И., д.м.н., профессор кафедры урологии и
хирургической андрологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Оценить сохранность оргазмической функции у пациентов после перенесенной радикальной простатэктомии по поводу рака предстательной железы.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ состояния оргазмической функции (ОФ) через 3 месяца после перенесенной радикальной простатэктомии (РПЭ) у пациентов с раком предстательной железы с сохранной эректильной и оргазмической функциями до операции. В исследование включены 17 пациентов, перенесшие позадилобную (пРПЭ) и робот-ассистированную радикальную простатэктомию (РАРПЭ) в 2018г году: 7 пациентов – после пРПЭ, а также 10 пациентов – после РАРПЭ.

Результаты. В группе пРПЭ оргазмическая функция осталась сохранной у 1 пациента из 7 (14,3%), тогда как в группе РАРПЭ – у 5 пациентов из 10 (50%). Применение нервосберегающей техники (НСТ) коррелировало с сохранной оргазмической функцией в 43% случаев (3 пациента из 7 пациентов с НСТ). Стоит также отметить более молодой возраст в группе с сохранной ОФ (55,8 против 58,6 лет). Более сохранная эректильная функция по шкале МИЭФ-5 до операции также являлась предиктором сохранения ОФ после операции (25 против 21).

Выводы. По данным нашей серии РПЭ у пациентов с сохранной ОФ до операции робот-ассистированный доступ связан с более сохранной ОФ после

операции. К другим независимым факторам сохранной ОФ после операции также стоит отнести более молодой возраст пациентов, более сохранную ЭФ.

Однако данное исследование ограничено ретроспективностью анализа и коротким временем послеоперационного периода. Требуются дальнейшие исследования с более продолжительным временем наблюдения в послеоперационном периоде.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПСЕВДОКИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Венгеров В.Ю., аспирант, Озерова Д.С., ординатор, Давидов Э.Д.,
ординатор, кафедра хирургии

Руководитель: Шабунин А.В., д.м.н., проф., член-корр. РАН,
заведующий кафедрой хирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Лечение хронического панкреатита и его осложненных форм является одной из актуальных проблем современной хирургии ввиду высокой заболеваемости работоспособного населения. Хронический панкреатит является часто встречающейся патологией, в России заболеваемость ХП составляет 27,4-50 случаев на 100000 населения в год. Псевдокисты поджелудочной железы встречаются в 20-40% случаев. Современные методы диагностики и лечения хронического панкреатита, осложненного псевдокистами поджелудочной железы, позволяют улучшить результаты лечения этой категории больных.

Материалы и методы. В отделение хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина с 2007 по январь 2019 года находились на лечении 421 больных с хроническим панкреатитом, прооперировано 316 пациентов.

У всех пациентов использовался стандартный диагностический алгоритм, включающий ультразвуковое исследование с доплеровским картированием (УЗИ), эндоскопическую эзофагогастродуоденоскопию, спиральную компьютерную томографию с пероральным и внутривенным контрастированием, исследование крови на СА19-9 и РЭА. МРХПГ выполнялось по показаниям. В случаях, когда нельзя полностью исключить опухолевое поражение выполнялось эндоскопическое УЗИ с тонкоигольной биопсией.

Средний возраст больных составил $46,2 \pm 2,58$ (от 20 до 71 лет), большую часть пациентов составили мужчины 332 (79,3%), женщин 85 (20,7%). На этапе дообследования выявлено, что вирусного гепатита и панкреатическая гипертензия имелась в 64%, хронические кисты диагностированы у 33% пациентов, у 18% имелась билиарная гипертензия, у 8% выявлена дуоденальная непроходимость, портальная гипертензия у 7% больных.

У 56 больных с кистами поджелудочной железы, после исключения панкреатической гипертензии и вирусного гепатита, фиброзных изменений поджелудочной железы, дистрофии двенадцатиперстной кишки и исключения опухолевого генеза кистозного образования, выполнялось внутреннее дренирование под ЭУС контролем. Из них 29 (9,2%) пациентам нитиноловым стентом, 27 (8,5%) больным двумя пластиковыми стентами. Всем пациентам стенты удалялись через 4-6 недель после выполнения контрольного СКТ исследования.

Результаты. Осложнения были диагностированы у 5 больных, дренированных пластиковыми стентами (нагноение псевдокисты, дислокация стентов, желудочно-кишечное кровотечение из зоны сформированного соустья) и у 3 пациента, дренированного нитиноловым стентом (дислокация стентов, желудочно-кишечное кровотечение из зоны сформированного соустья). Послеоперационной летальности не было. Рецидив псевдокист выявлен у 4 больных после дренирования двумя пластиковыми стентами. После

стентирования нитиноловым стентом рецидив псевдокисты диагностирован у 1 больного.

Выводы. Применение эндоскопического стентирования нитиноловым саморасширяющимся стентом у больных с хроническим панкреатитом, осложненными псевдокистами поджелудочной железы позволило сократить количество осложнений и рецидивов у данной категории больных.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ХИМИО-ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРФУЗИИ В ЛЕЧЕНИИ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШИНЫ У КРЫС С АСЦИТНОЙ ОПУХОЛЬЮ ЯИЧНИКА

Вервекин И.В., студент 4 курса, лечебный факультет, отделение абдоминальной онкологии НИИ хирургии и неотложной медицины
(Клиника)

Руководитель: Беляев М.А., к.м.н., руководитель отделения абдоминальной онкологии НИИ хирургии и неотложной медицины (Клиника),
ассистент кафедры онкологии
ГБОУ ВПО ПСПБГМУ акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Результаты и прогнозы лечения перитонеального канцероматоза нельзя считать удовлетворительными. Средняя продолжительность жизни пациентов после постановки диагноза не превышает 6 месяцев, а 5-ти летняя выживаемость составляет 10%. На данный момент самым действенным методом является стратегия регионарного лечения, в которой ведущим направлением стала внутрибрюшинная химио-гипертермическая перфузия (далее - ВБХГТП).

Цель исследования.

1. Разработка, оценка эффективности и безопасности новых методов внутрибрюшного химиоперфузионного лечения карциноматоза брюшины на примере асцитной опухоли яичника (ОЯ) у крыс.

2. Апробация модели канцероматоза брюшины у крыс для химиоперфузионного лечения.

3. Разработка экспериментальной технологии различных видов гипертермической интраперитонеальной химиоперфузии у крыс, определение оптимальных режимов химиоперфузии.

4. Изучение и сравнение безопасности и противоопухолевые эффекты при различных видах гипертермической химиоперфузии в максимально переносимых дозах у крыс с канцероматозом брюшины.

Материал и методы. Исследование проведено на 60 крысах самках Вистар. Для эксперимента отбирались крысы в возрасте 2,5–3 месяца с массой тела 300–370 г. Использован штамм ОЯ, полученный из НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова. Штамм ОЯ постоянно перевивали в/б нескольким крысам. После предварительного пассажа, на 7-й день после в/б перевивки ОЯ от одной крысы забирали асцит и перевивали здоровым крысам в/б. Все животные после перевивки опухоли рандомизировались на 3 группы: 1 – ВБХГТП с цисплатином по открытой методике 16 мг/кг (n=24); 2 – ВБХГТП с цисплатином по закрытой методике, 20 мг/кг (n=26); 3 – контрольная группа (n=10). Технология закрытой методики: у крысы под общей анестезией формируется два разреза брюшной стенки: первый (5-6 мм) – куда помещается катетер для притока перфузата и термометр, второй (6–8 мм) – куда помещается катетер для оттока перфузата. Технология закрытой техники: производилась срединная лапаротомия 2-2.5см, устанавливался и герметично подшивался к краям раны специальный эспандер, по сторонам от него устанавливались дренажи. Химиоперфузия проводилась в течение часа при температуре 40°. Регистрировалась температура в брюшной полости, ЧД и ЧСС, интра- и послеоперационные осложнения, масса тела крыс в течение 14 дней после операции. Конечной точкой исследования была выживаемость. Крысы, прожившие 60 дней и более без признаков опухолевого процесса, считались излеченными.

Результаты. Впервые осуществлено прямое сравнение результатов закрытой и открытой методик. Показано, что частота послеоперационных осложнений и токсичность лечения достоверно не различалась для 2х методик. Медиана выживаемости крыс после открытой методики превышала медиану выживаемости после закрытой (53 и 25 дней соответственно), несмотря на более низкую дозу цисплатина. Кроме того в 1 группе 3 крысы остались живы после 60 дня.

Выводы. По данным проведенного на крысах исследования, было доказано, что открытая методика ВБХГТП в лечении перитонеального канцероматоза имеет большую эффективность по сравнению с закрытой методикой. Так же была продемонстрирована одинаковая токсичность методик. Таким образом, открытый метод можно рекомендовать для лечения канцероматоза у человека, как более эффективный.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Верюгина Н.И., аспирант кафедры неврологии

Руководитель: Левин О.С., д.м.н., проф., заведующий кафедрой неврологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Оценить клиническую значимость гендерных факторов на течение болезни Паркинсона для усовершенствования тактики ведения пациентов разного пола.

Материалы и методы. Проведено единовременное обследования серийной выборки из 127 пациентов (64 мужчины и 63 женщины) с болезнью Паркинсона. Тяжесть состояния пациентов количественно оценивались по унифицированной рейтинговой шкале БП – MDS-UPDRS, степень моторных нарушений – по шкале Hoehn-Yahr, уровень повседневной активности — по шкале Schwab и England. Качество жизни пациентов оценивалось с помощью

опросника PDQ-39, вегетативные нарушения — по шкале для оценки вегетативных нарушений у пациентов с БП, когнитивные нарушения — с помощью теста ЗКТ, аффективные нарушения — с помощью Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS), импульсивно-компульсивные нарушения — с помощью краткого опросника для выявления импульсивно-компульсивного синдрома — QUIP-Short. Эффективность ранее начатой противопаркинсонической терапии оценивалась с помощью шкалы оценки стабильности эффекта леводопы, шкалы оценки степени лечебного эффекта препаратов леводопы и индекса эффективности дозы леводопы.

Уровень основных половых гормонов (фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) гормонов у женщин и мужчин, а также эстрадиола у женщин и тестостерона у мужчин) определялся в сыворотке крови в лаборатории поликлиники по месту жительства пациентов.

Результаты. Со стороны моторных симптомов БП не было получено статистически значимых различий между группами мужчин и женщин.

У мужчин с БП выявлены более выраженные когнитивные нарушения. Мужчины имели меньший уровень повседневной активности среди пациентов с левосторонним дебютом БП. У мужчин преобладали РПБДГ среди пациентов с дрожательной формой БП. У мужчин имелись более выраженные вегетативные нарушения среди пациентов с БП в возрасте 60-69 лет. У женщин с БП в большей степени были выражены проявления тревоги. У женщин отмечен более ранний дебют БП среди пациентов со смешанной формой болезни.

Более низкий уровень тестостерона у мужчин с БП коррелировал с большей тяжестью состояния и более низким качеством жизни. Более низкий уровень эстрадиола у женщин был ассоциирован с более выраженными когнитивными нарушениями и меньшим уровнем повседневной активности.

У женщин с БП более высокие дозы амантадинов были ассоциированы с более выраженными импульсивно-компульсивными нарушениями.

Выводы. Анализ результатов проведенного исследования позволил выявить особенности клинического течения и лекарственной терапии БП у женщин и мужчин, оценить влияние уровня основных половых гормонов на течение заболевания.

РАЗВИТИЕ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ HELLP-СИНДРОМА

Волкова Г.А., ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Руководители: Мысяков В.Б., д.м.н., доц., заведующий кафедрой акушерства
и гинекологии

Бисерова Н.Н., к.м.н., доц., доцент кафедры акушерства и гинекологии

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Пенза

Введение. Акушерская тромботическая микроангиопатия (ТМА) развивается достаточно редко (8-18% от всех случаев ТМА), но высокий риск материнской и перинатальной смертности, неблагоприятный почечный прогноз у женщины обуславливают актуальность изучения данной проблемы.

Приводим собственное наблюдение развития атипичного гемолитико-уремического синдрома (аГУС) у пациентки после преждевременных родов путем операции кесарево сечение в сочетании с HELLP-синдромом.

Клинический случай. Пациентка А., 33 лет, была госпитализирована в Перинатальный центр г. Пензы в 33 недели беременности с жалобами на головные боли, отеки. При поступлении: АД 170/100 мм рт. ст., гипопроотеинемия, повышение печеночных ферментов в 5 раз, в разовой порции мочи 5 г белка, по КТГ - признаки внутриутробного страдания плода, по УЗИ - нарушения кровотока. По поводу преэклампсии тяжелой степени, внутриутробной гипоксии плода была выполнена операция кесарево сечения.

Через 8 часов после операции у пациентки появилась рвота с примесью крови, кровянистые выделения из носа, моча темно-бурого цвета по катетеру. Диурез за 10 часов составил 400 мл. По данным лабораторных исследований: гемоглобин - 97 г/л, тромбоциты - 81,0 тыс в мкл, увеличение печеночных ферментов до 1220 ЕД/л, ЛДГ до 4299,5 ЕД/л, общего билирубина до 124 ммоль/л (непрямой - 92 ммоль/л), креатинина до 126,38 ммоль/л, мочевины до 9,75 ммоль/л, гипокоагуляция, макрогематурия. Через 10 часов после родоразрешения с диагнозом HELLP-синдром пациентка переводится в ОРИТ Областной клинической больницы им. Н.Н.Бурденко.

Учитывая, острое почечное повреждение (олиго- и анурия), анемию (HGB-81 г/л), выраженный гемолиз (ЛДГ-1395 ЕД/л), выраженную тромбоцитопению (17 тыс. в мкл), шизоцитоз (3%), отрицательную прямую пробу Кумбса, содержание гаптоглобина в крови 0 г/л на 4 сутки после родов выставляется диагноз Атипичный гемолитико-уремический синдром. С целью дифференциальной диагностики аГУС с тромботической тромбоцитопенической пурпурой взята кровь (после 2-х сеансов плазмообмена) на ADAMTS-13 - 85 %. В связи с развитием дыхательной недостаточности с 3-х по 6-е сутки послеродового периода пациентке проводилась ИВЛ.

За все время лечения проведено 4 сеанса плазмообмена, низкопоточная веновенозная гемодиализация, симптоматическая терапия, патогенетическая терапия препаратом экулизумаб («Солирис») по схеме (с 4-х суток послеродового периода). Пациентка выписана на 46-е сутки после родов в удовлетворительном состоянии с рекомендацией встать на Д-учет к гематологу для решения вопроса о необходимости продолжения терапии экулизумабом.

Выводы.

1. Развитие катастрофической ситуации с формированием во время беременности тяжелой преэклампсии и развитием в течение 8 часов после родоразрешения развернутой клинико-лабораторной картины ТМА в виде

HELLP-синдрома дает основания полагать, что тяжелая преэклампсия и HELLP-синдром в данном случае являются дебютом аГУС.

2. Достижение ремиссии аГУС при развитии тяжелой полиорганной патологии в данном случае, по-видимому, можно объяснить именно ранней диагностикой, своевременным началом плазмотерапии и проведением патогенетической терапии экулизумабом.

АКТУАЛЬНОСТЬ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Восканян С. А., клинический ординатор первого года (очная форма обучения), кафедра акушерства и гинекологии

Руководитель: Созаева Л. Г., к. м. н., доц., доцент кафедры акушерства и гинекологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Количество робот-ассистированных операций в мире неуклонно растёт с каждым годом и за прошедший 2018-й год приблизилось почти к 100.000. Благодаря распространению центров робот-ассистированной хирургии в РФ, подобные операции выходят из ряда эксклюзивных и входят в практику врачей не только в крупных региональных и федеральных центрах, но и скоропомощных больниц. За прошедший 2018-й год в РФ проведено более 3.000 оперативных вмешательств с использованием роботического комплекса da Vinci. Робот-ассистированная хирургическая система «da Vinci» - аппарат для проведения хирургических операций. Производится серийно компанией Intuitive Surgical.

Цель исследования. Оценка эффективности использования робот-ассистированных операций в гинекологии по сравнению с другими методами оперативного лечения.

Материалы и методы. Проведены про- и ретроспективный анализ 45 пациенток, обратившихся за медицинской помощью в гинекологическое отделение ГKB им. С. П. Боткина с диагнозами:

- миома матки в сочетании с аденомиозом
- неопластический процесс эндометрия T1-2NxM0

Возраст пациенток составил от 36 до 78 лет. Состояние большинства пациенток было отягощено сопутствующими коморбидными состояниями: морбидное ожирение (ИМТ от 35 кг/м² до 46 кг/м²), артериальная гипертензия 2-3 ст, II ст (57,4%), сахарный диабет I, II типов (6,4%), хронический тромбофлебит (4,2%).

Одним из этапов лечения этих пациенток было робот-ассистированное хирургическое вмешательство. Всего рассмотрено 45 наблюдений, из них: 7 гистерэктомий, 34 гистерэктомии с подвздошно-тазовой лимфодиссекцией, 2 миомэктомии.

Результаты. Средняя продолжительность операции (RTH + PLND) составила 192.6 минуты. Средний послеоперационный койко-день составил 4.91 к/д (у лапароскопических операций – 4.62, у лапаротомических – 5.8). Из 45 наблюдений ни у одной пациентки не выявлено послеоперационных осложнений.

Выводы. Таким образом, несмотря на большую длительность операции по сравнению с другими методами оперативного лечения, использование роботического комплекса da Vinci целесообразно в случаях хирургического лечения больных с избыточной массой тела и морбидным ожирением. Система не только позволяет выполнить адекватный объём лечения, но и делает возможным более прицельно выделение анатомических структур, сохранение иннервации органов. Использование роботических технологий расширяет мануальные возможности и позволяет приблизить визуализацию операционного поля к традиционной, трёхмерной.

- Г -

АДЕНТИЯ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ И ЕЕ ТОПОГРАФИЯ

Гагкаева З.А., аспирант кафедры ортодонтии

Руководитель: Самойлова Н.В., к.м.н., доц., доцент кафедры ортодонтии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Врожденное отсутствие зубов в соответствии с МКБ-10 обозначают как адентию. Наиболее часто на клиническом приеме у врача-ортодонта встречаются пациенты с адентией легкой степени выраженности, а именно 1-2 зубов.

Цель исследования. Выявить частоту встречаемости врожденного отсутствия разновидностей зубов при адентии легкой степени выраженности, оценить типичную ее локализацию и определить наличие закономерностей для оптимизации планирования ортодонтического и протетического лечения.

Материал и методы. Обследовано клинически и рентгенологически 176 детей и подростков с разновидностями врожденного отсутствия зубов. Выделена группа из 120 пациентов (40 - муж. пола и 80 - жен. пола) с легкой степенью выраженности адентии 1 - 2 зубов. Возраст пациентов колебался от 6 до 18 лет и в среднем составил $M \pm m = 12,1 \pm 2,08$. Изучили количество и локализацию врожденно отсутствующих зубов на верхней и нижней челюстях, а также поквadrантно с учетом симметричности или односторонности расположения адентии. На основании определения частоты встречаемости адентии различных видов зубов были выделены наиболее типичные варианты гиподентии. Адентию третьих моляров не учитывали. Применены стандартные методы вариационной статистики.

Результаты. Гиподентия чаще поражала верхнюю челюсть - у 94 (78,3%) из 120 пациентов, чем нижнюю – у 34 (28,3%). У 112 (93,3%) пациентов отмечалась одночелюстная локализация адентии, в том числе у 86 (71,6%) – верхнечелюстная, у 26 (21,6%) - нижнечелюстная и лишь у 8 (6,6%)

– двучелюстная. Симметричная локализация гиподентии определена у 94 (78,3%) пациентов, а односторонняя – у 26 (21,6%), чаще правосторонняя.

Общее количество врожденно отсутствующих зубов у 120 обследованных было равно 209. В среднем у одного пациента отсутствовало $1.74 \pm 0,33$ зубов с превалированием по количеству адентии зубов на верхней челюсти ($M = 1,81$ s $d=0,39$) по сравнению с нижней ($M=1,62$, s $d=0,49$). Чаще встретилась адентия 2-х зубов - у 89 (74,2%) пациентов, тогда как адентия 1-го зуба – у 31 (26,8%).

Всего у 120 пациентов врожденно отсутствовало 92 (44,0%) боковых резца верхней челюсти, 20 (9,5%) центральных резцов нижней челюсти, 68 (32,5%) нижних и 16 (7,7%) верхних вторых премоляров, 6 (2,9%) клыков верхней челюсти, 4 первых моляра (1,9%), 2 (1%) нижних боковых резца и 1 (0,48%) левый нижний второй моляр. Наиболее характерным видом гиподентии являлось двустороннее отсутствие боковых резцов на верхней челюсти, выявленное у 42 (35%) пациента и симметричная адентия центральных резцов нижней челюсти – у 10 (8,3%) пациентов. У 16 (13,3%) обследованных отмечалась двусторонняя адентия вторых премоляров в 3-ем и в 4-ом квадрантах, у 3 (2,5%) - клыков верхней челюсти. Суммарно при гиподентии до 2-х зубов было выявлено 15 разновидностей дефектов зубных рядов. Не выявлено случаев адентии центральных резцов и первых премоляров на верхней челюсти, а также клыков, первых премоляров на нижней челюсти.

Выводы. Адентия легкой степени в 2 раза чаще наблюдается у лиц женского пола. Наиболее типична одночелюстная 93,3% (преимущественно верхнечелюстная - 71,6%) и симметричная (78,3%) локализация гиподентии двух зубов (74,2%). Превалирует двусторонняя адентия латеральных резцов (44,0%) верхней челюсти и вторых премоляров нижней челюсти (32,5%). Всего у 120 обследованных выделено 15 вариантов локализации гиподентии. Полученные данные будут способствовать разработке протоколов оказания

ортодонтической и междисциплинарной лечебной помощи детям и подросткам при гиподентии.

ОГРАНИЧЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОВРЕМЕННОЙ УРОЛОГИИ

Гаина О.В.³ студент, Гончарук Д.А.¹, врач-уролог, аспирант, старший лаборант кафедры урологии и хирургической андрологии, Пирогов Н.В.³, студент, Апросимов А.Л.³, студент;

Руководитель: Велиев Е.И., д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии¹, заведующий урологическим отделением²

¹ ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

² ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», г. Москва

³ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

В рутинной урологической практике диагностика рака предстательной железы (далее – РПЖ) заключается в выполнении биопсии простаты при повышении уровня простат-специфического антигена (далее - ПСА) и/или подозрительных изменений при пальцевом ректальном исследовании. Главным недостатком общего ПСА является низкая специфичность в отношении РПЖ, что может приводить к ненужным биопсиям. Вероятность наличия РПЖ при уровне ПСА крови 2-4 нг/мл составляет 23-26% (EUR-ESTRO-SIOG Guedlines on prostate cancer). Клиническая стадия, индекс Глисона и уровень ПСА - самые значимые предикторы агрессивности РПЖ. Но индекс Глисона при биопсии выставляется по потенциально гетерогенному участку опухоли и не может оценить весь объем и агрессивность очага поражения, по сравнению с исследованием всего препарата после операции. Таким образом, биопсия не может дать точную оценку анатомическим, функциональным и физиологическим

характеристикам РПЖ, особенно размеры, локализацию и морфологию опухолевого поражения. По данным некоторых исследований, увеличение индекса Глисона 6 (3+3) после операции может достигать 59%. По этим причинам для более точного выявления нуждающихся в активном лечении пациентов необходимы новые прогностические предикторы и маркеры. В целом ранее выявление РПЖ и правильная стратификация риска с наименьшей вероятностью ошибки выборки являются краеугольным камнем успешной диагностики. Следует также помнить, что простата сейчас является единственным солидным органом, диагностика которого производится «слепыми» биопсиями всего объема. С помощью результатов мультипараметрической МРТ (далее - мпМРТ), выполненной на добиопсийном этапе, уролог имеет возможность не только оценить распространенность злокачественного процесса, но и визуализировать доминантный очаг с альтернативой последующего выполнения таргетной биопсии. Для более точной оценки агрессивности ткани были разработаны новые техники и протоколы в МРТ. Диффузионно взвешенное изображение (далее - ДВИ) – это вид исследования, при котором определяется степень Броуновского движения молекул воды. Использование ДВИ и его производного в виде измеряемого коэффициента диффузии (ИКД) улучшают чувствительность и специфичность при детекции РПЖ и достоверно коррелируют с агрессивностью РПЖ наравне со шкалой Глисон. Ряд исследований подчеркивают недостаточность выявления истинного индекса Глисона по данным биопсии предстательной железы. Наличие или преобладание компонента Глисон 4 имеет большую клиническую значимость, ввиду худших онкологических результатов. Соответственно предсказание истинной степени агрессивности заболевания на долечевом этапе является лучшим контролем заболевания. Кроме этого, есть предположение, что компонент Глисон 4 растет в объеме с большей скоростью, ежели компонент Глисон 3, что имеет большую тенденцию РПЖ к местно-распространенному процессу и метастазированию. Ключевой

вопрос, на который уролог должен ответить при выявлении РПЖ Глисон 6: лечить или не лечить пациента? Для этого важно соблюсти баланс между приоритетными целями лечения и возможными послеоперационными осложнениями. На сегодняшний день наибольшим потенциалом в выявлении истинной степени злокачественности обладают молекулярные тесты (Oncotype Dx, Prolaris, ProMark, PTEN) и мпМРТ.

ХРОНИЧЕСКАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩАЯ
ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ С АТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ
Гапешин Р.А., сотрудник кафедры неврологии и мануальной медицины
Смочилин А.Г., сотрудник кафедры неврологии и мануальной медицины

Руководитель: Баранцевич Е.Р., д.м.н., проф.,
заведующий кафедрой неврологии и мануальной медицины
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России,
г. Санкт-Петербург

Введение. Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия (ХВДП) — это приобретенное аутоиммунное заболевание, протекающее с поражением нервных волокон, проявляющееся в виде мышечной слабости и чувствительных нарушений. В России распространенность ХВДП составляет от 1,24 до 1,9 случая на 100 000 населения.

Клинический случай. Пациентка П., с октября 2017 года начала отмечать неловкость в левой ноге. Примерно через месяц начала отмечать онемение в левой руке. После стресса летом 2018 года появилась слабость и онемение в правых конечностях, а также усилилась слабость в левых конечностях. В декабре 2018 с вышеуказанными жалобами пациентка была госпитализирована на 2 неврологическое отделение ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова с целью дообследования.

Неврологический статус: сознание ясное. Состояние удовлетворительное. Движения глазных яблок в полном объеме. Реакция зрачков на свет живая, симметричная. Сила мимических и жевательных мышц полная, 5 баллов. Убедительных данных за нарушение чувствительности на лице не получено. Язык, uvula по средней линии. Тонус мышц конечностей снижен D=S. Сила мышц: определяется паралич мышц разгибателей левого запястья, снижение силы мышц кисти слева до 0-1 баллов, справа – до 4 баллов. Сила мышц разгибателей стопы слева составила 1 балл, а разгибателей пальцев – 0 баллов, тогда как слева – 4 балла. Сила сгибателей стопы и пальцев слева – 4 балла. Сухожильные рефлекс верхних конечностей снижены D=S, на нижних конечностях – отсутствуют. Патологических кистевых и стопных знаков не выявлено. Определяется снижение болевой с уровня коленных суставов и вибрационной чувствительности до 10 секунд на нижних конечностях, а также тактильной на левой ноге. Болевая чувствительность снижена на левой руке с уровня локтевого сгиба. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробу выполняет удовлетворительно D=S. В позе Ромберга пошатывается без четкой латерализации.

Клинический анализ крови – без особенностей. В биохимическом анализе крови отмечается увеличение уровня креатинфосфокиназы – 429 Е/л (норма: 26 – 140), лактатдегидрогеназы – 690 Е/л (норма: 266 – 500), С-реактивного белка – 18,7 мг/л (норма: 0,1 – 8,2). Также выявлено уменьшение уровня фолиевой кислоты – 11,1 нмоль/л (норма: >14,9). Уровень витамина В12 в пределах нормы. Уровень легких каппа и лямбда цепей в крови и моче в пределах нормы. Анализ ликвора: бесцветный, прозрачный, белок – 474 мг/л (норма: 150 – 450) при цитозе 5/3. Электронейромиография (ЭНМГ): признаки выраженного аксонально-демиелинизирующего диффузного поражения сенсорных и моторных волокон периферических нервов. На основании данных неврологического осмотра: полиневритического синдрома по типу гипестезии на нижних и конечностях и гипестезии в дистальных

отделах левой руки, периферического дистального тетрапареза, данных ЭНМГ – признаки аксонально-демиелинизирующего диффузного поражения нервов, белково-клеточной диссоциации в ликворе пациентке был выставлен диагноз: Хроническая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия.

Выводы. ХВДП является редкой патологией, ранняя установка диагноза которой позволяет выбрать наиболее рациональную тактику ведения пациента. При выявлении полиневритического синдрома и парезов, не подчиняющихся корешковому распределению, выполнение ЭНМГ является первоочередным исследованием для уточнения диагноза. Особенностью данного клинического случая является асимметричное проявление мышечной слабости и чувствительных нарушений, что не характерно для типичной формы ХВДП и встречается лишь в 6-15% случаев.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Гергова А.А., аспирант 2-го года, кафедра неврологии с курсом
рефлексологии и мануальной терапии

Руководитель: Замерград М.В. , д.м.н., профессор кафедры неврологии с
курсом рефлексологии и мануальной терапии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Оценить частоту вестибулярных симптомов у пациентов с болезнью Паркинсона (БП), их влияние на постуральную устойчивость.

Материалы и методы. В исследование было включено 45 пациентов с БП (21 мужчина и 24 женщины), с жалобами на головокружение, неустойчивость, нарушение равновесия. Средний возраст составлял - $57,8 \pm 10,5$ лет. Длительность заболевания — от 1 года до 15 лет (в среднем $7,5$ года), стадия заболевания по шкале Hoehn-Yahr — $2,5 \pm 0,9$.

Нейровестибулярное исследование включало (с использованием видеоокулографии): спонтанный нистагм, позиционный нистагм (позиционные пробы Дикс—Холлпайка и МакКлюра—Пагнини), нистагм в пробе со встряхиванием головы. Исследование центральных механизмов управления взором: оценка оптокинетического нистагма, тест плавного слежения, тест рандомизированных саккад. Проводилась проба Хальмаги—Керттойза, тест на субъективную зрительную вертикаль.

Результаты. В результате нейровестибулярного исследования были выявлены вестибулярные нарушения в виде спонтанного горизонтального нистагма (8 человек (17,7%)), нарушение оптокинетического нистагма (ОКН) (12 пациентов (26,6 %)), в том числе отсутствие ОКН во всех направлениях у 2 пациентов (4,4%), резкое ослабление у 5 (11,1%) пациентов. Отклонение при исследовании субъективной зрительной вертикали выявлено у 17 пациентов (37,7%). У 8 пациентов (17,7%) при выполнении позиционной пробы Дикс—Холлпайка был выявлен типичный позиционный нистагм, свидетельствующий о каналолитиазе заднего полукружного канала. У 1 пациента (2,2%) выявлялся нистагм в пробе МакКлюра—Пагнини, что означало наличие каналолитиаза горизонтального полукружного канала. В пробе с встряхиванием головы у 2 пациентов (4,4%) отмечался нистагм. При исследовании зрительных саккад было выявлено их замедление во всех направлениях с более выраженным снижением их скорости в вертикальной плоскости (у 13 пациентов (28,8%)), а также в виде дизритмии у 9 пациентов (20%). Замедление зрительных саккад коррелировало со стадией БП. В тесте плавного зрительного слежения отмечено снижение скорости и нарушение плавности следящих движений глаз уже на ранних стадиях БП. По мере прогрессирования заболевания, на его развернутых стадиях, значительное снижение скорости саккад было отмечено у 19 пациентов (42,2%).

Негативное влияние на параметры рандомизированных саккад и плавного слежения оказывал возрастной фактор. Анализ зависимости скорости саккад от формы заболевания показал, что в основном скорость

саккад снижалась у пациентов с преимущественно акинетико-ригидным вариантом БП. Причем в большей степени скорость саккад снижалась в сторону преобладания клинических симптомов БП.

Выводы. Полученные данные могут свидетельствовать о наличии вестибулярных расстройств у пациентов с БП. Выраженность и характер этих расстройств зависят от тяжести и формы БП. Анализируя полученные данные, можно предположить, что выявляемые вестибулярные расстройства играют важную роль в генезе инвалидизирующих проявлений БП.

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ ВАРИАНТ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА:

СИНДРОМ ЛИНЧА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Голодед Т.В., ординатор (очная форма обучения), кафедра гастроэнтерологии

Руководитель: Лоранская И.Д., д.м.н., профессор,

заведующая кафедрой гастроэнтерологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Колоректальный рак (КРР) занимает лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в РФ. У 3-5% больных развитие заболевания связано с наличием наследственных синдромов. Наиболее распространенные – синдром Линча и семейный аденоматоз толстой кишки. Синдром Линча – генетически обусловленное заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования, в основе которого лежит нарушение в одном из генов репарации неспаренных оснований ДНК. Синдром Линча характеризуется развитием рака толстой кишки, а также возникновением рака иной локализации. В настоящее время в спектр опухолей, наиболее часто ассоциированных с синдромом Линча, включены опухоли эндометрия, яичников, желудка, тонкой кишки, поджелудочной железы, билиарного тракта, почек, предстательной железы.

Клинический случай. Пациентка К., 1941 года рождения, в декабре 2017 года поступила в отделение гастроэнтерологии ЦКВГ для планового обследования. Из анамнеза известно, что в возрасте 31 года по поводу аденокарциномы сигмовидной кишки (T3N1M0) пациентке выполнена резекция сигмовидной кишки. В возрасте 48 лет диагностирована метакронная умеренно дифференцированная аденокарцинома нисходящей ободочной кишки. Выполнена левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзосигмоанастомоза. В возрасте 73 лет при колоноскопии обнаружены 3 тубулярные аденомы восходящей ободочной кишки с дисплазией эпителия. Проведена эндоскопическая полипэктомия. При очередном обследовании в 76 лет по данным УЗИ органов малого таза выявлен полип эндометрия. Была произведена гистероскопия с выскабливанием эндометрия. При патогистологическом исследовании материала диагностирована высокодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома. Проведено радикальное хирургическое лечение. Также пациентка имеетотягощенный наследственный анамнез: у матери – рак эндометрия; у отца – рак центрального бронха; у сестры – рак эндометрия, толстой кишки, двенадцатиперстной кишки; у дочери и племянницы – рак толстой кишки. Таким образом, согласно критериям Bethesda, учитывая наследственность (четыре случая рака толстой кишки в двух поколениях), возникновение злокачественного новообразования впервые в молодом возрасте (31 год), множественные злокачественные новообразования различных локализаций (сигмовидная кишка, нисходящая ободочная кишка, эндометрий), принято решение о выполнении молекулярно-генетического исследования кодирующих экзонов генов MLH1, MSH2 на наличие мутаций. При исследовании ДНК, выделенной из крови пациентки, обнаружена мутация p.Leu650X в гене MLH1, подтверждающая синдром Линча. Последняя госпитализация в отделение гастроэнтерологии ЦКВГ в январе 2019 года. Данных за рецидив основного заболевания не получено. Рекомендовано

проведение генетического исследования дочери пациентки на наличие мутации в гене MLH1 и MLH2.

Выводы. В настоящее время для поиска пациентов с наследственными формами КРР используются Амстердамские критерии II и рекомендации Bethesda. Данный клинический случай является ярким примером синдрома Линча с наличием всех диагностических критериев. В случае обнаружения наследственной мутации в одном из генов системы репарации ДНК у пациента, рекомендовано провести молекулярно-генетическое исследование у всех его кровных родственников, что позволит проводить клинический мониторинг всех носителей аналогичного патогенного варианта в семье, а также разработать для них персонифицированную хирургическую тактику в случае возникновения опухоли.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ КИНЕТИКА ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО
АНТИГЕНА КАК ПРЕДИКТОР АГРЕССИВНОСТИ РАКА
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НИЗКОЙ СТЕПЕНИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ

Гончарук Д.А.¹, врач-уролог, аспирант, старший лаборант кафедры урологии и хирургической андрологии РМАНПО, Гаина О.В.³ студент, Пирогов Н.В.³, студент, Апросимов А.Л.³, студент;

Руководитель: Велиев Е.И.^{1,2}, д.м.н., профессор кафедры урологии и хирургической андрологии, заведующий урологическим отделением;

¹ ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

² ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ», г. Москва

³ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Оценить вклад предоперационных кинетических показателей простатспецифического антигена (далее - ПСА) в выявлении

гетерогенности рака предстательной железы (далее - РПЖ) низкой степени злокачественности.

Материалы и методы. 528 пациентов с клинически локализованным РПЖ и дооперационным индексом Глисона 6 (3+3). Все пациенты были распределены на 3 группы: Группа 1 ($n=151$) - Глисон 6, плотность ПСА $< 0,15 \text{ нг/мл/см}^3$, ≤ 4 положительных биоптата, $< 50\%$ поражения биопсийных столбиков, Группа 2 ($n=229$) - Глисон 6, ПСА $< 10 \text{ нг/мл}$ и Группа 3 ($n=148$) - Глисон 6, ПСА $> 10 \text{ нг/мл}$.

Результаты. Мы оценили скорость прироста ПСА (далее - ПСАС) и время удвоения ПСА (далее - ПСАВУ) во всей популяции пациентов. Дооперационная динамика ПСА в Группе 1 определялась у 30 человек, у 75 человек в Группе 2 и в Группе 3 у 48 человек. Оценка статистической разницы в дооперационной кинетике ПСА между группами выполнялась по критерию Манна-Уитни с поправкой Бонферрони. ПСАС по месяцам и ПСАВУ по годам показали статистически значимые различия между всеми группами исследования ($p < 0,017$). ПСАВУ по месяцам и ПСАВУ по годам не показало статистических различий между Группой 1 и Группой 2 ($p = 0,017$). ПСАВУ только в течение года до операции показало статистическую разницу между всеми группами ($p = 0,0001$). Кроме этого, стоит отметить, что во всех группах исследования медиана ПСАВУ была меньше 3 лет. Статистически значимые различия между Группой 1 и Группой 2 наблюдались только при оценке ПСАВУ ($p < 0,017$).

Выводы. С клинической точки зрения идентификация разницы между Группой 1 и Группой 3 не сильно важна, т.к. уровень ПСА $> 10 \text{ нг/мл}$ уже определяется как промежуточный или высокий риск РПЖ. Определение разницы между Группой 1 и Группой 2 несет куда большее значение. Скорость прироста ПСА до операции показала статистическую разницу между группами 1 и 2.

АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ: РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Гришина В. Б., аспирант кафедры клинической фармакологии и терапии

Руководитель: Сычёв Д. А., д.м.н., проф., чл.-корр. РАН, заведующий

кафедрой клинической фармакологии и терапии, проректор

по развитию и инновациям

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва.

Аллергодерматозы – распространенная гетерогенная группа кожных заболеваний, в патогенезе которых основную роль отводят аллергической реакции немедленного или замедленного типа. Важное место в терапии данных заболеваний занимают антигистаминные препараты.

Цель исследования. Провести оценку рациональности применения блокаторов H1-гистаминовых рецепторов у пациентов с аллергодерматозами.

Материалы и методы. Данные 200 амбулаторных карт пациентов с аллергодерматозами за 2017 г., проанализированные с помощью адаптированного MAI (Medical Appropriateness Index).

Результаты. Анализ показал, что седативные блокаторы H1-гистаминовых рецепторов чаще всего назначались в группе токсикодермии (64,7%), при выборе антигистаминного препарата отдавалось предпочтение Клемастину и Хлорпирамину в равных долях. Неседативные H1-гистаминовые блокаторы также чаще назначались в группе токсикодермии (94,1%), наиболее назначаемым препаратом явился Цетиризин.

При определении модифицированного индекса MAI было выявлено, что 85% из назначенных антигистаминных препаратов имели одну или более несоответствующие оценки из 8 критериев, составляющих опросник. 35% препаратов назначались не по показаниям, 63% не были рекомендованы для терапии дерматоза, обнаруженного у пациента, для 24,5% была неверно подобрана дозировка препарата, для 31,2% указания по приему не соответствовали инструкции к лекарственному средству, 1,5% назначенных

препаратов были противопоказанны в связи с сопутствующей соматической патологией, и для 35,5% длительность терапии была выбрана не верно. Следует отметить, что замечаний по клинически значимым межлекарственным взаимодействиям и неблагоприятным побочным реакциям со стороны лекарственных средств не было.

Выводы. Таким образом, представленные результаты свидетельствуют о недостаточно обоснованном подходе к использованию антигистаминных препаратов у амбулаторных пациентов. Нерациональность терапии, по видимому, в большинстве случаев связана с симптоматической терапией дерматозов с недостаточно изученным патогенезом, обилием блокаторов H1-гистаминовых рецепторов на фармацевтическом рынке, затрудняющим рациональный выбор назначаемого препарата, и недостаточной информированностью медицинских специалистов о современных национальных клинических рекомендациях и международных гайдлайнах.

- Д -

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЧЕЧНОЙ МАССЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Дегтярева М.Д., клинический ординатор кафедры лучевой диагностики
детского возраста

Руководитель: Пыков М.И., д.м.н., проф., заведующий кафедрой лучевой
диагностики детского возраста

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель работы. Оценить диагностическую информативность и прогностическую значимость ранних визуальных изменений почечной массы, определяемой с помощью ультразвукового исследования у недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

Материалы и методы. Проведен систематический обзор и анализ современной литературы по указанной проблеме.

Результаты. Проведен литературный поиск глубиной в 40 лет в основных базах данных, и проанализировано состояние проблемы. Выявлено, что за указанный период многими авторами был проведен скрининг линейных и объёмных параметров почек здоровых новорожденных и детей раннего возраста с помощью ультразвука в зависимости от их постнатального (паспортного возраста), роста, массы тела, пола и национальной принадлежности. Выявлены работы, доказывающие взаимосвязь между массой тела ребенка при рождении и количеством имеющихся в почечной паренхиме нефронов.

Установлен факт образования и морфофункционального развития нефронов исключительно в антенатальном периоде до 35-ой недели гестации и уменьшение количества нефронов на 250 000 – 500 000 на каждый недополученный килограмм массы тела у недоношенных детей и детей с синдромом задержки внутриутробного развития, что впоследствии отражается на функциональном состоянии растущих почек и зачастую сопровождается дальнейшей функциональной перегрузкой и гиперплазией нефронов. Эти сведения легли в основу гипотезы Баркера о внутриутробном программировании здоровья взрослых людей. Однако крайне мало работ, изучающих прижизненно данные аспекты столь деликатного периода жизни в зависимости от отягощающих факторов и, в частности, от массы тела недоношенных детей.

Выводы. Необходимо проведение дальнейшей научно-исследовательской работы по инструментальной оценке показателей почечной массы и функционального состояния почек недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела различного гестационного и постконцептуального возраста с целью визуализировать диагностические маркеры и предикторы патологии почек и использовать их для профилактики патологических состояний у новорожденных детей различного срока гестации.

ОЦЕНКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАТЕРИАЛОВ
ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ОБТУРАЦИИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ ПО
ОТНОШЕНИЮ К *ENTEROCOCCUS FAECALIS* С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ОРИГИНАЛЬНОЙ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ

Дежурко-Король В.А., аспирант кафедры терапевтической стоматологии
Руководитель: Макеева И.М., д.м.н., профессор по кафедре "Стоматология",
зав.кафедрой терапевтической стоматологии, Директор Института
стоматологии
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава
России (Сеченовский Университет)

Цель исследования. Оценить антибактериальный эффект 1,5% геля хлоргексидина и пасты гидроксида кальция по отношению к *Enterococcus faecalis* на образцах корней бычьих зубов в лабораторных условиях.

Материал и методы. В эксперименте использовали 16 образцов, изготовленных из корней бычьих зубов в форме цилиндров. После удаления смазанного слоя образцы стерилизовали в автоклаве при 121⁰С в течение 20 мин. Образцы инокулировали суточной культурой *Enterococcus faecalis* (АТСС 29212) в триптиказо-соевом бульоне с добавлением 5% дефибринированной бараньей крови. Получали концентрацию микробных клеток 1.5x10⁸ КОЕ/мл в 1 мл бактериальной взвеси, что соответствует 0,5. Инокуляцию проводили в стерильных условиях в ламинарном боксе. Все образцы инкубировали в течение 7 дней при 37⁰С. Каждые 2 дня добавляли свежий стерильный бульон.

Спустя 7 дней перед взятием дентинных опилок проводили поверхностную дезинфекцию образцов посредством погружения их в 3% раствор H₂O₂ на 20 мин.

После проведенной поверхностной дезинфекции подтверждали наличие бактерий в дентинных трубочках с помощью сканирующего

электронного микроскопа. Образцы были распределены на 3 группы: 1 - 1,5 % гель хлоргексидина, 2 - гидроксид кальция, 3 - контрольная группа - физиологический раствор. Препараты вносили в корневой канал образцов. Образцы переносили в термостат и оставляли в течение 7 дней при 37⁰С. Все образцы были исследованы на наличие бактериальных клеток путем забора дентинных опилок.

Результаты. 1 группа: 1,5 % гель хлоргексидина - $116,2 \times 10^1 \pm 45,1$ КОЕ/мл, 2 группа: гидроксид кальция - $218,8 \times 10^1 \pm 108,2$ КОЕ/мл, 3 группа: физиологический раствор - $286 \times 10^1 \pm 73,7$ КОЕ/мл.

Выводы. Использование препарата на основе 1,5% хлоргексидина в форме геля приводит к статистически значимому снижению количества *Enterococcus faecalis* в дентинных трубочках ($116,2 \times 10^1 \pm 45,1$ КОЕ/мл) по сравнению с препаратами на основе гидроксида кальция ($218,8 \times 10^1 \pm 108,2$) и контрольной группой ($286 \times 10^1 \pm 73,7$) в экспериментальном исследовании.

ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ПРОДУКЦИЮ BDNF И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕТЧАТКИ У КРЫС С КОНКАНАВАЛИН-ИНДУЦИРОВАННОЙ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ВИТРЕОРЕТИНОПАТИЕЙ

Дементьева А.А., студентка факультета фундаментальной медицины,
кафедра физиологии и общей патологии

Руководитель: Гаврилова С.А., к.б.н., доцент кафедры физиологии и общей
патологии

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова,
факультет фундаментальной медицины, г. Москва

Пролиферативная витреоретинопатия (далее - ПВР) – патология, приводящая к отслойке, разрывам сетчатки и слепоте. В основе развития процесса лежит воспаление, которое приводит к ремоделированию сетчатки

и образованию над и под сетчаткой фиброзно-клеточных мембран. Воспалительный процесс сопровождается активацией метаболического каскада арахидоновой кислоты и продукцией ростовых и нейротрофических факторов.

Цель исследования. Изучение влияния противовоспалительной терапии на функциональное состояние сетчатки и продукцию Brain-Derived-Neurotrophic Factor (далее – BDNF) в модели конканавалин-индуцированной ПВР у крыс.

Материалы и методы. Воспалительную реакцию в заднем отделе правого глаза крысы моделировали путём инъекции конканавалина А интравитреально. Спустя 20 мин трём опытным группам интравитреально вводили физиологический раствор (ФР), лорноксикам (Л) или триамцинолон (Т). Через 24 и 48 ч животным те же вещества вводили системно. Электроретинографию (далее - ЭРГ) делали крысам до начала исследования и повторно перед энуклеацией. Полученный материал исследовали методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией (далее - ОТ-ПЦР) или иммуногистохимическим исследованием (далее – ИГХ) для оценки продукции BDNF. В качестве контрольной группы сравнения во всех сериях экспериментах использовали интактных животных (ИК).

Результаты. Использование (Т) поддерживает электрическую активность сетчатки на 1-3 сутки воспаления. Применение (Л) не предотвращает снижение амплитуды пика а при регистрации максимальной ЭРГ и пика b при проведении фликер-ЭРГ с частотой 12 Гц. При хроническом воспалении (Л), в отличие от (Т), предотвратил значимое ухудшение электрической активности палочек. На острых сроках развития внутриглазного воспаления в группе с применением (Л) увеличивается количество BDNF в ядерных слоях сетчатки по сравнению с группой без лечения. При хроническом воспалении BDNF появляется в ядерных слоях вне зависимости от экспериментальной группы. Однако продукция BDNF во

внутреннем плексиформном и нейроганглионарном слоях возрастает только в группах с противовоспалительной терапией.

Выводы. Электрическая активности фоторецепторов, клеток Мюллера и биполярных клеток в остром периоде воспаления снижается. Применение лорноксикама, но не триамцинолона, поддерживает показатели ЭРГ на уровне нормы при хроническом воспалении, однако на острых сроках НПВС не улучшает электрическую активность сетчатки. Уровень экспрессии BDNF сетчаткой при ПВР значительно снижается в острые сроки по сравнению с группой интактных животных. Ингибирование ЦОГ на острых сроках приводит к повышению уровня продукции BDNF в слоях сетчатки как на 1-е и 3-и сутки по сравнению с группой без лечения, так и через 2 месяца от начала развития воспаления по сравнению с ИК. В то же время блокирование ФЛА2 триамцинолоном приводит к снижению продукции BDNF.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ И ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Дмитриева О.А., студентка 6 курса лечебного факультета ФГАОУ ВО

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет)

Руководитель: Куликов А.Г, д.м.н., профессор проректор по научной работе

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Хронический простатит - одно из наиболее частых воспалительных заболеваний мужской половой сферы (Полунин А.И., Крячко А.А.). Клиническая картина характеризуется наличием болевых ощущений в области промежности с характерной иррадиацией в область бедер, заднего прохода, кресца, дизурическими явлениями, нарушением половой функции. В настоящее время предложены различные схемы лечения данного заболевания с использованием лекарственных препаратов, в том

числе антибактериальной направленности, противовоспалительных и иммуномодулирующих средств, симптоматической терапии. Вместе с тем в лечении данного заболевания активную роль могут играть методы физиотерапии (Кияткин В.А., Карпухин И.В.).

Целью настоящего исследования является описание возможности комбинированного применения различных физических факторов в комплексном лечении пациентов с хроническим простатитом.

Клинический случай. Пациент Н., 41 год, обратился в физиотерапевтическое отделение клиники ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России с жалобами на боли в области промежности, затрудненное мочеиспускание. При проведенном ранее обследовании был установлен диагноз хронический простатит, по поводу которого на протяжении года получил 6 курсов лекарственной терапии с применением антибактериальных препаратов. Показатели анализа секрета предстательной железы до начала лечения: Ph - 5,5, лейкоциты - 15 в поле зрения, эпителиальные клетки - 45 в поле зрения. В отделении пациенту было назначено комбинированное лечение в виде озонотерапии и магнитной стимуляции. Процедуры озонотерапии (аппарат УОТА - 60 - 01, компания Медозон) осуществлялись путем ректальной инсуффляции газовой озоно-кислородной смеси с концентрацией озона 10 мг/л. Объем вводимого газа составил 100 - 120 мл. Процедуры выполнялись 3 раза в неделю, 7 процедур на курс. Магнитную стимуляцию выполняли с помощью препарата «Авантрон» (компания Мадин). Пациент помещался на специальное кресло с магнитными индукторами, расположенными под сидением. Применяли специально разработанную программу импульсной магнитотерапии с величиной магнитной индукции до 200-250 мТл в течение 10-12 мин, на курс 9 ежедневных процедур. Через неделю после начала лечения пациент стал отмечать снижение болевого синдрома, а к концу курса процедур его исчезновение и более свободное мочеиспускание. При повторном анализе секрета предстательной железы выявлены следующие изменения:

нормализация уровня рН - 6,9, уровня лейкоцитов - 5 в поле зрения, эпителиальные клетки - 20 в поле зрения.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует эффективность комплексного подхода к лечению пациентов с хроническим простатитом, позволяя суммировать эффекты лекарственной и физиотерапии.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: ПОЛИМОРФИЗМЫ ЦИТОХРОМА P450 И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ТЕРАПИИ ТАМОКСИФЕНОМ

Дудина И.А., Захаренкова Ю.С., Игнатова А.К., студенты 6 курса
Международной школы «Медицина будущего» ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Руководители: Савельева М.И д.м.н., проф., доцент кафедры клинической
фармакологии и терапии

Поддубная И.В., д.м.н., профессор, акад. РАН., заведующая кафедрой
онкологии, проректор по учебной работе и международному сотрудничеству

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

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

Влияние генетических полиморфизмов системы цитохрома P450 на эффективность терапии тамоксифеном люминального РМЖ широко изучается в последние десятилетия. В данной работе мы одни из первых рассматриваем возможность влияния генетических полиморфизмов системы цитохрома P450 на частоту развития нежелательных явлений при приеме тамоксифена.

Цель исследования. Определить степень влияния полиморфизмов генов CYP2D6*4, CYP3A5*3, CYP3A4*17, CYP2C9*2,3, CYP2C19*2,3 на клинический прогноз и тяжесть нежелательных явлений при терапии тамоксифеном первично-резектабельного РМЖ на примере двух пациенток.

Материалы и методы. Специально разработанные анкеты были использованы для определения факторов риска РМЖ и особенностей течения заболевания, учета проведенного лечения и сопутствующей патологии, анализа нежелательных явлений и оценки их связи с гормонотерапией тамоксифеном. Для генетического анализа мутаций генов CYP2D6*4, CYP3A5*3, CYP3A4*17, CYP2C9*2,3, CYP2C19*2,3 методом полимеразной цепной реакции в реальном времени были использованы образцы буккального эпителия (двукратный забор). Описываемые пациентки являются участниками исследования, включающего 100 женщин и находящегося в фазе обработки результатов.

Результаты. У пациентки А. (64 года) идентифицированы клинически значимые мутации генов CYP2D6(*1/*4), CYP3A5(*3/*3) и CYP2C9(*2/*3), у пациентки Б. (53 года) данные полиморфизмы не обнаружены. У обеих пациенток Ia стадия РМЖ, проведена радикальная операция и лучевая терапия. В течение 1 месяца, после начала терапии тамоксифеном, пациентка Б. отметила появление ярко выраженных нежелательных явлений (боли в костях различной локализации, слабость, головокружения, умеренные приливы, ночная потливость и др.), которые значительно снижали качество жизни, что потребовало через 3 месяца смены препарата. Пациентка А. принимает тамоксифен в течение 19 месяцев, изменение общего состояния не отмечает. На основании определения генетического профиля системы цитохромов P450 пациентки А. и пациентки Б., а также детального анализа более 40 источников мировой литературы, мы выдвигаем гипотезу о том, что нежелательные явления связаны с генетическим полиморфизмом системы цитохромов P450. Возможно, наличие ярко выраженных побочных эффектов свидетельствует о высокой концентрации активных метаболитов и эффективности терапии тамоксифеном, однако, может препятствовать наличию достаточной комплаентности и требовать коррекции терапии (пациентка Б.). С другой стороны, полное отсутствие побочных эффектов может косвенно свидетельствовать о недостаточной

фармакологической активности препарата из-за наличия одной и/или нескольких клинически значимых мутаций в гене системы цитохрома P450 (пациентка А.).

Выводы. Привлечение генетического исследования в рутинную клиническую практику даст возможность оценивать противопоказания не только по клиническим данным, но и на основе фармакогенетического профиля пациента.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В г. ТАШКЕНТЕ

Дусчанова Н.Т., младший научный сотрудник кафедры эндокринологии

Руководитель: Рахимова Г.Н., д.м.н., проф., заведующая кафедрой
эндокринологии ТашИУВ, г. Ташкент

Ташкентский институт усовершенствования врачей (ТашИУВ), г. Ташкент,
Узбекистан

Фармакоэпидемиологические исследования играют важную роль в получении достоверной информации о существующих в настоящее время терапевтических схемах лечения больных сахарным диабетом 2 типа (СД2). Проведение фармакоэпидемиологического исследования позволяет оценить рациональность использования лекарственных средств (ЛС), особенности терапии заболевания в условиях реальной клинической практики и соответствие существующим национальным и международным клиническим рекомендациям.

Цель исследования. Изучить особенности терапии сахарного диабета 2 типа в г. Ташкенте в условиях реальной клинической практики и соответствие существующим национальным и международным клиническим рекомендациям.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 200 больных, в возрасте 18 лет и старше, получающих амбулаторное лечение по поводу СД 2 типа в двух семейных поликлиниках г. Ташкента Мирзо-Улугбекского района.

Результаты. При исследовании больных получающих сахароснижающую терапию, выявлено что 62.5% (n=125) больных принимают метформин в качестве монотерапии или в различных комбинациях с ПССП или\и инсулинотерапией. Также в назначенном лечении у 48% (n=96) больных были производные сульфонилмочевины(СМ). Большинство пациентов (58.5%) получали пероральные сахароснижающие препараты (ПССП) в качестве монотерапии или в различных комбинациях без инсулинотерапии. Из них большая часть пациентов (31%) получали ПССП в виде «двойной комбинации» – метформин+СМ, в виде монотерапии одним из вышеназванных ПССП (24%), и лишь 3 пациента (1,5%) получали фиксированные комбинации + метформин. Инсулинотерапию получали 41,5% пациентов в различных комбинациях с другими ПССП и в виде монотерапии.

Выводы. Монотерапия метформином проводилась у 13% больных и 11% получали монотерапию СМ. Фармакоэпидемиологический анализ потребления сахароснижающих ЛС выявил факт высокого назначения инсулинотерапии (41,5%), которое соответствует международным стандартам лечения.

- Е -

РЕЦИДИВЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Егорова Ю.О. аспирант кафедры туберкулеза и инфекционных болезней
Руководитель: Зоркальцева Е.Ю д.м.н, доц., проф., зав. кафедры туберкулеза

Проблеме рецидивов туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией уделено в литературе небольшое внимание, однако в настоящее время она является актуальной т.к. туберкулез на фоне ВИЧ-инфекции значительно реже излечивается, и в 30% случаев приводит к рецидиву.

Цель исследования. Изучить клинические проявления рецидивов туберкулёза у пациентов с ВИЧ-инфекцией, охарактеризовать причины рецидивов у больных сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Обследовано 82 пациента, находящихся на стационарном лечении в ОГБУЗ «Иркутская областная туберкулезная больница» в 2016-2018 гг. Из них пациентов с рецидивами туберкулеза было 41, с рецидивами туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией – 41 человек. Все пациенты были обследованы с помощью общеклинических методов, рентгенологических, микробиологических, иммунологических. Микробиологические методы включали определение ДНК МБТ в мокроте и, по показаниям, в другом патологическом материале с исследованием устойчивости к рифампицину молекулярно-генетическими методами, посевами на плотные и жидкие (БАКТЕК) питательные среды. Статистическая обработка проводилась с использованием Т-критерия Стьюдента и χ^2 с поправкой по Йетсу.

Результаты. Средний возраст у больных с рецидивами туберкулеза составил $44,6 \pm 11,1$ лет, а при наличии сопутствующей ВИЧ-инфекции – $36,1 \pm 4,4$ года ($P < 0,01$).

У пациентов с ВИЧ-инфекцией на фоне отсутствия выраженной иммуносупрессии при первичном заболевании преобладают инфильтративные формы туберкулеза ($\chi^2 = 8,28$; $P = 0,0005$), рецидивы проявляются более тяжелыми клиническими проявлениями в виде поражения ЦНС и генерализацией процесса.

Основным фактором, способствующим развитию рецидивов туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, явилась наркотическая зависимость у 28 человек (68,3%) ($P < 0,01$). Одинаково редко ВИЧ-позитивные и ВИЧ-негативные пациенты с рецидивами получали противорецидивные курсы.

При рецидивах у ВИЧ-инфицированных реже встречались инфильтративные формы, чаще – диссеминированные. Фиброзно-кавернозный туберкулез в структуре рецидивов у больных сочетанной патологией отсутствовал, значимо чаще выявлялись внелегочные локализации и генерализованные формы, с поражением мозговых оболочек и ЦНС в подавляющем большинстве случаев ($\chi^2 = 8,8$, $P < 0,05$).

Еще одной особенностью рецидивов туберкулеза в обеих группах явилась значительная частота бактериовыделения с высоким уровнем множественной лекарственной устойчивости (МЛУ), в группе больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией 25 (60,9%) бактериовыделителей, из них с МЛУ – 18 больных (72%). Аналогичные показатели у пациентов с рецидивами без ВИЧ-инфекции составили 17 (41,4%) и 13 (76,4%), $P > 0,05$.

Выводы. Клинические проявления рецидивов туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией характеризуются крайне неблагоприятным течением, в 13,2% случаев развиваются генерализованные формы туберкулеза, а у 30% больных развивается туберкулезный менингоэнцефалит.

Одной из причин возникновения рецидива туберкулеза у ВИЧ-позитивных пациентов является наркотическая зависимость.

Бактериовыделение при рецидивах туберкулеза в обеих группах отмечается значительно чаще и отличается высоким уровнем МЛУ, что крайне неблагоприятно отражается на эффективности лечения.

ИЗУЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Есаян М.С., аспирант кафедры терапевтической стоматологии
Руководитель: Макеева И. М., д.м.н., профессор, зав.кафедрой
терапевтической стоматологии, директор Института Стоматологии
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва

Системная склеродермия – это полисиндромное заболевание с характерными изменениями кожи, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов (легких, сердца, пищеварительного тракта, почек) и распространенными вазоспастическими нарушениями по типу синдрома Рейно. В основе заболевания лежит поражение соединительной ткани с преобладанием фиброза и сосудистые патологические изменения по типу облитерирующей микроангиопатии. Проявления ССД в ЧЛО — следствие общего патологического процесса со своеобразной, присущей данной области клинической картиной. Проблема стоматологического статуса больных с ССД привлекала внимание ученых XX века, поскольку понимание особенностей стоматологической патологии больных с ССД даст возможность повысить эффективность их лечения. К проявлениям ССД в полости рта относят: сужение ротовой щели за счет атрофии и склероза кожи в области рта, расширение периодонтальной щели на рентгенограмме в области одного или нескольких зубов, ксеростомия, телеангиэктазия, поражение костной ткани по типу остеонекроза. Нередко ССД сопровождается присоединением вторичного синдрома Шегрена. Изучение особенностей стоматологического статуса пациентов с ССД необходимо для разработки рекомендаций по профилактической гигиене и лечению пациентов с данной патологией.

Цель исследования. Оценить распространенность основных стоматологических заболеваний у пациентов с ССД.

Материалы и методы. Проводилось стоматологическое обследование пациентов с установленным диагнозом системная склеродермия в возрасте

от 30 – 44 лет (30 чел.) и от 45 до 65 лет (40 чел.). В 1 группе пациентов средний возраст составил 36 лет, среди обследованных было 6 мужчин и 24 женщины. Во 2 группе пациентов средний возраст составил 57 лет, из них 2 мужчин и 38 женщин.

Результаты. По данным обследования показатель распространенности кариеса у пациентов в 1 и во 2 группе составил 100 % , среднее значение индекса КПУ составило 19,2 в 1 группе, у пациентов во 2 группе индекс КПУ составил 36,7. Среднее значение индекса ОНІ-S в первой группе составило 3,1, во второй группе – 6,4.

Выводы. Мы считаем, что высокие показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов у пациентов с ССД связаны с нарушением открывания рта у данной группы больных, а также отсутствием мануальных навыков для осуществления адекватной личной гигиены полости рта.

- Ж -

К ВОПРОСУ О ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Жариков К.М., Колесникова Е.А., Тулинцев В.А., студенты кафедры
факультетской терапии и эндокринологии

Руководитель: Шукшина Л.М., к.м.н., доц., доцент кафедры факультетской
терапии и эндокринологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург

Цель исследования. Провести анализ соответствия стандартов стационарной медицинской помощи больным сахарным диабетом 2 типа (далее - СД 2) в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни больных с СД 2 типа, лечившихся в эндокринологическом отделении ГБУЗ «ООКБ» в 2017 году.

Результаты. В 2017 году в эндокринологическом отделении лечилось 690 пациентов с СД 2. В структуре сахароснижающей терапии инсулинотерапия присутствовала у 90% госпитализированных пациентов, причем у 74% она была интенсифицированной. Среди пероральных сахароснижающих препаратов преобладали бигуаниды (84%). 20% пациентов получали сульфонилмочевинные препараты: гликлазид МВ, глимепирид, глибенкламид. На долю инкретиновых препаратов – ингибиторов дипептидилпептидазы 4 типа (вилдаглиптин, аллоглиптин) пришлось 3 % лекарственных назначений, а ингибиторов натрий-глюкозных котранспортеров 2 типа (дапаглифлозин, эмпаглифлозин) – еще 2%. Помимо этого, установлено, что у 50% больных СД 2 был снижен уровень скорости клубочковой фильтрации (СКФ) ниже 60 мл/мин/1,73м², причем у 9 % пациентов СКФ оказалась ниже 45 мл/мин/1,73м², что учитывалось в коррекции лекарственных назначений.

Около 88% пациентов с СД 2 имели артериальную гипертонию, и у 60% из них наблюдалась сердечная недостаточность I-II (а) степени. Препаратами выбора были ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, тиазидоподобные диуретики и антагонисты кальция. При наличии у пациентов сердечной недостаточности лечение дополнялось назначениями β-блокаторов. Повышенный уровень холестерина наблюдался у 60% больных, по поводу чего они получали статины (аторвастатин, симвастатин, розувастатин) в рекомендованной терапевтической дозе.

Выводы. Проведенное исследование показало, что пациентам отделения проводится рациональная сахароснижающая, гипотензивная, гиполипидемическая терапия в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи больным СД 2.

НЕЗНАНИЕ И РАВНОДУШИЕ МОГЛИ СТОИТЬ РЕБЕНКУ ЖИЗНИ

Ждакаева Е.Д., очная форма обучения, ординатор, кафедра педиатрии с курсом поликлинической педиатрии им.Г.Н.Сперанского

Руководитель: Холодова И. Н., д. м. н., проф., профессор кафедры педиатрии с курсом поликлинической педиатрии им.Г.Н.Сперанского
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Геморрагическая болезнь новорожденных (ГБН) или гипо-К-витамин-зависимая транзиторная неонатальная коагулопатия – самая частая форма геморрагического диатеза в неонатологии (0,25-1,5%), возникающая вследствие недостаточного синтеза печенью витамин К-зависимых факторов свертывания II, VII, IX, X.

Клинический случай. Под наблюдением находилась девочка П. - 09.02.2018 г.р. Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне кольпита, гестоза. 1-х своевременных родов. Схватки – с 3 часов. Скорой помощью роженица доставлена в роддом. В 5:30 осмотрена акушером-гинекологом, переведена в родовую палату. После осмотра - кровянистые выделения из половых путей. Следующий осмотр только в 10 ч заведующим отделением. Отмечено излитие светлых околоплодных вод. Введен промедол, 3-хкратно проводилась эпидуральная анестезия. Роженица жаловалась на сильные боли и ощущение потуг, однако реакции врачей не было. Отозвалась только молодая акушерка, которая проводила роженицу из палаты на своих ногах в родзал для родоразрешения. Проведена эпизиотомия. Роды - в 19:20, быстрые. Состояние ребенка при рождении среднетяжелое, 7/7 баллов по шкале Апгар. Вес – 2900г, рост- 50см. Выражены признаки морфо-функциональной незрелости. Дефицит массы тела. Околоплодные воды - зеленые за счет мекония, цианоз кожных покровов. Проведена санация дыхательных путей. К груди не прикладывали. Профилактика викасолом не проводилась. 10.02.18 утром ребенок передан маме, впервые приложен к груди. В ночь на 11.02.18 мама проснулась от того, что ребенок захлебывался

кровью, обратилась к постовой медсестре. Установлен желудочный зонд. По зонду - алая кровь. Начата инфузионная терапия, в/в этамзилат, впервые - викасол в/м. Без эффекта. Ребенок доставлен в ДГКБ в реанимационное отделение. В общем анализе крови (11.02.18): анемия Hb-118г/л, лейкоцитоз $L-13.2 \cdot 10^9$ /л. Повторно (20.02.18): анемия сохранялась Hb-103г/л, увеличение тромбоцитов до $688 \cdot 10^9$ /л. Коагулограмма от 11.02.18- АЧТВ- более 200с, фибриноген- 0,76г/л, МНО-1,53, Протромбиновый индекс-67%.

Биохим. ан. крови (11.02.18): гипопропротеинемия до белок - 47г/л. В общем анализе мочи (11.02.18): эритроцитурия до 30-40 в п/з. НСГ (12.02.18): УЗ-признаки умеренного повышения эхогенности перивентрикулярной области.

УЗИ брюшной полости и почек (11.02.18): признаки увеличения желчного пузыря, метаболической нефропатии обеих почек. Эхо-КГ (11.02.18): ООО (2мм), дилатация правого предсердия. ЭКГ (12.02.18): Синусовый ритм. ЧСС 130-136 уд/мин. Отклонение ЭОС вправо.

Выставлен диагноз: ГБН. Классическая форма, тяжелое течение. Церебральная ишемия I-II ст. Синдром снижения нервно-рефлекторной возбудимости. ООО. Анемия средней степени тяжести.

Лечение в ОРИТН: ИВЛ 5 дней. Антибактериальная терапия (гентамицин №2, ампициллин №6). Инфузионная терапия. Гемостатики. Парентеральное питание. Пробиотики. Переливание свежезамороженной плазмы №2. На фоне лечения состояние улучшилось, переведена на 2-ой этап выхаживания.

Выводы. Человеческий фактор играет важную роль в развитии заболеваний и их осложнений. В данном случае было совершено две ошибки: сначала была недооценка состояния роженицы, затем ребенку, незрелому, с дефицитом массы тела, пострадавшему в родах и перенесшему острую гипоксию, очевидно находящемуся в группе риска по развитию ГБН, не проведена своевременная профилактика. А ведь это могло стоить ребенку жизни ...

ИСХОДЫ РОДОВ И СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Жердакова Д.В., ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Файзуллина Н. И., к.м.н., ассистент кафедры
акушерства и гинекологии

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Иркутск

Цель исследования. Изучить частоту родов у женщин старшего репродуктивного возраста через естественные родовые пути и путем операции кесарева сечения. Оценить состояние новорожденных детей, сравнить возможные осложнения раннего периода новорожденности при естественном и оперативном родоразрешении.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 103 историй женщин, поступивших в ОГАУЗ «ИГПЦ» г. Иркутска за период 2018 года. Критерием включения женщин в исследование явился возраст 40 лет и более. Были сформированы 2 группы: группа А (63 женщины, рожавшие самостоятельно), и группа В (40 женщин, родоразрешенные оперативным путем). Проведен анализ методов родоразрешения в связи с данными о состоянии новорожденных и наличия выявленных осложнений у детей.

Результаты. Группа А составила 61,1% (n-63), группа В - 38,9% (n-4) от общего числа исследуемых. Средний возраст женщин в группе А - 41,1 г., в группе В - 41,7 г. Средний срок беременности при родоразрешении в обеих группах составил 39-40 недель. Основные показания к оперативному родоразрешению в группе В были преждевременная отслойка плаценты, симфизит, плацентарные нарушения, гестационный сахарный диабет. Средняя масса тела новорожденных в группе А составила 3332 г, в группе В 3452 г. Всего ранний период новорожденности осложнился у 25,2% детей (n-26) в обеих группах. При этом в группе А процент осложнений составил 23,8% (n-15), а в группе В - 27, 5% (n-11) от количества родов в исследуемой группе. Наиболее часто встречающимися осложнениями раннего периода

новорожденности, зарегистрированными в обеих исследуемых группах были неонатальная желтуха (30,7%, n-8), кефалогематома (15,3%, n-4) и кожно-геморрагический синдром (15,3%, n-4). Врожденные пороки развития отмечены у 2,9% (n-3) новорожденных, при этом в группе В - 5% (n-2), а в группе А - 1,5% (n-1). У новорожденных группы А осложнения встречались на 13,4% реже, чем в группе В. Так, в группе А осложнения в виде неонатальной желтухи выявлены в 26,7% случаях (n-4), кожно-геморрагический синдром в 20% (n-3), кефалогематома в 7% (n-1), в то время как в группе В – ранний период новорожденности осложнился неонатальной желтухой в 36,4% (n-4), кефалогематомой в 27,2% (n-3) и кожно-геморрагическим синдромом в 9% (n-1). Таким образом, неонатальная желтуха у новорожденных встречалась в 1,3 раза чаще, а кефалогематома в 3,9 раз при оперативном родоразрешении. В то время как кожно-геморрагический синдром практически в 2 раза чаще имел место у новорожденных после естественных родов.

Выводы. По данным исследования, роды у женщин старшего репродуктивного возраста чаще протекали через естественные родовые пути. Оперативное родоразрешение проводилось женщинам по показаниям осложненного течения беременности. Осложнения раннего периода новорожденности в виде неонатальной желтухи и кефалогематомы достоверно чаще отмечены при оперативном родоразрешении, что связано прежде всего с наличием осложненного течения беременности у матери. При этом осложнения, зарегистрированные нами у детей при естественном родоразрешении в виде кожно-геморрагического синдрома возможно связаны с недостаточным поступлении молока в начальном периоде грудного вскармливания.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Жильцов В.В., студент, кафедра инфекционных болезней

Курек Н.С., студент, кафедра инфекционных болезней

Петкявичюте Я.И., студент, кафедра инфекционных болезней

Руководитель: Погромская М.Н., к.м.н., доцент кафедры
инфекционных болезней

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
г. Санкт-Петербург

ВИЧ-инфекция - представляет собой серьезную медико-социальную проблему и является одной из самых распространенных вирусных инфекций с гемоконтактным механизмом передачи, который реализуется половым, парентеральным и перинатальным путями передачи. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в России за 2018 год составил 58,2 случаев на 100 тысяч населения. Фактическая пораженность ВИЧ/СПИДом в Санкт-Петербурге по состоянию на 01.11.2018 года составила 0,8% или 828,0 на 100 тысяч населения.

Цель. Изучить клиническое течение и эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции у пациентов, находящихся на стационарном лечении в КИБ им. С.П. Боткина в 2018 году.

Материалы и методы. Проанализировано 34 истории болезни пациентов с диагнозом «ВИЧ-инфекция, стадия 4В», проходивших лечение в КИБ им. С.П. Боткина в 2018 году. Возраст больных составил от 35 до 67 лет ($38,4 \pm 6,6$). Для выполнения статистической обработки данных предварительно проводились фиксация значений и первичный подсчет расчетных параметров в программе Microsoft Excel. Достоверность наблюдаемых различий определялась с помощью правила трех сигм, которое позволяло сравнивать средние значения выборок. Только часть показателей,

полученных в ходе экспериментов, демонстрировали достоверные различия между группами исследуемых пациентов.

Результаты. Группу исследуемых составили 34 пациента - 73,5 % мужчин (25 человек) и 26,5% женщин (9 человек). Средний возраст заболевших мужчин составил $38,5 \pm 22,2$ лет, женщин $37,5 \pm 8,7$ лет.

У всех пациентов были выявлены оппортунистические заболевания. Из нозоформ в структуре оппортунистических инфекций преобладала кандидозная инфекция (73,5%), среди которой орофарингеальный кандидоз был диагностирован у 18 больных (72%), распространенный кандидоз желудочно-кишечного тракта у 8 человек (38%).

Пневмония, как одно из самых распространенных заболеваний дыхательной системы у ВИЧ-инфицированных, развилась практически у всех пациентов наблюдаемой группы (73,5%): пневмоцистная пневмония у 6 больных (24%), пневмония, вызванная клебсиеллами у 2 (8%), в 68% случаев - другая пневмония с не уточненным возбудителем.

Туберкулез легких выявлен у 11 наблюдаемых (32,3%), в том числе туберкулез ЦНС у 4 больных, у 2 - туберкулез мочеполовой системы и у 2 - туберкулез внутрибрюшных лимфатических узлов.

Токсоплазмоз головного мозга, как основная причина заболевания ЦНС при ВИЧ/СПИД, был диагностирован у 32,3% больных, криптококковый менингоэнцефалит у 5,9%.

В исследуемой группе 8,3% пациентов получали АРВТ, у 13,8% лечение было прервано, у 77,7% до поступления в стационар АРВТ не проводилась. При отсутствии и прерывании лечения вирусная нагрузка возрастает в среднем в 1880 раз. Данная категория пациентов имеет широкий спектр сопутствующих заболеваний и осложнений.

Выводы. ВИЧ-инфекция является актуальной проблемой в Санкт-Петербурге. Чаще болеют молодые люди, преимущественно мужчины, средний возраст исследуемых пациентов 38 лет. Наиболее частый путь передачи - половой. Выявлена зависимость между отсутствием лечения и

развитием осложнений, степенью тяжести. Наиболее частые оппортунистические заболевания – кандидозная инфекция и пневмоцистная пневмония.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Журавель О.С., ординатор кафедры хирургии

Руководитель: Шабунин А.В., д.м.н., проф., член-корр. РАН,
заведующий кафедрой хирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Резекция печени – одно из наиболее сложных оперативных вмешательств. По данным различных авторов осложнения после операций на печени встречаются от 4,09 до 47,7%, послеоперационная летальность составляет 0,24 до 9,7%¹. Оценка динамики развития послеоперационных осложнений и выявление факторов, оказывающих непосредственное влияние на них – важные аспекты деятельности хирургической клиники, позволяющие улучшить результаты лечения больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями печени.

Материалы и методы. В исследование было последовательно включено 239 пациентов с доброкачественными и злокачественными поражениями печени, проходивших лечение в отделении хирургии печени и поджелудочной железы с 2008 по 2017 год, кому была выполнена резекция печени различного объема. Мужчин было – 102 (средний возраст $55,18 \pm 15,82$ (16-80) лет), женщин – 137 (средний возраст $53,59 \pm 14,95$ лет (21-78)). У 154 (64,4%) пациентов резекции выполнялись по поводу злокачественного поражения печени (средний возраст составил $61,28 \pm 10,4$), у 85 (35,6%) – по поводу доброкачественного процесса (средний возраст – $41,68 \pm 14,7$).

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде умерло 4 (1,7%) пациента. У 51 пациента (21,3%) диагностировано 65 послеоперационных осложнений (27,2%). Среди них осложнений IIIВ и выше по Clavien-Dindo – 16 (6,7%). При одно- и многофакторном анализе единственным фактором, влияющим на развитие послеоперационных осложнений явился пол пациента ($p=0,003$ и $0,004$, соответственно). У женщин послеоперационные осложнения зафиксированы в 19,7% случаев (27/137), а у мужчин в 37,2% случаев (38/102) ($p=0,004$).

Мы оценили влияние данных факторов на развитие послеоперационных осложнений IIIВ и выше по классификации Clavien-Dindo. При однофакторном анализе возраст ($p=0,038$) и вид резекции ($p=0,017$) достоверно влияли на развитие данного типа осложнений. При многофакторном анализе только вид резекции ($p = 0,04$) достоверно влиял на частоту развития осложнений. Развитие послеоперационных осложнений достоверно увеличивало средний послеоперационный койко-день ($p=0,0001$). Так, средний послеоперационный койко-день без развития осложнений составил $11,94 \pm 4,74$ дня (4-37), при развитии осложнений – $29,1 \pm 18,7$ (5-106).

Для оценки динамики развития послеоперационных осложнений все выполненные резекции были разделены на два равных временных периода: с 2008 по 2012 и с 2013 по 2017 года. Таким образом в I период выполнена 91 резекция печени, во II - 148 резекций печени. За первый и второй временные периоды послеоперационные осложнения зафиксированы в 38,3 и 20,9% случаях соответственно ($p<0,05$).

Выводы. На частоту развития послеоперационных осложнений оказывают влияние: качество предоперационной диагностики, показания к различным видам резекции печени, принятых в хирургической клинике, квалификация оперирующей бригады, наличие современной хирургической аппаратуры. Важным фактором, влияющим на динамику развития послеоперационных осложнений, оказывает постоянный мониторинг и анализ собственных результатов для коррекции собственных протоколов

диагностики и лечения больных с доброкачественными и злокачественными поражениями печени, а также динамичное развитие каждого звена мультидисциплинарной команды.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПРИМЕРЕ Nd:YAG ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Журбенко А.А., клинический ординатор 2-го года обучения, кафедра
эндоскопической урологии

Руководитель: Борисенко Г.Г, доцент кафедры эндоскопической
урологии, к.м.н

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В последние годы в хирургии очень популярными среди врачей и пациентов стали эндоскопические операции. Это обусловлено, прежде всего, тем, что подобные хирургические вмешательства обладают рядом преимуществ перед открытыми операциями. Главным показателем при выборе метода оперативного лечения сейчас является малая травматичность и максимальное удаление патологических образований. И всем этим требованиям сегодня как раз отвечает лазерная хирургия. Мы предлагаем вашему вниманию опыт проведения оперативных вмешательств с применением лазерных технологий.

Цель исследования. Оценить эффективность применения лазерных технологий при лечении неинвазивного рака мочевого пузыря.

Материалы и методы. В основу исследования положено 78 пациентов с неинвазивным раком мочевого пузыря, в возрасте от 45 до 80 лет. Из них 67 мужчин (85.8%), женщин 11 (14.2%). Всем пациентам данной категории были выполнены лазерная резекция с помощью Nd: YAG лазера. Каждому пациенту через 1 месяц после оперативного вмешательства

проводилась контрольная цистоскопия, затем исследование повторялось каждые 3 месяца в течение года, затем 1 раз в 6 месяцев.

Результаты. В результате 3-х летнего наблюдения, рецидива в области зоны резекции у группы пациентов не наблюдалось. Отсев опухолевого роста на стенку мочевого пузыря другой локализации определялось у 6.4% исследуемых (5 человек). У 17,9% исследуемых возникали поздние послеоперационные осложнения, которые проявлялись кровотечением, обусловленные обширной зоной резекции.

Выводы. Проблема рака мочевого пузыря (РМП) является международной медицинской проблемой, представляя собой одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований. Разрабатываются новые различные программы по внедрению в практику достижений фотомедицины и фотобиологии, а это позволит расширить арсенал лазерных технологий. По результатам проведенного исследования можно сделать выводы, что количество рецидивов в послеоперационном периоде у пациентов на опухоли которых воздействовали лазером минимально.

- 3 -

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ С УЧАСТИЕМ КАСПАЗЫ-8 И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ РЕГУЛЯЦИИ В ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ РАКА

Закиров Ф. Х., студент 2 курса Международной школы «Медицина
будущего»

Руководитель: Оганесян М. В., к. м. н., доцент кафедры анатомии человека
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва

Цель исследования. На основе данных литературы рассмотреть молекулярные механизмы с участием проапоптотического белка каспазы-8 в опухолевых клетках, альтернативные сигнальные пути с ее участием и

обозначить их возможное применение в таргетной терапии злокачественных опухолей.

Материалы и методы. Проведен анализ статей баз данных Medline и Embase. Поиск осуществлялся по ключевым словам: «caspase-8 cancer therapy», «caspase-8 inhibition» «caspase-8 apoptosis regulation».

Результаты. В результате анализа данных были выявлены следующие механизмы ингибирования каспазы-8: 1) инактивация белком FLIP; 2) фосфорилирование; 3) убиквитинирование, обуславливающие устойчивость некоторых опухолей к апоптозу. Вместе с тем были обнаружены альтернативные сигнальные пути с участием каспазы-8: 1) модуляция иммунного ответа; 2) стимуляция миграции клеток; 3) фосфорилирование гистонов, которые способствуют развитию раковых клеток и обеспечивают их устойчивость к терапии.

Выводы. Подавление молекулярных механизмов, способствующих инактивации проапоптотического действия каспазы-8 является одной из стратегий таргетной терапии ряда злокачественных новообразований. Более того, наличие альтернативных сигнальных путей с участием каспазы-8 создает перспективы их модуляции для снижения устойчивости раковых клеток к уже существующим методам терапии.

ПОЛИМОРФИЗМЫ ЦИТОХРОМА P450 И НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПРИ ПРИЕМЕ ТАМОКСИФЕНА

Захаренкова Ю.С., Дудина И.А., Игнатова А.К., студенты 6 курса
Международной школы «Медицина будущего» ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Руководители: Савельева М.И д.м.н., проф., доцент кафедры клинической
фармакологии и терапии

Поддубная И.В., д.м.н., профессор, акад. РАН., заведующая кафедрой
онкологии, проректор по учебной работе и международному сотрудничеству

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва

Тамоксифен применяется для лечения ER-позитивного рака молочной железы. Тамоксифен метаболизируется системой цитохрома P450 до активных метаболитов, многочисленные полиморфизмы которого потенциально могут оказывать влияние на эффективность, частоту и тяжесть нежелательных эффектов терапии тамоксифеном.

Цель исследования. Определить возможность влияния генетических полиморфизмов системы цитохрома P450 CYP2D6*4, CYP3A5*3, CYP3A4*17, CYP2C9*2,3, CYP2C19*2,3 на развитие нежелательных эффектов на фоне приема тамоксифена, оценить частоту их возникновения и выявить факторы риска у женщин русской популяции, имеющих первично-резектабельный люминальный РМЖ.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 27 женщин, получившие радикальное хирургическое лечение, лекарственную и лучевую терапию по поводу первично-резектабельного люминального РМЖ и принимающие тамоксифен на момент исследования. Для выявления возможных факторов риска и оценке тяжести нежелательных эффектов был использован анкетный опрос. Для генетического анализа полиморфизмов методом полимеразной цепной реакции в реальном времени были произведен двукратный забор образцов буккального эпителия.

Нежелательные явления (НЯ) на фоне приема тамоксифена наблюдались у 92,6% (у 25 из 27 пациентов): приливы – 77,8%, астеновегетативный симптомокомплекс – 55,6%, увеличение массы тела – 51,8%, боли в костях – 48,1%, выпадение волос – 40%, диспепсия – 18,5%, влагилищные кровотечения, атипичные выделения – 14,8%. Других явлений пациентки не отмечали. Наличие сочетания 4 НЯ (не всегда одновременно) отмечали 29,6% (8 из 27) пациенток, 2 НЯ – 25,9%, а 11,1% пациенток

отмечали наличие 1, 3 или 5 НЯ. Была обнаружена тенденция к снижению частоты возникновения большинства НЯ при терапии тамоксифеном у пациенток, имеющих клинически значимую мутацию G1846A в гене CYP2D6 rs 3892097. При диком типе гена и при гетерозиготной мутации приливы отмечались в 85% и 57,1% ($p>0.05$), боли в костях – 55% и 28.6% ($p>0.05$), увеличение массы тела – 55% и 42,8% ($p>0.05$), диспепсия – 20% и 14,3% ($p>0.05$) соответственно. Наоборот, у пациенток, имеющих в гене CYP2C19 rs 4244285 мутацию G681A, наблюдалась обратная тенденция. При диком типе гена и при мутации приливы отмечались у 73,6% и 87,5% женщин ($p>0.05$), боли в костях – 42,1% и 62,5% ($p>0.05$), увеличение массы тела – 47,4% и 62,5% ($p>0.05$), диспепсия – 15,8% и 25% ($p>0.05$), астеновегетативный симптомокомплекс – 52,6% и 62,5% ($p>0.05$) соответственно.

Выводы. Мы предполагаем, что мутация G1846A в CYP2D6 ассоциируется с низкими концентрациями активных метаболитов. В связи с этим НЯ развиваются реже, а их полное отсутствие может косвенно свидетельствовать о недостаточной активности тамоксифена. Возможными факторами риска развития НЯ при приеме тамоксифена являются: II-III стадия РМЖ, длительный прием препарата, ИМТ >25 кг/м². По нашему мнению, применение генетического исследования полиморфизмов CYP450 в клинической практике позволит персонализировать и повысить эффективность терапии тамоксифеном.

БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Захарова А.С., клинический ординатор (очное обучение), кафедра педиатрии с курсом поликлинической педиатрии им академика Г.Н.Сперанского
Руководитель: Захарова И.Н., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии с курсом поликлинической педиатрии им. Г.Н. Сперанского

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Описать редкое, тяжелое заболевание (частота встречаемости болезни Вильсон-Коновалова в популяции колеблется от 1:30000 до 1:100000, с частотой гетерозиготного носительства патологического гена 1:90) и отразить современные возможности его диагностики и методы его лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ истории болезни ребенка А. (девочка, возраст на момент дебюта заболевания – 13 лет.), находившегося на лечении по поводу тубулоинтерстициального нефрита смешанного генеза (постинфекционный, оксалатно-кальцевая кристаллурия), активность 0-1 ст. Нарушение функции почек по осмотическому концентрированию. Особое внимание обращали на клинические особенности, характерные лабораторные и рентгенологические изменения, позволяющие заподозрить болезнь Вильсона-Коновалова и назначить адекватную терапию.

Результаты. Девочка, 13 лет, страдает хроническим интерстициальным нефритом в течение года. Летом 2017 г. у девочки впервые появился выраженный отечный синдром, а после перенесенной ОРВИ – геморрагический синдром (петехиальная сыпь, носовые кровотечения). Через год отмечается нарушение речи, головные боли. В связи с сохраняющимся отечным и геморрагическим синдромами госпитализируется в стационар. При поступлении в стационар (2018 год) исключены инфекционные заболевания, обострения тубулоинтерстициального нефрита не обнаружено.

При обследовании: АСЛО более 250 МЕ/мл, что указывало на стрептококковую инфекцию. Установлено, что в основе отечного синдрома лежит гипопроteinемия (58 г/л), гипоальбуминемия (31 г/л), петехиальной сыпи – тромбоцитопения ($67 \times 10^9/\text{л}$) и нарушение коагуляции (АЧТВ 45,7; время по Квику 49,6, фибриноген 33,6). Гипербилирубинемия (39,15 мкмоль/л), повышение щелочной фосфатазы (276 ед/л), что свидетельствует

о холестазе. Выявленные изменения указывали на возможное поражение печени.

Учитывая, что у ребенка были головные боли и нарушение речи диагностический поиск требовал исключения поражения головного мозга, для чего проведена МРТ. Выявлены признаки гепатолентикулярной дегенерации. Клинические данные, обнаруженные изменения в биохимическом анализе крови, коагулограмме, на МРТ позволили заподозрить болезнь Вильсона-Коновалова, сделан анализ на церулоплазмин, который оказался повышенным до 4,2 мг/дл.

Был выставлен диагноз «Болезнь Вильсона Коновалова» и определена дальнейшая тактика ведения ребенка, которая позволит улучшить течение патологического процесса.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует, как под маской различных заболеваний, может длительно скрываться и латентно протекать более тяжелое заболевание. Однако тщательно собранный анамнез, клинический осмотр, лабораторно-инструментальное обследование позволяют вовремя поставить диагноз, а своевременно начатая терапия добиться стабилизации состояния и улучшения качества жизни пациента.

ЗНАЧЕНИЕ ДОЛАБОРАТОРНОГО ЭТАПА ДИАГНОСТИКИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ СИНДРОМОВ НА ПРИМЕРЕ СИНДРОМОВ С КАПИЛЛЯРНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Заяева Е.Е., ординатор кафедры медицинской генетики

Руководитель: Демикова Н.С., д.м.н., зав. кафедрой медицинской генетики

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. В настоящее время описан ряд генетических синдромов, сопровождаемых капиллярными мальформациями: RASопатии, синдромы Клиппеля-Треннона-Вебера, Штурге-Вебера, Протея, микроцефалии с

капиллярными мальформациями, мегалоцефалии с капиллярными аномалиями и мраморной кожей и другие. Задача современной диагностики заключается в детальном описании фенотипов не только для дифференциальной диагностики, но и для повышения эффективности лабораторной диагностики.

Приводим два наблюдения из этой группы синдромов.

Клинический случай 1. Девочка С., 6 мес. При осмотре в МДГКБ города Москвы ребенок в тяжелом состоянии за счет эпилептических приступов и сопутствующей неврологической симптоматики. Фенотип: микроцефалия, гипертелоризм, широкая переносица, короткий нос, тонкие губы с опущенными углами, удлиненный фильтр, гиперплазия десен, низко посаженные уши, короткая шея, укорочение пальцев за счет дистальных фаланг. Волосы редкие, с их ростом вдоль саггитального шва в виде «ирокеза». На коже головы, туловища и конечностях множественные плоские сосудистые образования в виде «пятен портвейна», диаметром от 4 до 15 мм. ТМС: данных за наличие наследственных аминокислотнопатий, органических ацидурий и дефектов митохондриального бета-окисления не выявлено. Кариотип – 46, XX.

По совокупности клинико-анамнестических данных ребенку установлен диагноз синдрома микроцефалии с капиллярными аномалиями (MIC-CAP, OMIM 614261). В лаборатории НБО МГНЦ проведен поиск мутаций методом прямого автоматического секвенирования гена *STAMBP*. Выявлено две мутации. с.273delA, в гетерозиготном состоянии, приводит к сдвигу рамки считывания и образованию стоп-кодона, в базах HGMD и dbSNP не описана, высоковероятно патогенная. с.204-5C>G, в гетерозиготном состоянии, в базе HGMD не описана, по данным Human Splicing Finder оценивается как высоковероятно патогенная. Таким образом, мутации находятся в компаунд-гетерозиготном состоянии, что приводит к формированию клинической картины у пациента.

Клинический случай 2. Ребенок Д., 5 мес. У девочки отмечается макроцефалия с гидроцефалией, макросомия, отставание в развитии, выраженная мраморность кожи. Особое внимание обращаем, что на лице на верхней губе в области филтра выявляется сосудистое пятно («лососевое» пятно), обусловленное мальформацией капилляров. Этот признак является характерным для синдрома макроцефалии с мраморной кожей (МСАР, OMIM 602501) и важен для диагностики синдрома. Как правило, синдром встречается спорадически и является результатом соматической мутации в гене PIK3CA. При проведении молекулярно-генетического исследования мутации в гене PIK3CA не выявлены. Однако, учитывая, что синдром является результатом постзиготической соматической мутации, диагноз может быть установлен на основании клинической картины и не требует дальнейшего подтверждения лабораторными методами.

Выводы. Приведенные примеры иллюстрируют важность клинического этапа диагностики, высокую диагностическую значимость малых аномалий развития. Несмотря на редкую встречаемость синдромов MIC-CAP и МСАР, существующая высокоспецифичная клиническая картина позволила установить диагнозы на долабораторном этапе. Правильная клиническая гипотеза помогла сузить дифференциальный поиск и подтвердить диагноз с помощью таргетного метода диагностики.

ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Зеброва А.А., студентка лечебного факультета

Руководитель: Олесин А.И., д. м. н., профессор кафедры госпитальной
терапии и кардиологии им. М.С. Кушаковского
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России,
г. Санкт-Петербург

Цель исследования. Сравнение различных методов оценки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) по данным электрокардиографии (ЭКГ).

Материалы и методы. Проанализировано 34 ЭКГ в возрасте 65-83 года. У 22(64,71%) были ЭКГ умерших пациентов, у которых выявлена ГЛЖ по результатам патологоанатомического вскрытия: масса левого желудочка у мужчин >182 г, у женщин >141 г, у остальных - ГЛЖ выявлено не было. Критериями исключения ЭКГ явились полные блокады ножек пучка Гиса, желудочковая тахикардия, имплантированный пейсмейкер, WPW синдром. Для оценки ГЛЖ были использованы 24 известных диагностические критерия, такие, как признак Соколова-Лайона, Корнельский признак, признак Губнера-Унгерлейдера, амплитуда зубца $R_{aVL} > 7,5$ мм, бальная система Рохмилта-Эстеса, общий вольтаж в 12 отведениях >175 мм, Корнельское произведение, общий вольтаж в 12 отведениях $\times$ длительность QRS >1742 мм $\times$ мс и т.д. Обработка данных произведена в Microsoft Office 2010. Excel.

Результаты. Среди различных методов ЭКГ оценки ГЛЖ чувствительность более 20% для выявления этой патологии была выявлена для Корнельского признака (22,72%) и бальной системы Рохмилта-Эстеса (36,40%). При сопоставлении с ранее полученными результатами ЭКГ методов оценки ГЛЖ (2000), чувствительность всех используемых способов ЭКГ диагностики этой патологии уменьшилась в среднем на 20%, за исключением - Корнельского признака: снижение чувствительности составила в среднем 10%, а выявление ГЛЖ с помощью бальной системы Рохмилта-Эстеса (при наличии 4 и более признаков) практически не изменилась. При выявлении ГЛЖ специфичность для всех ЭКГ методов оценки этой патологии составила более 90%.

Выводы. Наиболее информативными ЭКГ методами диагностики ГЛЖ являются бальная система Рохмилта-Эстеса (36,40%) и Корнельский признак (22,72%). При отсутствии признаков ГЛЖ на ЭКГ методом

выявления ГЛЖ может является оценка индекса массы миокарда левого желудочка с помощью эхокардиографии.

ГЕПАТОЛЕНТИКУЛЯРНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ (БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА)

Зиявдинова М.С., ординатор кафедры неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии

Руководитель: Левин О.С., д.м.н., проф., заведующий кафедрой неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Гепатолентикулярная дегенерация — редкое наследственное заболевание, в основе которого лежит нарушение метаболизма меди с избыточным накоплением ее в головном мозге, печени, роговице, почках, что определяет полиморфизм клинических проявлений (неврологическая симптоматика, признаки поражения печени, психические нарушения (до 25%)) и тем самым создает определенные трудности в постановке диагноза.

Клинический случай. Пациентка С., 28 лет, обратилась с жалобами на дрожание обеих рук, неустойчивость при ходьбе, выраженную общую слабость, отсутствие интереса к жизни. Дрожание началось за год до момента настоящего обращения на фоне стрессовой ситуации. Принимала экстракт валерианы, дрожание не прогрессировало. Через год после перенесенного ОРЗ, по поводу которого принимала аугментин, состояние резко ухудшилось: дрожание усиливалось, появилась выраженная астения и атаксия, речь стала тихой и замедленной. Принимала ПК-мерц 100 мг в день, но из-за плохой переносимости, препарат был отменен.

При осмотре: пациентка астенизирована. Имеется ограничение движения глазных яблок по вертикали (надъядерный парез взора), нарушение вертикальных саккад. Дизартрия, дисфагия, выраженная дисфония, оживление глоточных рефлексов. Рефлекс Якобсона-Ласка с двух

сторон, рефлекс Бабинского с двух сторон. Грубая дисметрия и интенционный компонент тремора при выполнении пальце-носовой и пальце-указательной проб. Пошатывание в пробе Ромберга. Выраженная атаксия при тандемной ходьбе. Постурально-кинетический тремор рук с дистоническим компонентом в левой руке, гипокинезия в руках с двух сторон. Дистония туловища при ходьбе.

При осмотре окулистом в щелевой лампе определяется кольцо Кайзера Флейшера (отложение гемосидерина на роговице).

По данным МРТ головного мозга с контрастным усилением: повышение МР сигнала по T2 и FLAIR от области таламусов, скорлупы с обеих сторон, среднего мозга, дорзальных отделов моста, с частичным распространением на верхние ножки мозжечка. Патологического накопления контрастного вещества не выявлено.

По данным биохимического анализа крови: церулоплазмин — 120 мг/л (N: 160-450 мг/л), общий белок – 64.2 г/л, ЩФ – 52 ЕД/л (N – до 40). В ОАК: Tr – 109 10⁹/л.

Следует отметить, что у пациентки есть сестра-близнец, у которой также эпизодически отмечается дрожание в конечностях, но уровень церулоплазмينا при обследовании патологии не выявил.

Выводы. Данные обследования позволяют предположить наличие у пациентки симптомокомплекса, характерного для болезни Вильсона. Тем не менее, несмотря на доступность инструментальных и лабораторных методов исследования, постановка правильного диагноза зачастую происходит с опозданием, что значительно суживает возможности терапии.

Пациентке был назначен купренил. Учитывая возможность развития тромбоцитопении на фоне его приема, а также изначально низкий уровень этого показателя у данной больной, необходимо медленное титрование дозы с динамическим контролем уровня тромбоцитов.

Сестра пациентки также нуждается в динамическом наблюдении, включая исследование церулоплазмينا, суточную экскрецию меди с мочой, МРТ головного мозга.

Данный клинический случай акцентирует внимание на том, что у пациента с впервые возникшим экстрапиримидным синдромом в возрасте от 5 до 50 лет всегда должна быть настороженность в отношении гепатолентикулярной дегенерации. При постановке правильного диагноза с последующим назначением специфической терапии на ранней стадии заболевания возможно надеяться на получение лучших результатов в лечении и длительную полную ремиссию.

ОБЗОР РЕДКИХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ, ЛОКАЛИЗОВАННОЙ В РУДИМЕНТАРНОМ РОГЕ МАТКИ

Зобов К. И., Капырина Т. Д., студенты 4 курса Лечебного факультета, очная форма обучения, кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии

Руководитель: Богомазова Ирина Михайловна, к.м.н., доц., асс. кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии

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

Введение. Эктопическая беременность, локализованная в рудиментарном роге матки, характеризуется специфическими особенностями течения и диагностики. Эти особенности могут затруднять своевременное обнаружение патологического процесса и привести к тяжелым последствиям для пациентки.

Клинические случаи. Проведен обзор литературы и изучение историй развития беременности двух пациенток с эктопической беременностью в рудиментарном роге матки. В одном наблюдении эктопическая беременность была заподозрена при ультразвуковом исследовании на сроке 19-20 недель

(при прохождении пациенткой второго биохимического скрининга) и подтверждена с помощью магнитно-резонансной томографии. При ангиографии установлена локализация плодного яйца в правом добавочном роге матки. Проведена срединная лапаротомия с удалением добавочного рога матки с плодом, тубэктомией и метропластикой. Интраоперационная кровопотеря составила 400 мл. Пациентка выписана из стационара на 4 сутки в удовлетворительном состоянии. В другом наблюдении беременность в добавочном роге матки не была диагностирована до срока 20 недель и осложнилась разрывом плодместилища с внутрибрюшным кровотечением и геморрагическим шоком. Общая кровопотеря составила 3500 мл. В течение нескольких суток пациентке проводилась интенсивная терапия, включающая гемотрансфузии. Обе пациентки состояли на учете по беременности в женской консультации, у одной из них в анамнезе были физиологические роды, и у обеих не была диагностирована аномалия развития половых органов – добавочный рог матки.

Выводы. По данным мировой литературы добавочный или рудиментарный рог матки является довольно редкой аномалией строения женских половых органов, а беременность в добавочном роге матки встречается в 0,1-0,9% всех случаев эктопической беременности. Прерывание подобной беременности осложняется разрывом плодместилища и нередко заканчивается летально. Сложности диагностики эктопической беременности при проведении стандартного гинекологического обследования создают предпосылки для привлечения высокотехнологичных методов и биохимических тестов в каждой спорной ситуации.

- И -

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПРИЕМЕ ТАМОКСИФЕНА

Игнатова А.К., Дудина И.А., Захаренкова Ю.С., студенты 6 курса
Международной школы «Медицина будущего» ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Руководители: Савельева М.И д.м.н., проф., доцент кафедры клинической
фармакологии и терапии

Поддубная И.В., д.м.н., профессор, акад. РАН., заведующая кафедрой
онкологии, проректор по учебной работе и международному сотрудничеству

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

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

Тамоксифен - препарат выбора для пациенток в пременопаузе с ER-
позитивным РМЖ. Спустя некоторое время от момента начала
повсеместного применения тамоксифена стали появляться сообщения о его
отдаленных нежелательных эффектах. Из них наиболее значимыми является
способность тамоксифена увеличивать вероятность развития
гиперпластических процессов эндометрия (ГППЭ).

Цель исследования. Оценить распространенность применения
тамоксифена при РМЖ с определением менопаузального статуса, индекса
массы тела (ИМТ) и длительности приема, роль факторов риска (по данным
литературы) в развитии гиперпластических процессов эндометрия.

Материалы и методы. Были проанализированы амбулаторные карты
117 пациенток, состоящих на учете в Московских онкологических
диспансерах с диагнозом РМЖ. Критерии включения: диагноз РМЖ (C50.4
по МКБ-10), диагноз установлен не ранее 2007 года, прием гормонотерапии
(ТАМ или ИА) в рекомендуемых дозах. Критерии исключения: тяжелая
печеночная или почечная недостаточность (клиренс креатинина < 30 мл/мин),
тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации, любые формы
нарушения сознания, наличие беременности и периода лактации.

Статистическая обработка данных проводилась в программном пакете SPSS Statistics 21.0.

Результаты. Средний возраст $61,86 \pm 12,77$ лет, средняя длительность заболевания (на 08.08.2017) $28,19 \pm 20,23$ месяцев. Средняя длительность приема тамоксифена (на 08.08.2017): $20,20 \pm 18,15$ месяцев. Тамоксифен был назначен 64 женщинам - 54,70%, ингибиторы ароматазы – 50 женщинам (42,74%), данные о варианте гормонотерапии отсутствовали у 3 женщин (2,56%). В группу пациентов, принимающих тамоксифен, вошли 64 женщины, что составило 54,70% от общего количества женщин, участвующих в исследовании. Менопаузальный статус: оказался основным фактором риска в развитии ГППЭ на фоне приема ТАМ. В исследуемой группе только 2 женщины (15,38%) находились в пременопаузе (возраст <51 года), 11 женщин (84,62%) – в постменопаузе (возраст ≥ 51 года). В контрольной группе 15 женщин (29,41%) находились в пременопаузе (возраст <51 года), 36 женщин (70,58%) – в постменопаузе (возраст ≥ 51 года). ИМТ: в исследуемой группе было среднее значение ИМТ составило $27,46 \pm 6,36$, в контрольной группе $29,39 \pm 6,28$. Данный показатель соответствует избыточной массе тела или стадии предожирения. Различия между обеими группами не достоверно. Возможно, это связано с малочисленной выборкой. Длительность терапии: средняя продолжительность терапии ТАМ в исследуемой группе составила $23,1 \text{ мес} \pm 16,29$. Средняя продолжительность терапии ТАМ в контрольной группе составила $20 \text{ мес} \pm 17,11$. Интересно, что у 38,46% пациенток из группы с ГППЭ с момента постановки диагноза и начала терапии тамоксифеном до выявления патологии эндометрия на УЗИ прошло не более 2х лет.

Выводы. Тамоксифен назначают несколько чаще, чем ингибиторы ароматазы; выявлено, что 70,58% пациенток в группе без ГППЭ и 84,62% пациенток в группе с ГППЭ находятся в постменопаузе; средние значения ИМТ в обеих группах оказались сходными и соответствуют избыточной массе тела или стадии предожирения; средняя продолжительность терапии

тамоксифеном в исследуемой и контрольной группах также достоверно не различалась.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АДЬЮВАНТНОЙ
ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В РЕЖИМЕ УСКОРЕННОГО
ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ I - III A СТАДИИ**

Ищерякова К.А. – Студент 6 курса, ИАТЭ НИЯУ МИФИ, медицинский
факультет

Руководители: Г.В. Афонин н.с. отделения лучевого и хирургического
лечения заболеваний торакальной области

МРНЦ им. А.Ф. Цыба - филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава
России, г.Обнинск.

Введение. Рак молочной железы (далее – РМЖ) является самым распространенным онкологическим заболеванием среди женщин, как в развитых, так и в развивающихся странах (18,4 %). Распространенность РМЖ на 2017 год составила 456,6 случаев на 100 000 населения. В России, на конец 2017 года, 669636 пациентов находилось на учете в онкологических учреждениях с данным заболеванием. За последний год в нашей стране зарегистрировано 70293 новых случаев заболевания РМЖ. Комбинированное или комплексное лечение применялось в 64,5% случаев. Данная проблема обусловлена высокой частотой и разнообразием опухолевого поражения структур данной анатомической области, что наряду с частым использованием лучевой терапии при лечении этой категории пациентов сопряжено с риском развития лучевых повреждений, ухудшением качества жизни пациенток, увеличением затрат бюджетных средств на лечение. Детальное изучение альтернативных (общепринятым) режимов

фракционирования позволит определить оптимальный вариант проведения послеоперационной лучевой терапии у пациентов с РМЖ.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности методики ускоренного гипофракционирования послеоперационной лучевой терапии РОД 2,7 Гр до СОД 40,5 Гр за 15 фракций в сравнении со стандартным режимом фракционирования.

Материал и методы. В исследование включены 321 пациенток с диагнозом рак молочной железы I–IIA стадии, получавших лечение в МРНЦ им. А.Ф. Цыба – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России с 2013 по 2017 г. В первой группе послеоперационная лучевая терапия проводилась в режиме ускоренного гипофракционирования с РОД 2,7 Гр до СОД 40,5 Гр за 15 фракций ($n=223$), вторую группу составили пациенты, получившие лечение в стандартном режиме РОД 2 Гр до СОД 50 Гр за 25 фракций ($n=98$). Обе группы сопоставимы по стадии заболевания, молекулярно-биологическому подтипу опухоли. Проведен статистический анализ основных характеристик изучаемых режимов.

Результаты. При анализе не выявлено значимых различий в показателях общей и безрецидивной выживаемости в исследуемых группах. Частота ранних лучевых осложнений I и II степени в исследуемой и контрольной группах оказалась сопоставима, 79 и 84 % соответственно. Поздние лучевые повреждения I и II степени развивались реже ($p<0,01$) у пациентов, получивших лучевую терапию в режиме гипофракционирования (23 %), чем в контрольной группе (43 %). Тяжелые постлучевые повреждения нормальных тканей не наблюдались. Объем хирургического лечения не повлиял на отдаленные результаты лечения.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о преимуществе методики гипофракционирования по показателям поздней лучевой токсичности, при одинаковых показателях выживаемости. Также исследуемый режим удобен для самих пациентов и превосходит по экономической рентабельности. Необходимо дальнейшее исследование

ускоренных режимов фракционирования послеоперационной лучевой терапии РМЖ, которое позволит оптимизировать результаты лечения одной из ведущих онкопатологий.

- К -

ПРИМЕНЕНИЕ 3D ОПУХОЛЕВЫХ СФЕРОИДОВ В DRUG DISCOVERY

Кавиладзе М.Г., студентка 6 курса, лечебный факультет

Руководитель: Миронов В.А., д.м.н, профессор

Департамента химической и естественно-научной инженерии

Государственного Университета штата Вирджиния, США

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет), г.Москва

Трехмерные культуры опухолевых клеток преодолевают ограничения традиционно используемых монослойных культур и воссоздают такие основные характеристики опухолей, как пространственные градиенты кислорода, факторов роста и метаболитов и наличие некротических, гипоксических, покоящихся и пролиферативных клеток.

Цель. Доказательство преимущества 3D-модели над 2D-моделью с целью дальнейшего интегрирования *in vitro* модели опухолевых сфероидов в схему разработки противораковых лекарственных средств и использования первичных опухолевых клеток в исследованиях скрининга лекарств для реализации персонифицированного лечения рака.

Материалы и методы. В рамках исследования были получены многоклеточные сфероиды, сгенерированные из суспензии отдельных клеток иммортализованной клеточной линии аденокарциномы молочной железы человека MCF-7 в сыворотке. Микрокапсулы с мультиклеточными опухолевыми сфероидными (МОС) инкубировались в 24-луночных планшетах

с Метотрексатом в течение 48 часов. В качестве контроля использовали монослойную культуру MCF-7 (10^5 кл в лунке). Количественная оценка выживших клеток производилась с помощью красителя трипанового синего в камере Фукса-Розенталя.

Результаты. При концентрации Метотрексата 100 нМ выживаемость жизнеспособных клеток в контроле была вдвое меньше по сравнению с таковой для МОС. Была также произведена оценка цитотоксического действия Метотрексата в зависимости от размера МОС. При концентрации Метотрексата 100 нМ количество живых клеток составило 65 и 88% для сфероидов размером 150 и 300 мкм, соответственно, в то время как в контроле это значение составило только 35%.

Выводы. По сравнению с монослойными культурами раковые клетки в трехмерных сфероидных культурах демонстрируют большую устойчивость к цитотоксическим препаратам, причем цитотоксическое действие Метотрексата уменьшается с увеличением размера МОС. В связи с этим, трехмерные опухолевые модели представляют собой ценный «инструмент» для исследования рака в контексте с drug discovery.

РОЛЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ КЕРАТИТОВ

Казанцева Е.И., врач-офтальмолог, Иркутский филиал ФГАУ НМИЦ МНТК
«Микрохирургия глаза» им. С. Н. Фёдорова

Руководитель: Волкова Н.В., к.м.н., доцент кафедры «Офтальмология»
ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, заведующая
научно-образовательным отделом ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия
глаза им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России, Иркутский филиал
Иркутский филиал ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза им. акад.
С.Н. Федорова» Минздрава России, г. Иркутск

Сложности диагностики, стертая клиническая картина, длительная необоснованная терапия, а также особенности локального иммунного статуса во многих случаях определяют затяжное течение острого кератита, замедление спонтанной эпителизации с образованием грубых рубцов и высоким показателем инвалидности в исходе патологического процесса.

Цель исследования. Оценить опосредованный лечебный эффект регионарных блокад крылонёбного ганглия на стороне поражения в комбинации с местным применением циклоспорина А (0,05% глазная эмульсия) на исход затяжного воспалительного процесса в роговице.

Материалы и методы. Основными объединяющими характеристиками у пролеченных 17 пациентов с торпидными формами кератита различной этиологии явились обширные персистирующие эпителиальные эрозии и стромальные инфильтраты различной интенсивности и локализации. Исходная острота зрения составляла $0,12 \text{ нк} \pm 0,07 \text{ нк}$. Средний анамнез заболевания составил 2 – 4 месяца.

Учитывая длительность течения патологического процесса, схожесть клинической картины и исчерпанные ресурсы местной этиотропной терапии, пациенты получали курс блокад крылонёбного ганглия с 2% раствором лидокаина гидрохлорида 4,0 мл №5-7 (кратность и режим выбирались индивидуально с учетом клинической картины). Местно пациенты были переведены на инстилляцию неспецифических гиперосмолярных растворов и иммуносупрессорную терапию циклоспорином А 0,05% до полного восстановления эпителия роговицы. Средние сроки инстилляций циклоспорина А определялись данными ОСТ и составили $5,2 \pm 1,2$ мес. Динамическая оценка результатов проводилась с применением общего офтальмологического обследования (визометрия, биомикроскопия, флуоресцеиновое окрашивание роговицы), оценки состояния эпителия и стромы роговицы по данным ОСТ переднего отрезка и фоторегистрации в кобальтовом и барьерном фильтрах.

Результаты. По данным ОСТ, во всех случаях достигнуто полное восстановление эпителия роговицы и слезной пленки, ускоривших регресс инфильтрата и восстановление зрительных функций. Острота зрения повысилась во всех случаях, была обусловлена локализацией и степенью выраженности помутнения в исходе кератита и составила $0,52 \pm 0,25$. Лечебный эффект неспецифической противовоспалительной терапии продемонстрирован динамикой локального антиокислительного профиля слезной жидкости (повышение показателей антиокислительной активности и увеличения редокс-потенциала).

Выводы. Таким образом, затяжное течение экзогенных кератитов принимает черты хронического воспалительного процесса и требует пересмотра терапевтических подходов с переходом на неспецифическую иммуномодулирующую терапию. Примененная методика продемонстрировала дистанционные лечебные эффекты блокады крылонёбного ганглия (антиноцицептивный, противовоспалительный, антигипоскический и регинераторный), что в комбинации с локальной иммуносупрессорной терапией стимулирует тканевые процессы во всех слоях роговой оболочки и позволяет реабилитировать пациентов.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА *NAT2* В ПРОГНОЗЕ СЕПСИСА

Казанцева О.М., младший научный сотрудник

НИЛ молекулярной биологии

Руководитель: Мальцева Н.В., д.б.н., заведующая научно-исследовательской лабораторией молекулярной биологии

НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
г. Новокузнецк

Летальность при сепсисе остается неизменно высокой, не опускаясь ниже 20%. Определение повышенных рисков развития и неблагоприятного

исхода сепсиса с использованием выявленных аллелей предрасположенности поможет своевременно выбрать оптимальную тактику ведения пациентов группы риска с целью снижения частоты летальности.

Цель исследования. Оценить частоты распределения генотипов/аллелей однонуклеотидных полиморфизмов [rs1208](#), $NAT2^{Lys268Arg}$ (мутантный аллель 268Arg) и $rs1799930$, $NAT2^{Arg197Gln}$ (мутантный аллель 197Gln) у пациентов с сепсисом в сравнении со здоровыми людьми.

Материалы и методы. Обследовано 62 пациента в возрасте от 26 до 86 лет (29 женщин и 33 мужчины) с диагнозом сепсиса (СЕП), установленным согласно критериям Согласительной конференции Американской ассоциации пульмонологов и Общества специалистов критической медицины – ACCP/SCCM, 1991 г., с развитием полиорганной дисфункции/недостаточности, оцененной по шкале SOFA. В группу контроля включены 65 практически здоровых лиц в возрасте от 24 до 81 года (41 женщина и 24 мужчины), не имеющих признаков очаговой и системной инфекции. Выделение геномной ДНК и генотипирование методом аллель-специфической полимеразной цепной реакции по полиморфным локусам [rs1208](#) ($NAT2^{Lys268Arg}$) и $rs1799930$ ($NAT2^{Arg197Gln}$) гена N-ацетилтрансферазы 2 проведено с использованием коммерческих реагентов (НПФ «ЛИТЕХ», г.Москва). Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез с помощью пакетов лицензионных статистических программ InStatII, Microsoft Excel, SPSS22 принимался равным 0,05. Забор крови и молекулярно-генетические исследования осуществляли на основании информированного согласия всех обследованных лиц, принадлежащих к русскому этносу. Смертность госпитализированных пациентов с СЕП составила около 29% (18 умерших и 44 выживших).

Результаты. Распределение частот генотипов полиморфизма $NAT2^{Lys268Arg}$ соответствовало равновесию Харди-Вайнберга в группе контроля ($\chi^2=0,869$; $p=0,351$), а в группе больных СЕП – отличалось от него ($\chi^2=6,275$; $p=0,012$), видимо, за счет большего количества мутантных

гомозигот $NAT2^{Arg268Arg}$. Так, в группе контроля соотношение частот генотипов $NAT2^{Lys268Lys}:NAT2^{Lys268Arg}:NAT2^{Arg268Arg}$ составило 27(0,415):27(0,415):11(0,169), а в группе с СЕП – 23(0,371):21(0,339):18(0,290). Однако влияние носительства мутантного генотипа/аллеля на риск развития сепсиса в обследованной выборке не обнаружено по статистическому критерию ($p>0,05$). Соотношение частот генотипов $NAT2^{Lys268Lys}:NAT2^{Lys268Arg}:NAT2^{Arg268Arg}$ среди выживших и умерших пациентов с СЕП составило соответственно 20(0,455):13(0,295):11(0,250) и 3(0,167):8(0,444):7(0,389), и была определена достоверная вероятность лучшей выживаемости носителей генотипа $NAT2^{Lys268Lys}$ в сравнении с гетерозиготами и мутантным (минорным) генотипом, как и высокий риск летальности у носителей $NAT2^{Lys268Arg}/NAT2^{Arg268Arg}$ ($OR=4,17$; $p=0,0439$). Вероятность неблагоприятного исхода при носительстве аллеля 268Arg оказалась 2-кратной ($OR=2,38$; $p=0,046$). Искомая ассоциация полиморфизма $NAT2^{Arg197Gln}$ с риском развития и исходом СЕП не выявлена ($p>0,05$). Гендерных различий также не обнаружено ($p>0,05$).

Выводы. Возможно усиление риска неблагоприятного исхода при сепсисе у носителей аллеля 268Arg гена $NAT2$ в гомо- либо в гетерозиготной форме. Генотипирование пациентов с сепсисом по полиморфизму $NAT2^{Lys268Arg}$ может быть полезно для усиления врачебной настороженности и определения тактики лечения.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА И СЕПСИСА

Казанцева О.М., младший научный сотрудник

Смирнова А.Ш., младший научный сотрудник

НИЛ молекулярной биологии

Руководитель: Мальцева Н.В., д.б.н., заведующая научно-исследовательской лабораторией молекулярной биологии
НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
г.Новокузнецк

Очевидна актуальность раннего прогнозирования повышенного риска развития и исхода септической патологии, как с диагностической целью, так и с целью коррекции терапии.

Цель исследования. Поиск вариантов генов, влияющих на патогенез (риски развития и исходы) инфекционного эндокардита (далее - ИЭ) и сепсиса (далее - СЕП), в системе гемостаза.

Материалы и методы. В исследование включены 66 пациентов с диагнозом ИЭ, выставленным на основании критериев DUKE, из них 45 человек (33 мужчины и 12 женщин) с острым (оИЭ) и 21 пациент (13 мужчин и 8 женщин) с подострым течением заболевания (п/оИЭ), и 63 пациента (30 женщин и 33 мужчины) с диагнозом СЕП, установленным согласно критериям ACCP/SCCM, 1991 г., с развитием полиорганной дисфункции/недостаточности, оцененной по шкале SOFA. Выделение геномной ДНК и генотипирование методом аллель-специфической полимеразной цепной реакции по полиморфным локусам rs1801133 гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR C677T), rs1800790 гена бета-фибриногена (FGB-455G-A), rs5918 гена бета-3-интегрина, тромбоцитарного рецептора фибриногена (ITGB3 T1565C) проведено с использованием коммерческих реагентов (НПФ «ЛИТЕХ», г.Москва). Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез с помощью пакетов лицензионных статистических программ InStatII, Microsoft Excel, SPSS22 принимали равным 0,05. Забор крови и молекулярно-генетические исследования осуществляли на основании информированного согласия всех обследованных лиц, принадлежащих к русскому этносу.

Смертность госпитализированных пациентов с СЕП составила около 29%, а с оИЭ – около 16%.

Результаты. Носительство мажорного (дикого) аллеля MTHFRC677T при СЕП встречалось чаще, чем при оИЭ, в среднем в 1,5 раза, а минорного (мутантного) аллеля MTHFR677T – реже ($p=0,0342$). При СЕП чаще (более чем в два раза) выявлялись генотип MTHFRC677C ($p=0,0495$) и его сочетание с FGB -455G-G ($p=0,0323$), носительство которого положительно коррелировало с СЕП ($p=0,030$). Сочетание мутантных генотипов MTHFRT677T×FGB-455A-A, напротив, превалировало у больных с оИЭ – обнаружено у 8 пациентов с оИЭ ($OR=13,19$; $p=0,0040$), а при СЕП – у 1 больного.

Варианты ITGB3T1565T×FGB-455A-A×MTHFRC677T/MTHFRT677T еще более усиливали вероятность развития оИЭ ($OR=20,57$; $p=0,0045$). Полиморфизм MTHFRC677T не был связан с исходом СЕП ($p>0,05$), но у лиц с оИЭ носительство аллеля MTHFR677T предрасполагало к неблагоприятному исходу ($OR=3,6$; $p=0,0381$), и в случае доминантной модели наследования, при носительстве MTHFRT677T/MTHFRC677T, риск летального исхода относительно нормальных гомозигот MTHFRC677C оказался более чем 10-кратный ($OR=10,97$; $p=0,0392$). Нормальный генотип MTHFRC677C не был обнаружен среди всех 7 умерших лиц с оИЭ. Среди них – 1 женщина с генотипом MTHFRC677T, остальные – мужчины (6 человек с носительством MTHFRC677T либо MTHFRT677T). Риск летального исхода у мужчин при носительстве аллеля MTHFR677T оказался почти 5-кратен ($OR=4,9$; $p=0,0188$). При п/оИЭ искомые риски и связи не найдены ($p>0,05$).

Выводы. 1. Носительство аллеля MTHFR677T усиливает риск развития и неблагоприятного исхода острого инфекционного эндокардита.

2. Выявленные моногенные и аддитивные риски развития острого инфекционного эндокардита, связанные с полиморфными локусами трех исследованных генов системы гемостаза, указывают на необходимость

разработки мультиплексного алгоритма генотипирования для диагностики и лечения септических заболеваний.

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ЛИМФОМАТОИДНОГО ПАПУЛЕЗА

Калашникова Д.Д., студентка 6 курса

Руководитель: Поддубная И.В., академик РАН, д.м.н.,
профессор, заведующая кафедрой онкологии и паллиативной медицины

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет), г. Москва

Лимфоматоидный папулез – редкая форма Т-клеточных неходжкинских лимфом кожи, составляющая 12% среди всех первичных кожных лимфом. Лимфоматоидный папулез характеризуется хроническим рецидивирующим течением с тенденцией к саморегрессии кожных элементов, представленных папулами или узлами с различной локализацией и переменным количеством. Заболевание характеризуется благоприятным прогнозом, отличаясь от других вариантов Т-клеточных лимфом. Показатель 5-летней выживаемости, свободной от заболевания, составляет 100%. Основная клиническая проблема ЛП – частое рецидивирование, особенно после использования нескольких линий терапии. Стандартная терапия (малые дозы метотрексата, глюкокортикоиды и т.д.) обладает низкой эффективностью и не уменьшают риск развития рецидива болезни. Другая клиническая особенность – возникновение при ЛП других злокачественных лимфом. Лимфоматоидный папулез в 20% случаев ассоциируется с развитием других лимфопролиферативных заболеваний (грибовидный микоз, лимфома Ходжкина, анапластическая лимфома), но лечение его не приводит к снижению риска развития вторичных опухолей. Медиана времени до развития - 5 лет. Расчетный риск развития системной НХЛ в течение 10 лет

после постановки диагноза ЛП равен 4%. При многофакторном анализе основными прогностическими факторами ассоциации ЛП с другим вариантом лимфом были: возраст ($p = 0,011$) и клональная реарранжировка генов Т-клеточного рецептора (ПЦР) ($p = 0,001$).

Клинический случай. Пациент, 46 лет, обратился в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина» Минздрава России с жалобами на высыпания на коже лица, шеи и верхней половины туловища. Из анамнеза известно, что около 5 лет назад пациент проходил лечение по поводу лимфомы Ходжкина, в то же время отметил появление узелковых элементов на лице, биопсия которых не выполнялась. Через год после окончания химиотерапии папулы появились в той же локализации, но с частичной саморегрессией. Пациенту провели ПЭТ/КТ с целью исключения рецидива лимфомы Ходжкина, признаков специфической метаболически активной ткани не выявлено. При гистологическом исследовании узелкового элемента кожи лица в дерме обнаружены неэпидермотронные крупноочаговые инфильтраты, проникающие в подкожную жировую клетчатку и состоящие преимущественно из атипичных плеоморфных лимфоидных клеток экспрессирующих CD3, CD4 и CD30 антигены. Проведена терапия: 1-я линия – курс узкополосной UVB-терапии, которая привела к непродолжительному эффекту. 2-я линия – малые дозы метотрексата (25 мг в неделю в течение 4 недель), развилось осложнение – генерализованная токсикодермическая реакция. Было принято решение о таргетной терапии, после 1 введения брентуксимаб ведотина в дозе 1,8мг/кг отмечена полная регрессия образований. Всего выполнено 6 циклов монотерапии брентуксимаб ведотином и достигнута длительная полная ремиссия заболевания (срок наблюдения 15 месяцев).

Выводы. Клиническое течение ЛП, как правило, характеризуется образованием папул или узлов на различных участках кожных покровов, быстро и часто рецидивирующих. Использование таргетной терапии

моноклональным CD30-антителом, соединенным с цитостатиком, позволяет впервые добиться продолжительной ремиссии. Необходимо накопление клинических наблюдений для определения роли и точки приложения брентуксимаб ведотина для рационального использования при таком редком заболевании как лимфоматоидный папулез.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛАЕНСА ПРИЁМА ХОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА НА ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Касьянова А.Н., клинический ординатор, кафедра педиатрии с курсом
поликлинической педиатрии им. Академика Г.Н. Сперанского;

Ягупова А.В., ассистент кафедры факультетской педиатрии

Руководители: Захарова И.Н., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой
педиатрии с курсом поликлинической педиатрии им. Академика Г.Н.

Сперанского ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Климов Л.Я. к.м.н., доцент, заведующий кафедрой факультетской педиатрии
ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь

Цель работы. Анализ результатов пролонгированного приёма препаратов холекальциферола у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Обследовано 77 детей первых трёх лет жизни, из которых 20 (26%) – в возрасте от 1 до 6 месяцев, 13 (16,8%) – от 6 до 12 месяцев, 22 (28,6%) детей второго года, 22 (28,6%) – третьего года жизни. Пациенты разделены на группы в зависимости от уровня 25(ОН)D сыворотки для приёма разных лечебных доз (1000 МЕ/сут, 2000 МЕ/сут, 3000 МЕ/сут, 4000 МЕ/сут) препарата водного раствора холекальциферола (ХКФ) в течение 30 дней. После 30 дней приёма препарата витамина D проводилось контрольное лабораторное обследование (вторая точка исследования). Затем

назначалась профилактическая доза ХКФ: при уровне более 30 нг/мл она составляла 1000 МЕ/сут, при уровне менее 30 нг/мл – доза 2000 МЕ/сут на месяц, а затем 1000 МЕ/сут. После 4-5 месяцев приёма водного раствора ХКФ проводилось повторное контрольное лабораторное обследование (третья точка исследования).

Результаты. Исходный уровень кальцидиола, по результатам определения которого определялась лечебная доза ХКФ, в анализируемой группе составил 24,9 (18,7-30,7) нг/мл. Тяжёлый дефицит витамина D (уровень ниже 10 нг/мл) выявлен в 4 (5,2%), дефицит (уровень от 10 до 20 нг/мл) – 17 (22,1%), недостаточность (от 20 до 29 нг/мл) – в 33 (42,8%), а нормальная обеспеченность – в 23 (29,9%) случаях. Медиана кальцидиола в общей группе детей по итогам месячного курса терапии препаратами ХКФ повысилась с 24,9 нг/мл до 51,4 нг/мл ($p < 0,001$). При этом число детей с нормальной обеспеченностью увеличилось с 23 (29,9%) до 70 (90,9%) детей ($p < 0,001$). После перевода на профилактическую дозу медиана длительности приёма ХКФ на третьем этапе исследования составила 85 [53–98] дней.

Уровень 25(ОН)D в третьей точке исследования составил 27,8 (24,4–35,1) нг/мл. Среди детей, не прерывавших профилактический курс витамина D, уровень кальцидиола выше 30 нг/мл был отмечен у 8 (72,7%) детей, а медиана 25(ОН)D составила 43,3 [29,2-47] нг/мл. У детей с интервалом отсутствия приёма в течение 1-4 недель до исследования – оптимальную обеспеченность витамином D продемонстрировали 7 (53,8%) детей, 4-8 недель – 9 (31,0%), 8 недель и более – лишь 7 (29,0%) детей.

Кумулятивная доза ХКФ у комплаентных детей с нормальной обеспеченностью в третьей точке составила 191000 [172500-211500] МЕ/курс, у детей с недостаточностью – 149400 [122500-178860] МЕ/курс, а с дефицитом – 118000 [65000-118000] МЕ/курс.

По мере увеличения длительности отсутствия приёма препаратов холекальциферола наблюдается закономерная тенденция к нарастанию доли детей с дефицитом витамина D (уровень 25(ОН)D 10-20 нг/мл): дефицит

витамина D зарегистрирован в 3 (10,4%) случаях у детей, прервавших приём за 4–8 недель до обследования, а при отказе от приёма за 8 и более недель до обследования – у 4 (16,7%) детей.

Выводы. Исследование продемонстрировало высокую эффективность лекарственной коррекции и профилактики гиповитаминоза D при соблюдении комплаенса. Увеличение числа детей с гиповитаминозом и дефицитом витамина D на фоне самостоятельной отмены препаратов свидетельствует о необходимости непрерывного круглогодичного профилактического приёма препаратов ХКФ у детей раннего возраста.

ИЗУЧЕНИЕ СТЕПЕНИ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ-ВТОРОКУРСНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О ЗНАЧЕНИИ И ВЛИЯНИИ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Кашаева Р.Р., студентка 2 курса, кафедра нормальной физиологии
Жулаушинова А.М., студентка 2 курса, кафедра нормальной физиологии
Руководитель: Коткова Т.В., к.биол.н., доц., доцент кафедры нормальной физиологии

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург

Введение. Одной из самых важных проблем современного общества является недостаточное потребление витаминов, которое наносит существенный ущерб здоровью. Большинство врачей и учёных уверены, что найден безопасный и надёжный путь укрепления здоровья, сохранения долголетия. Биологически активные добавки (БАДы) - это не альтернатива лекарствам, а вспомогательное средство для восполнения организмом дефицита витаминов.

Цель. Оценить результаты изучения осведомленности студентов второго курса Оренбургского медицинского университета о влиянии

биологических активных добавок на организм человека и степень распространённости БАД среди обучающихся.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 160 студентов 2 курса, из которых 31,3 % составили лица мужского пола, 68,7% женского пола лечебного факультета. Исследование методом анкетирования.

Результаты. В результате анкетирования выяснилось, что большая часть студентов(60%) не принимает БАДы, при этом из 40% употребляющих БАДы - лица женского пола 76,6%, только 23,4% - мужчины.

По мнению основной части студентов, БАДы - это пищевая добавка. Так считают 59,4% опрошенных. То, что БАД - это комплекс витаминов и минералов, считают 15% респондентов. 6,2% студентов медицинского университета второго курса не имеют представления о том, что такое БАД. Только 3,1% полагают, что БАД - это лекарственный препарат.

40% студентов с той или иной частотой принимают БАД. 17,5% эпизодически употребляет добавки, только при ухудшении здоровья. 8,9% опрошенных принимают БАД сезонно, 6,8% один раз в год. Лишь 6,8% делают каждый месяц.

В рамках проводимого исследования одной из задач было выявление факторов, оказывающих, по мнению второкурсников, влияние на решение о покупке БАД. На первом месте оказались рекомендации врача(40,6%), на втором - советы друзей и родных (20%),тройку лидеров замыкает консультация фармацевта (18,8%). Информация в СМИ для 14,4% студентов.

Мотив потребления БАД - отдельная тема дискуссии. В большинстве случаев студенты, принимающие БАД, делают это с целью общего укрепления здоровья (33,7%). Для 21,3% обучающихся приём сопряжен со спортом. При анализе полученных данных было выяснено, что 17,5% студентов используют БАД в качестве средства профилактики заболеваний. Для 12,5% принимающих в исследовании респондентов мотивом для употребления БАД стало стремление к долголетию и красоте.

Выводы. Обобщение материалов по проблеме исследования информированности студентов второго курса медицинского университета о значении биологических активных добавок на организм, позволяет сделать следующие выводы. Большая часть студентов не принимает БАДы, и относит их к пищевым добавкам. Немногочисленная часть второкурсников, принимающих БАДы, делают это эпизодически (только при ухудшении здоровья). Наиболее весомым фактором, который может оказать влияние на решение о покупке БАД, студенты отмечают рекомендации врача.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОРОГОВ ЭЛЕКТРИЧЕСКИ ВЫЗВАННОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ СЛУХОВОГО НЕРВА В ДИНАМИКЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕЛЕМЕТРИИ НЕРВНОГО ОТВЕТА

Кечиян Д.К., аспирант кафедры сурдологии

Руководитель: Таварткиладзе Г.А. проф., дмн.,

заведующий кафедрой сурдологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Метод телеметрии нервного ответа (ТНО) обеспечивает клиницистам, работающим с пациентами после проведенной кохлеарной имплантации (КИ) возможность регистрировать электрически вызванный потенциал действия слухового нерва (ЭПД). Функция ТНО заключается в возможности импланта после генерации стимула работать как прибор, который регистрирует изменения электрического поля, возникающие из-за реакции слухового нерва на электрический стимул. Результатом является передача полученных данных на речевой процессор пациента через радиочастотный канал связи. Благодаря ТНО возможно получение информации об активности отдельных групп нейроновспирального ганглия, которые располагаются соответственно локализации каждого электрода системы. В программировании речевых

процессоров КИ, наиболее важным является определение порога ЭПД методом ТНО.

Цель исследования. Оценить пороги телеметрии нервного ответа у пациентов в динамике через 1, 3 и 6 месяцев после проведенной КИ.

Материалы и методы. Обследовано 50 пациентов в возрасте от 1 года до 4 лет с диагнозом двусторонняя врожденная сенсоневральная тугоухость. Всем пациентам была проведена интраоперационно ТНО. Для оценки порогов были выбраны 1, 11, и 22 электроды(Е) импланта фирмы «Cochlear». Следующим этапом через 1 месяц после проведенной КИ во время подключения речевого процессора повторно проводилась ТНО и оценивались пороги на исследуемых электродах. То же самое проводилось через 3 и 6 месяцев.

Результаты. Пороги ЭПД были определены в динамике на исследуемых электродах у 50 пациентов. Было выявлено, что у 35 пациентов пороги ЭПД снижались в среднем на 17(+\ -5) единиц. Интраоперационно на Е1 порог ЭПД составлял 201, на Е11-190; на Е22-196; Далее, через 1 месяц порог на Е1-181; на Е11-172; а на Е22-176. При проведении ТНО через 3 месяца пороги были равны: Е1- 163; Е11-155; Е22-153; При проведении ТНО на 6 месяце после КИ пороги составили: Е1-144; Е11-135; Е22-130; У 10 пациентов наблюдалось повышение порогов ТНО на одном из исследуемых электродов во время регистрации ЭПД на 3-й или на 6-й месяц после операции. У 5 пациентов при проведении ТНО наблюдалась различная динамика порогов, отсутствовала закономерность динамике порогов.

Вывод. Был сделан вывод, что у 70% пациентов отмечено снижение порогов ЭПД на исследуемых электродах при проведении ТНО через 1, 3 и 6 месяцев после проведенной КИ.

АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ СТОМАТОСКОПИЯ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ

ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Ключанская А.Д., ст. лаборант кафедры терапевтической стоматологии

Руководители: Иванова Е.В., д.м.н., проф., профессор кафедры
терапевтической стоматологии

Сабанцева Е.Г., д.м.н., доц., доцент кафедры терапевтической стоматологии

Булгакова Н.Н., к.ф./м. н., доц., руководитель научно-образовательного
центра ФГБУН ИОФ им. А.М. Прохорова РАН

ФГБУН ИОФ им. А.М. Прохорова РАН

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Применение метода аутофлуоресцентной стоматоскопии для диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта (далее – СОПР).

Материалы и методы. Комплект оборудования для проведения аутофлуоресцентной стоматоскопии состоит из аппарата медицинского значения АФС-400 (регистрационное удостоверение № ФСР 2011/106669) и специальных светофильтров для наблюдения эндогенной и экзогенной флуоресценции биологических тканей. Аппарат АФС-400 включает светодиоды с длиной волны излучения 400 ± 10 нм. При освещении полости рта этим аппаратом излучение с длиной волны 400 ± 10 нм поглощается СОПР и вызывает ее свечение (аутофлуоресценцию). Так же в комплекте есть очки со специальным светофильтром, которые позволяют врачу-стоматологу визуализировать флуоресцентное излучение тканей слизистой оболочки полости рта. В исследование включены 12 пациентов, двое мужчин и десять женщин разной возрастной категории. При диагностическом осмотре пациентов изучали слизистую оболочку губ, щек, дорсальной, боковой поверхности языка, дна полости рта, верхней и нижней поверхности языка, слизистую оболочку мягкого и твердого неба.

Результаты. При проведении диагностического обследования у пациентов, включенных в исследование, с помощью комплекта оборудования

для проведения аутофлуоресцентной стоматоскопии, особое внимание обращали на цветовую палитру свечения нормальной слизистой оболочки рта и участков аномального свечения, визуализирующихся в виде очаговых неоднородных затемнений «темных пятен», которые образуются в результате значительного уменьшения интенсивности свечения в очагах предрака и рака, за счет морфологических и биохимических изменений, происходящих на клеточном и тканевом уровне. Картину нормальной слизистой оболочки полости рта наблюдали у 8 (67%) исследуемых (1 мужчина и 7 женщин). Все пациенты не имеют вредных привычек, считают себя практически здоровыми, однако, у 4 пациентов (33%) выявили патологические изменения слизистой оболочки полости рта. Из них, в области слизистой оболочки твердого неба в 50%, на языке (преимущественно боковая поверхность) в 75%, в области преддверия полости рта в 50%, в области дна полости рта в 25% случаев. На слизистой оболочке твердого неба визуально не было отмечено патологических элементов, на боковой поверхности языка клинически выявлены небольшие эрозии, покрытые фибринозным налетом, у двух и одна большая у одного человека, на дне полости рта - изменения лихеноидного типа.

Выводы. Диагностика и лечение заболеваний СОПР являются одними из самых сложных разделов терапевтической стоматологии. Зачастую требуются консультации специалистов смежных областей, т.к. заболевания СОПР не всегда являются следствием только внутриротовых патологических изменений. По результатам анкетирования врачей-стоматологов, проводимом нами на кафедре терапевтической стоматологии РМАНПО, можно сделать вывод о том, что большинство врачей-стоматологов не обладают достаточными знаниями в области заболеваний СОПР (54%). В связи с этим, для повышения уровня диагностики онкологических заболеваний СОПР требуются дополнительные методы диагностики, одним из которых, является онкоскрининг. Применение этого аппарата позволит повысить уровень онкологической настороженности врачей-стоматологов в своей клинической

практике и, следовательно, увеличить процент выявления патологических заболеваний СОПР на ранних стадиях.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ АТРАВМАТИЧНЫХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ

Кожемякина В.В., аспирант кафедры термических поражений ран и раневой
инфекции

Руководитель: Малютина Н.Б к.м.н., доцент кафедры термических
поражений ран и раневой инфекции

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Уровень летальности пациентов с тяжелыми ожогами по-прежнему остается высоким. Это последствия развития инфекционных осложнений на фоне длительно незаживающих ожоговых ран и невозможности своевременного и эффективного выполнения свободной аутодермопластики, особенно у больных с обширными глубокими ожогами. В связи с этим, необходимость совершенствования метода хирургического лечения и экономного использования аутодермотрансплантата при проведении пластического закрытия ран свободным расщепленным трансплантатом является актуальной задачей.

Цель. Провести сравнительный анализ результатов приживления пересаженных перфорированных аутодермотрансплантатов в зависимости от применения различных методов местного консервативного лечения ран до и после аутодермопластики.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 84 пациентов, находившихся на лечении в Ожоговом центре ФГБУ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» в 2017-2018 гг. Возраст больных от 24 до 83 (в среднем 52.4) лет с общей площадью ожогов 5-50% (в среднем 30%)

поверхности тела, площадью глубокого ожога 3- 30% (в среднем 16,23%) поверхности тела. Средний возраст составил: у мужчин 45.68 лет, у женщин —56.61 года. Ожоги пламенем были у 75(89.3%) больных, паром и горячими жидкостями – у 6 (7.1%), контактные – у 3 (3.6%) пострадавших. Всем пациентам выполнялась 2-х этапное хирургическое лечение глубоких ожогов: первичная или отсроченная хирургическая некрэктомия в зоне глубокого поражения, с последующей отсроченной аутодермопластикой расщепленным перфорированным трансплантатом. После выполнения хирургической некрэктомии для подготовки ран к пластическому закрытию, а так же после аутодермопластики проводили местное консервативное лечение ран с использованием атравматичных раневых покрытий (основная группа) или влажновысыхающих повязок (группа сравнения). Некрэктомия (или хирургическая обработка ран) у этих пациентов выполнялась на 2-14 сутки от момента поступления в стационар, аутодермопластика — через 7- 14 суток после некрэктомии.

Результаты. В основную группу вошло 50 пациентов. Атравматичные раневые покрытия Парапран с хлоргексидином применялся у 21 пациента, Грассолинд+Цетувит – у 10, Бранолинд Н – у 19 больных. В группу сравнения вошли 34 пациента, у которых применялись влажно-высыхающие повязки с растворами антисептиков (0,05% р-р хлоргексидина и 7,5% р-р повидон-йода). Приживление пересаженных ауодермотрансплантатов в основной группе зафиксировано на 3-4 сутки после операции, а начальная эпителизация в ячейках отмечалась на 4-6 сутки. В группе сравнения приживление пересаженных ауодермотрансплантатов происходило на 4-6 сутки, а начальная эпителизация в ячейках на 6-8 сутки. Полная эпителизация ран после аутодермопластики в основной группе отмечена на 8– 14 (в среднем 12.4)сутки после операции, а в группе сравнения на 14– 20 (в среднем 14,4) сутки. Бактериальный лизис составил в основной группе 10,7% случаев, а в группе сравнения 9,5 % (критерий $t < 2$ говорит о недостоверности различий показателей).

Вывод. Применение атравматичных раневых повязок после выполнения хирургической некрэктомии для подготовки ран к пластическому закрытию, а также после аутодермопластики, позволяет сократить срок эпителизации ран после аутодермопластики на 2 суток.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ ПОЛУШАРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Коломан И.И., аспирант кафедры неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии

Руководитель: Левин О.С, д.м.н., проф., заведующий кафедрой неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Болезнь Паркинсона одна из наиболее частых неврологических заболеваний пожилого возраста. Существует множество теорий ассиметричного развития заболевания, однако патофизиологическая связь между функциональной асимметрией полушарий и клинической картиной БП до сих пор четко не установлена.

Цель исследования. определение взаимосвязи между функциональной асимметрией полушарий и клинической картиной болезни Паркинсона.

Материалы и методы. В исследование было включено 20 пациентов с диагнозом болезнь Паркинсона с правой и левой стороной дебюта заболевания. Всем пациентам проводился сбор анамнеза, с учетом пола, возраста больных, длительности заболевания, возраста постановки диагноза и времени начала лечения. Оценка двигательных функций осуществлялось по шкале Хен – Яр, шкале UPDRS III часть, оценка когнитивных функций осуществлялось по шкале MoCA, тесту 3 КТ. Оценка аффективных нарушений проводилась по шкале депрессии Бека. Анализ полученных результатов выполнен с помощью программы Statistica 6.1

Результаты. Средний возраст больных с левосторонним дебютом составил $67 \pm 8,7$. Средний возраст дебюта заболевания составил $65 \pm 6,2$ лет. У данной категории пациентов вегетативные нарушения коррелируют со стадией заболевания и более низким балом по шкале Мока, и зависели от возраста дебюта (чем раньше возраст дебюта, тем более выражены проявления). В когнитивной сфере больше выражены нарушения внимания, абстрактного мышления, есть тенденция к снижению отсроченного воспроизведения. Вовлечение противоположной стороны и появление постуральной неустойчивости у пациентов с левосторонним дебютом также сопровождалось усугублением когнитивных и вегетативных проявлений. Средний возраст больных с правосторонним дебютом составил $75 \pm 8,7$. Средний возраст дебюта заболевания составил $73 \pm 6,2$. У данной категории пациентов вегетативные нарушения не коррелирует с возрастом дебюта и тяжестью когнитивных нарушений. В когнитивной сфере больше выражены нарушения памяти, речи и абстрактного мышления, фонетической активности. Такие моторные нарушения как брадикинезия и ригидность слабо коррелировали с прогрессированием когнитивных нарушений. Анализ функциональной асимметрии полушарий у пациентов с левосторонним дебютом, выявил, что у правшей больше нарушено внимание и менее выражены аксиальные симптомы. У левшей была более выражена депрессия и аксиальные симптомы, чаще встречаются экстракампильные феномены.

Выводы. при обследовании пациента с левосторонним дебютом, нарастание когнитивных нарушений следует ожидать параллельно с двигательным дефицитом. У пациентов с правосторонним дебютом скорость и тяжесть когнитивных нарушений не будет коррелировать с двигательными симптомами. Пациенты с левым доминантным полушарием чаще имеют нарушение внимания (что вероятно связано с функциональной асимметрией полушарий), тогда как при правом доминантном полушарии у больных отмечается более грубая аксиальная симптоматика, и более выраженная депрессия. Ввиду высокой частотой встречаемости экстракампильных

феноменов пациентам с правым доминантным полушарием необходимо с осторожностью назначать агонисты дофаминовых рецепторов, так как они могут усугубить подобные симптомы.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ KINECT® В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИМПИДЖМЕНТ-СИНДРОМОМ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Колышенков В.А., младший научный сотрудник

Руководитель: Еремушкин М.А., д.м.н., проф.

ФГБУ «НМИЦ РК» Минздрава России, г. Москва.

Комплексное лечение пациентов с импиджмент-синдромом плечевого сустава, в том числе и с использованием современных технологий, является актуальной и не до конца решенной задачей. В последнее десятилетие интерактивные технологии активно внедряются в реабилитационную практику, позволяя не только проводить биомеханический анализ движений, но и активно вовлекать пациента в процесс восстановительного лечения, благодаря игрофикации реабилитационных процедур.

Одной из таких технологий является Kinect® - система камер, основанная на технологии motion capture. В основе технологии лежат две камеры, инфракрасная и обычного диапазона, а также инфракрасный проектор. Данное решение стало активно применяться в реабилитационной практике в связи с ее низкой стоимостью, удобством применения (отсутствие маркеров) и высокой мобильности.

Цель исследования. Применить технологию Kinect® в сочетании с комплексами лечебной физкультуры в лечении пациентов с импиджмент-синдромом плечевого сустава. Оценить влияние геймифицированных процедур на скорость и степень восстановления функциональной активности плечевого сустава при импиджмент-синдроме.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 17 пациентов, сопоставимо разделенные на две группы, 9 и 8 человек соответственно, в возрасте 32-65 лет. Обе группы получали занятия лечебной гимнастикой для увеличения силы мышц пояса верхних конечностей и для увеличения объема движений в плечевом суставе. Пациенты второй группы получали комплексное лечение с использованием геймифицированных лечебных процедур на основе технологии Kinect®. Курс лечения составлял 12 процедур. Эффективность лечения оценивалась по выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ и амплитуде движений в плечевом суставе.

Результаты. Большинство пациентов из первой и второй групп отмечали снижение болевого синдрома после 6-7 процедур. У пациентов первой группы отмечалось снижение уровня боли по шкале ВАШ на 34,7%, так у пациентов второй группы снижение боли по шкале ВАШ составило 50,7%. Увеличение объема движений в первой группе в отведении составило +7°, в сгибании +9°, у пациентов второй группы увеличение объема движений составило: отведение +13°, сгибание +16°.

Выводы. Включение технологии Kinect® в реабилитационный процесс является обоснованным решением и позволяет сократить сроки восстановительного лечения, снизить уровень болевого синдрома и улучшить функциональные показатели плечевого сустава.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ СПОСОБОВ СЕКВЕСТРЭКТОМИИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Колотильщиков А.А., аспирант кафедры хирургии

Амбарцумян М.Г., ординатор кафедры хирургии

Джоджуа Д.Е., ординатор кафедры хирургии

Руководитель: Шабунин А.В., д.м.н., проф., член-корр. РАН,
заведующий кафедрой хирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Острый деструктивный панкреатит является достаточно часто встречающейся ургентной хирургической патологией (в среднем диагностируется у 25-35% пациентов с острым панкреатитом), характеризуется значительными показателями осложнений и летальности (показатели летальности при инфицировании достигают 50%). В последние годы в лечении инфицированного панкреонекроза стали широко использоваться малоинвазивные способы секвестрэктомии, такие как эндоскопическая транслюминальная секвестрэктомия (ЭТС), видеоассистированная ретроперитонеоскопическая секвестрэктомия (ВАРС). Важным является необходимость сформулировать четкие показания к применению данных способов.

Цель исследования. Уточнение показаний к использованию малотравматичных способов секвестрэктомии.

Материалы и методы. В 2017-2018 гг. в ГКБ им. С.п. Боткина было пролечено 146 пациентов с острым деструктивным панкреатитом. Из них инфицированный панкреонекроз, потребовавший оперативного лечения, диагностирован у 41,1% (60 пациентов). ВАРС использовалась в лечении 15% (9 пациентов из числа оперированных). ЭТС была применена в лечении 11,7% (7 пациентов от числа оперированных) пациентов с инфицированным панкреонекрозом. Решение о применении миниинвазивных способов секвестрэктомии основывалось на использовании разработанного в хирургической клинике ГКБ им. С.П. Боткина принципа моделирования панкреонекроза. Данный принцип основан на оценке распространенности и локализации деструктивного процесса в ткани поджелудочной железы и забрюшинной клетчатке, выявляемого в ходе проведения компьютерной томографии с внутривенным контрастированием.

Результаты. У 44,4% (4 пациентов) ВАРС не потребовало последующего использования прочих способов секвестрэктомии. Понадобилось от 2 до 5 повторных видеоассистированных санаций

забрюшинного пространства. Показаниями к использованию ВАРС являются выявленные по данным КТ «левый» и «правый» («Модель-2» и «Модель-3» соответственно) типы панкреонекроза. В лечении 55,6% (5 пациентов) из указанного числа, ВАРС применена в качестве этапного способа, что было обусловлено значительной распространенностью деструктивного процесса в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке («Модель-4»). У 71,4 % (5 из 7 пациентов) проведение ЭТС позволило избежать использования открытого способа секвестрэктомии («Модель-1»). Частота эндоскопических санаций составила в среднем от 2 до 6. У 28,6% больных (2 пациентов) («Модель-2») ЭТС была дополнена чрескожным дренированием под УЗ-наведением для повышения эффективности проводимых санаций. Показания к применению ЭТС: выявленные отграниченные некротические полости, локализованные в центральных отделах поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, тесно прилежащие к задней стенке желудка («Модель-1», «Модель-2»). В ходе применения малотравматичных способов отмечено одно осложнение – аррозивное кровотечение. Летальных исходов не было.

Выводы. ВАРС и ЭТС являются эффективными малотравматичными способами секвестрэктомии. В выборе способа секвестрэктомии важная роль принадлежит принципу моделирования панкреонекроза, который позволяет определить распространенность и локализацию некротического процесса в забрюшинном пространстве.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Корбашова Ю.А., ординатор кафедры анестезиологии-реаниматологии и
скорой медицинской помощи

Руководитель: Купцова М.Ф., к.м.н., доц., доцент кафедры анестезиологии-реаниматологии и скорой медицинской помощи

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза

Введение. Клиническая картина тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) многолика и неспецифична. В 50-80% случаев пациентам, умершим от ТЭЛА, вовремя не был установлен правильный диагноз, и не было проведено необходимое лечение. Без адекватной патогенетической терапии летальность составляет более 40%, при массивном поражении - 70%, а при своевременно начатой терапии колеблется в диапазоне от 2 до 10%.

Клинический случай. Пациентка А., 53 лет доставлена бригадой СМП в приемное отделение с жалобами на одышку в покое, боли в грудной клетке, учащенное сердцебиение, выраженную слабость. Из анамнеза: получала антикоагулянтную терапию варфарином в течение 9 месяцев по поводу тромбоза глубоких вен левой голени, в течение последних 2 месяцев лечение было прекращено по инициативе пациентки. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 24 в мин., SpO₂-89%. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2-го тона над легочной артерией. АД – 110 и 70 мм рт. ст. ЧСС – 110 уд/мин. Произведена оценка клинической вероятности ТЭЛА по шкалам Wells, Geneva (клинические рекомендации) – стратифицирован средний риск.

При лабораторно-инструментальном исследовании выявлено: на ЭКГ – отклонение электрической оси сердца вправо на 30°, синусовая тахикардия. Тропонин Т – 0,023 нг/мл. Положительный анализ на D-димер – 2266 нг/мл.

На ЭхоКГ: ФВ-53%. Сократительная способность ЛЖ сохранена. Парадоксальное движение межжелудочковой перегородки. Дилатация правых отделов сердца (ПЖ до 4,3 мм в поперечнике). Гипокинезия свободной стенки ПЖ, гиперкинезия верхушки ПЖ. Трикуспидальная

недостаточность I. Систолическое давление в легочном стволе 55 мм рт.ст. На КТ-ангиографии признаки ТЭЛА: расширение ствола легочной артерии, левой легочной артерии (ЛЛА), правой легочной артерии (ПЛА). Дефекты наполнения выявлены в ЛЛА, ПЛА и в их сегментарных ветвях.

После проведенной антикоагулянтной терапии (подкожное введение эноксапарина 80 мг 2 раза в день с переходом на ривароксабан 15 мг 2 раза в сутки с 4 суток), оксигенотерапии 4 мл/мин, состояние пациентки стабилизировалось – нет одышки в покое, концентрация SpO₂ достигла 96-98%, по данным ЭхоКГ купировались признаки легочной гипертензии, систолическое давление в легочном стволе снизилось на 39 мм рт.ст. и составило 16 мм рт.ст. На 3-е сутки пациентка была переведена в кардиологическое отделение с рекомендациями продолжить антикоагулянтную терапию (ривароксабан 15 мг 2 раза в сутки в течение 16 дней, с последующим переходом на 20 мг 1 раз в сутки).

Выводы.

1. Диагностическая стратегия у пациентов со стабильной гемодинамикой начинается с оценки вероятности ТЭЛА с использования шкал Wells, Geneva в комбинации с определением уровня Д-димера. При положительном тесте, пациентам с повышением уровня Д-димера показана КТ-ангиография, положительные результаты которой свидетельствуют о целесообразности проведения антикоагулянтной терапии.

2. Антикоагулянтная терапия является ключевым фармакологическим элементом вторичной профилактики тромбоэмболических осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭЯКУЛЯТА ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ

Крылова К.В., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Дружинина Е.Б., д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Иркутск

Бесплодием страдает около 15% супружеских пар в мире, при этом, в 45-50% бесплодие обусловлено «мужским фактором» (WHO,2010). У мужчин существует способность поддерживать определенный уровень фертильности в течение всей жизни, однако с возрастом изменения параметров спермы проявляются в уменьшении объема, сокращении общего количества, ухудшении подвижности и морфологии сперматозоидов. При этом концентрация сперматозоидов может не меняться. В лабораторных руководствах ВОЗ описаны условия забора эякулята, их доставки и технология исследования. Однако при разработке схем качественной оценки спермы стало очевидно, что качество анализов в различных лабораториях может значительно различаться. Это значит, что диагностика и лечение пациентов зависит от качества выполненного лабораторного исследования и его интерпретации.

Цель исследования. Обобщить результаты исследований по диагностике эякулята.

Материалы и методы. Представлены результаты собственного исследования о выполнении лабораторного исследования эякулята.

Результаты. На базе отделения ВРТ ОПЦ ГБУЗ «ИОКБ» г. Иркутск за 2018 год проведен ретроспективный анализ 151 цикла ЭКО с методами оплодотворения эмбрионов ИКСИ и ПИКСИ. После подписания информированного добровольного согласия на участие в исследовании, все пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от исхода цикла: беременные (n=43) и небеременные (n=108). В 1 гр. оплодотворение методом ИКСИ выполнялось в 83,7 % случаев, методом ПИКСИ в 16,3% случаев. Во 2 гр. частота использования ИКСИ составила 81,5% случаев, ПИКСИ в 18,5% случаев. Средний возраст женщин составил $33,69 \pm 2,9$ лет. Критериями включения в исследование явились: программа ЭКО с методом

оплодотворения ИКСИ/ПИКСИ. Пациенты с донорскими яйцеклетками и сперматозоидами, и пациентки, участвующие в программе суррогатного материнства, исключены из исследования. В исследовании оценивались следующие параметры: показатели спермограммы (морфология, концентрация, подвижность, MAR- тест). Статистическая обработка проводилась с предварительной оценкой соответствия закону нормального распределения, различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. В показателях спермограммы до программы ЭКО не выявлены статистически значимые различия по концентрации, подвижности и морфологии. В день трансвагинальной пункции отмечено улучшение показателей концентрации (с 67,37 до 76,0 в 1 группе, и с 71,73 до 93,09 во 2 группе), однако это не повлияло на частоту наступления беременности. Морфология и подвижность сперматозоидов после этио-патогенетического лечения значительно не изменилась. При мужском факторе бесплодия в программах с ИКСИ отмечены статистически значимые различия в концентрации сперматозоидов при сравнении группы беременных с небеременными в 1,5 раза (1 гр.- 20,05 , 2 гр.-13,28, $p \leq 0,05$). Подвижность сперматозоидов также статистически различалась (1гр. -30, 2 гр.-19,33, $p \leq 0,05$). Лейкоспермия достоверно чаще имела место у небеременных пациенток с ИКСИ (1 гр. – 0,6, 2 гр.-2,1), однако статистически достоверных различий не выявлено. При сравнении MAR- теста значимых различий в группах беременных и небеременных не выявлено.

Вывод. Комплексное исследование эякулята позволяет выявлять причины мужского бесплодия и выбирать оптимальный путь нормализации фертильности, в том числе метод оплодотворения в программах вспомогательных репродуктивных технологий.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ КЛИНИКО- ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ

Крякова М. Ю., аспирант кафедры организации здравоохранения и
общественного здоровья

Руководитель: Пиддэ А. Л., д.э.н., проф., профессор кафедры
организации здравоохранения и общественного здоровья

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Изучение структуры кадрового состава клинико-диагностических лабораторий. Задачей лабораторной службы является наиболее рациональное использование научных знаний и практических аналитических возможностей для повышения эффективности диагностического процесса и повышения качества медицинской помощи.

Материалы и методы. Исследование основывается на трудах ведущих отечественных и зарубежных ученых, законодательных и иных нормативных актах, статьях, материалах научных конференций. Анализ нормативно-правовых, финансовых, кадровых, инфраструктурных недостатков оказания услуг клинико-диагностических лабораторий показывает следующее: кадровая структура клинико-диагностических лабораторий РФ не соответствует современным требованиям организации здравоохранения, имеет большое количество недостатков, что обусловлено неправильным подходом в ее формировании, характеризуется сложностью в подборе кадров.

Результаты. Соотношение ставок врачей и лаборантов в ЦКДЛ следует считать более целесообразным как 1:4. Но в большинстве современных лабораторий на территории РФ это соотношение составляет 1:2.3, т. к. в различных субъектах РФ различное оснащение, уровень автоматизации и технического обеспечения лабораторий. Большинство врачей клинико-диагностических лабораторий выполняют рутинные исследования, в то время как в других странах это является функциональной нагрузкой фельдшеров-лаборантов и медицинских технологов. Не стоит забывать и про небольшие лаборатории амбулаторно-поликлинического звена. Каждая

лаборатория определяет для себя объем анализов, при выполнении которого она будет безубыточной. Ключевую роль играет финансовое и организационное обеспечение лабораторий, возможность закупки современного оборудования, реагентов, обучение сотрудников работе на современном оборудовании, дальнейшее обслуживание используемого оборудования, правильная организация “потока биоматериала” в лаборатории для максимально быстрого получения результатов исследований.

Существуют приемы и методы организации трудовой деятельности, положительно влияющие на производительность труда: расширение лабораторий и централизация, локализация исследований; выполнение анализов методами поточных линий и серий, использование готовых наборов реагентов и экспресс-методов для отсеивания образцов биоматериала с нормальным содержанием аналитов, высокопроизводительное оборудование, унификация и стандартизация, контроль качества лабораторных исследований (внутрилабораторный, межлабораторные сличения, международные сертифицированные контрольные материалы), использование бумажных и электронных форм учета, использование маркировки образцов биологических материалов (штрих-код), использование оптимального графика работы.

Выводы. Важную роль играет не только количество сотрудников лабораторной службы, но и “качество” - это профессиональные и грамотные специалисты в области клинической лабораторной диагностики, обладающие необходимыми знаниями, умениями, готовые передавать накопленный опыт молодым поколениям, готовые быть наставниками. Дефицит кадровых и материально-технических ресурсов усугубляется неэффективным управлением. Клинико-диагностическим лабораториям в современных условиях также необходимы грамотные управленцы, руководящие кадры. Подготовку специалистов лабораторной службы необходимо поднимать на принципиально новый уровень.

PD-L1-СТАТУС РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кузнецова О.А., аспирант кафедры патологической анатомии

Руководитель: Франк Г.А., д.м.н., профессор, академик РАН, зав. кафедрой
патологической анатомии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Исследование экспрессии PD-L1 в тройных негативных и люминальных В HER2 негативных карциномах молочной железы и оценка связи PD-L1 статуса опухоли с прогнозом течения заболевания.

Материалы и методы. Исследование было проведено на операционном материале 72 больных раком молочной железы. Часть пациентов (31 больная) получали неоадьювантную химиотерапию согласно рекомендациям RUSSCO и NCCN Guidelines. При анализе данных учитывались следующие факторы: возраст, степень дифференцировки (градация), стадия Т, выраженность ответа опухоли на неоадьювантную химиотерапию по системе RCB и Лавниковой Г.А.

На изготовленных с полученных блоков срезах была проведена иммуногистохимическая реакция с набором PD-L1 IHC 22C3 pharmDx, (SK006, DAKO), в стейнере Avtosteiner Link 48 (Dako), по стандартному протоколу для данного набора. Для контроля иммуногистохимических реакций были параллельно поставлены реакции на контрольных тканях. С этой целью были выбраны клеточные линии, прилагаемые к набору, ткани миндалин и плаценты.

Учитывая объективную сложность оценки уровня экспрессии PD-L1 в опухолях различных локализаций, анализировались не только гистологические препараты, но и отсканированные изображения.

Критерием для позитивного статуса опухоли было выбрано полное или частичное мембранное окрашивание не менее 1% опухолевых или иммунных клеток, расположенных интратуморально или не далее 1 мм от границы опухоли. Расчеты производились отдельно для экспрессии PD-L1 в опухолевых и иммунных клетках.

Результаты. Положительная экспрессия PD-L1 в опухолевых клетках была выявлена в 21 из 72 случаев (29,17%).

Обнаружены различия в частоте встречаемости карцином с экспрессией PD-L1 в опухолевых клетках в зависимости от молекулярно-генетического типа: в люминальных В, HER2 негативных опухолях положительный PD-L1 статус имели 4 из 27 (14,81%), а в тройных негативных опухолях - 17 из 45 (37,78%). Позитивный статус иммунных клеток наблюдался в 37,04% и 64,44% случаев соответственно.

При исследовании взаимосвязи PD-L1 статуса с возрастом и степенью дифференцировки корреляции не было обнаружено. Возможно, это стало результатом недостаточно широкой выборки

Выводы. Положительный PD-L1 статус опухоли был выявлен в тройных негативных раках почти в 2,5 раза чаще чем в люминальных В HER2 – негативных. Учитывая более агрессивное течение гормонорезистентных РМЖ можно предположить, что позитивный PD-L1 статус является признаком худшего прогноза течения заболевания. Об этом же свидетельствует факт, что опухоли, плохо отреагировавшие на классические химиотерапевтические схемы чаще экспрессируют этот маркер. Вместе с тем наличие позитивного PD-L1 статуса опухоли открывает возможности для иммунотерапевтических подходов к лечению этих опухолей.

ВЫБОР АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ПОЛИСЕНСИБИЛИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА

Куликов А.С., ординатор кафедры клинической аллергологии
Руководитель: Терехова Е.П., к.м.н., доц., и.о. зав. кафедры клинической
аллергологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Введение: Аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ) на сегодняшний день является единственным методом лечения, который способен изменить естественную эволюцию аллергического респираторного заболевания.

Клинический случай: Пациент М., 44 года, обратился с жалобами на сезонные (апрель-август) приступы затрудненного дыхания, сухой кашель, заложенность носа, ринорею, зуд в носу, чихание, зуд век, слезотечение.

Из анамнеза: страдает сезонным (апрель-июль) аллергическим ринитом, конъюнктивитом с 2003 года. С 2010 года расширение спектра аллергенов, увеличился сезон палинации с апреля по сентябрь и присоединились приступы затрудненного дыхания, кашель. Лечился антигистаминными препаратами (дезлоратадин, эбастин, лоратадин), при приступах затрудненного дыхания использовал ситуационно сальбутамол. С 2011 года перекрестная пищевая аллергия к косточковым, орехам, кукурузе с клиническими проявлениями крапивницы, ангиоотека в области лица и шеи, которые требовали стационарного лечения в отделении неотложной терапии.

Диагностика: при проведении скарификационных тестов с аллергенами выявлена полисенсibilизация к пыльце деревьев, злаковых и сорных трав. Пациентам с полисенсibilизацией для определения основной и перекрестной реактивности и решения вопроса о целесообразности назначения АСИТ, показано проведение молекулярной аллергодиагностики *in vitro* с целью выявления главных (мажорных), второстепенных (минорных) аллергокомпонентов.

Результаты молекулярной аллергодиагностики: определение специфических иммуноглобулинов Е (sIgE) методом ImmunoCAP: Betv 1 -

0,29кЕА/л; Artv1 – 0,29кЕА/л - низкая концентрация антител; Phlp1, Phlp5 – 9,68 кЕА/л – высокая концентрация антител. Спирометрия: функция внешнего дыхания в норме. Пульсоксиметрия 99%.

На основании жалоб, анамнеза, результатов обследования, выставлен диагноз: Бронхиальная астма, атопическая форма, ремиссия. Аллергический ринит, персистирующее течение ремиссия, аллергический конъюнктивит, ремиссия. Аллергия к пыльце деревьев, злаковых и сорных трав. Перекрестная пищевая аллергия к косточковым, орехам, кукурузе с клиническими проявлениями крапивницы, ангиоотека в области лица и шеи.

Лечение: Учитывая прогрессирующее течение сезонной аллергии, наличие перекрестной пищевой аллергии с локализацией в области лица и шеи, требующее неотложной медицинской помощи, пациенту показана АСИТ. На основании результатов молекулярной аллергодиагностики, назначена сублингвальная АСИТ с аллергенами пыльцы злаковых трав, которую пациент получает и соблюдение элиминационной диеты.

Выводы: 1. В реальной клинической практике врачу приходится принимать сложные решения, связанные с выбором стратегии диагностики и лечения, которые будут возможны и оптимальны для этого пациента.

2. Новый инновационный метод молекулярной аллергодиагностики позволяет выявить главный аллерген для проведения эффективной АСИТ.

ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Куликов А.С., ординатор кафедры клинической аллергологии

Руководитель: Ненашева Н.М., д.м.н., профессор кафедры клинической
аллергологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Введение: Цель терапии бронхиальной астмы (БА) – достижение контроля ингаляционной терапии. Половине наблюдаемых пациентов удается достигать и сохранять контроль в результате терапии ингаляционными кортикостероидами (ИГКС) или ИГКС + длительнодействующие бета 2-агонисты (ДДБА) при условии адекватной приверженности и техники ингаляции. Однако существенная часть пациентов со среднетяжелой и тяжелой БА не достигают контроля даже при соблюдении всех условий.

Клинический случай: Пациентка М., 39 лет обратилась с жалобами на одышку при физической нагрузке, ежедневные приступы затруднённого дыхания, сопровождающиеся хрипами и свистами в груди, особенно в ранние утренние часы, кашель с вязкой мокротой с сероватым оттенком, слабость, потливость.

Из анамнеза: страдает бронхиальной астмой (БА) с 5-ти летнего возраста. С конца 90-х годов получала ингаляционную терапию различными комбинированными препаратами: салметерол/флутиказонапропионат (мультидиск), будесонид/формотерол (турбухалер), будесонид + формотерол (аэролайзер). Последние годы в качестве постоянной базисной терапии получает беклометазондипропионат/формотерол (100/6 мкг) по 2 ингаляции дважды, при затрудненном дыхании – беродуал. В течение последних 5-ти лет отмечает частые обострения с госпитализациями до 3-4 раз в год с приемом пероральных глюкокортикостероидов (ГКС) в суточной дозе 30-40 мг. длительностью от 7-10 до 15-20 дней.

Диагностика: при проведении скарификационных тестов с аллергенами выявлена сенсibilизация к клещу домашней пыли, домашней пыли, шерсти кошки, собаки, смеси деревьев, злаковых трав. Спирометрия: выявлено нарушение функции внешнего дыхания - ОФВ1 - 38%, ПСВ - 40%. Пульсоксиметрия - 96%.

На основании жалоб, анамнеза, результатов обследования, выставлен диагноз: бронхиальная астма, атопическая форма, тяжелое неконтролируемое

течение; аллергический ринит, лёгкое персистирующее течение; аллергический конъюнктивит, фаза ремиссии; сенсibilизация к бытовым, эпидермальным (шерсть кошки, собаки), пыльцевым (пыльца деревьев и злаковых трав) аллергенам.

Лечение: Учитывая прогрессирующее, неконтролируемое течение бронхиальной астмы, наличие сенсibilизации к бытовым, эпидермальным, пыльцевым аллергенам, пациентке назначена терапия ИГКС/ДДБА + тиотропий респимат - состояние пациентки улучшилось, частота обострений сократилась, однако контроль БА был лишь частичным, а в сезоны палинации астма становилась не контролируемой, поэтому было принято решение добавить к терапии ИГКС/ДДБА+тиотропий респимат таргетную терапию анти-IgE-препаратом - омализумаб.

Выводы: 1. После добавления к терапии ИГКС/ДДБА + тиотропий респимат таргетной терапии анти-IgE-препаратом – омализумаб, бронхиальная астма у пациентки стала контролируемой, качество жизни пациентки улучшилось.

2. Терапия тиотропиумом является клинически и экономически эффективной стратегией для пациентов с БА, не достигающих контроля на фоне применения ИГКС или ИГКС/ДДБА, а так же добавление к этой комбинации таргетной терапии анти-IgE-препаратом - омализумаб, ведет к улучшению качества жизни пациента и существенному снижению частоты обострений бронхиальной астмы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Кулумбеков Г.Р., Ирасханов А.Ш., Кулумбекова И.Р.

студенты, очная форма, кафедра хирургических болезней № 1

Руководитель: Беслекоев У.С., к.м.н., доц., заведующий кафедрой
хирургических болезней № 1

В последнее время отмечается рост заболеваемости калькулезным холециститом и его осложнениями, в том числе холедохолитиазом. На сегодняшний день эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) является весьма эффективным малоинвазивным методом хирургического лечения холедохолитиаза, механической желтухи, гнойного холангита, патологий большого дуоденального сосочка, а также хронического панкреатита, вызванного сужением устья вирсунгова протока. В большей части случаев (до 85%) ЭПСТ является способом лечения заболевания, в остальных случаях используется для предоперационной подготовки. По данным разных авторов осложнения при проведении данной операции встречаются в 2,1-9,7% случаев, а летальность составляет 0,5-4,9%, но это в разы меньше, чем после альтернативной трансдуоденальной папиллосфинктеротомии (5,4-17,9% и 2,6-5,2% соответственно).

Цель исследования. Оценить эффективность проведения ЭПСТ по результатам работы клиники общей хирургии.

Материалы и методы. В ретроспективном анализе были изучены результаты лечения 138 пациентов, которым производилась ЭПСТ в клинике общей хирургии.

Результаты. Из 138 пациентов 70,1% женского пола, 29,9% мужского. 67,4% пациентов находились в возрастной группе 70-85 лет, средний возраст пациентов $70,4 \pm 7$ лет. Подавляющее большинство операций выполнено типичным канюляционным способом (93%). Показанием к ЭПСТ в большинстве случаев являлся постхолецистэктомический синдром и холедохолитиаз (78,1%); холедохолитиаз с гнойным холангитом (9,2%); папиллостеноз (5,4%); аденома большого дуоденального сосочка (7,3%). Выполнение ЭПСТ предполагало субтотальное рассечение БДС, после чего у большей части пациентов камни мелкого и среднего калибра отходили самостоятельно, почти в четверти случаев (23,1%) для литоэкстракции и

извлечения сладжа требовалось использование корзины Dormia. Литоэкстракция не всегда удавалась, поэтому в некоторых случаях производилась внутрипротоковая литотрипсия (7,2%), стентирование гепатикохоледоха (23,2%), наружновнутреннее дренирование желчных протоков с обходом конкремента (3,6%). В части случаев встречались осложнения ЭПСТ: острый панкреатит (8,7%), кровотечение (2,2%), ретродуоденальная перфорация (0,7%). Среди сопутствующей патологии чаще других встречались заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертоническая болезнь – 61,6%, ишемическая болезнь сердца – 52,2%, нарушения ритма – 8,0%, постинфарктный кардиосклероз – 11,6%; желудочно-кишечного тракта: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 8,0%, хронический панкреатит – 13,0%; эндокринной системы: сахарный диабет – 14,5%, гипотиреоз – 5,8% и инфекционные заболевания (гепатит С – 6,5%). Средняя продолжительность пребывания в стационаре с учетом предоперационной подготовки и послеоперационного периода составила 8,7 дней (минимальная – 6, максимальная – 14).

Вывод. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия несмотря на высокую стоимость лечения является хорошей альтернативой трансдуоденальной папиллосфинктеротомии, сокращает число осложнений, продолжительность восстановительного послеоперационного периода и может применяться у пациентов из группы высокого операционного риска с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ ПЕРФОРАЦИЕЙ: АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кулумбегов Г.Р., Ирасханов А.Ш., Кулумбегова И.Р.

Студенты, очная форма, кафедра хирургических болезней № 1

Руководитель: Беслекоев У.С., к.м.н., доц.,
заведующий кафедрой
ФГБОУ ВО СОГМА МЗ РФ, г. Владикавказ

Перфорация является одним из самых грозных осложнений язвенной болезни и развивается у 7-12% всех больных данной патологией. Данное состояние сопровождается высокой летальностью, поэтому продолжает оставаться актуальной проблемой гастроэнтерологии и абдоминальной хирургии.

Цель исследования: провести анализ заболеваемости, методов диагностики и лечения прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. изучены результаты лечения 128 пациентов, госпитализированных и прошедших лечение в 2012 – 2018 гг.

Результаты. Среди всех пациентов 73,4% – лица мужского пола, 26,6% – женского. Средний возраст пациентов – 54,7 года. С момента начала заболевания прошло до 5 часов – в 62 (48,4%) случаях, от 5 до 20 часов – в 47 случаях (36,7%), свыше 20 часов – в 19 случаях (14,9%). Большинство пациентов доставлены в стационар службой скорой медицинской помощи (123 человека – 96,1%), но не у всех на догоспитальном этапе был поставлен диагноз «перфорация полого органа» (63 пациента – 49,2%). 36 человека (26,6%) поступили в стационар с диагнозом «острый панкреатит», 18 человек (11,7%) – с «острым аппендицитом», 6 человек (3,9%) – с «кишечной непроходимостью», 2 человека (1,5%) – с «панкреонекрозом», 2 человека (1,5%) – с «острым холециститом», 1 человек (0,8%) – с «острым холецистопанкреатитом». Диагностическая лапароскопия потребовалась в 16 случаях (12,5%). Доступ к брюшной полости производился путем верхнесрединной лапаротомии, язвенный дефект ушивался 2-рядным швом для язв, диаметром более 5 мм, и 1-рядным швом для меньших по величине язв. В 12 случаях (9,4%) проводилась пилоропластика по Гейнеке-Микуличу.

Локализовался язвенный дефект наиболее часто в пилорическом отделе желудка (89 случаев – 69,5%), реже – в луковице двенадцатиперстной кишки (17 случаев – 13,3%), в области тела и дна желудка (11 случаев – 8,6%), послелуковичная язва – 6 случаев (4,7%). При вскрытии брюшной полости у всех оперированных обнаруживались признаки местного (11 случаев – 8,6%) или распространенного (117 случаев – 91,4%) перитонита. Иногда наблюдались ранние послеоперационные осложнения: 5 случаев (3,9%) – нагноение раны, инфекция, 3 случая (2,3%) кровотечения. Имел место один летальный исход вследствие перитонеального сепсиса. Средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре составила 11,4 суток.

Выводы. Наиболее благоприятное течение и исход заболевания наблюдался у пациентов, госпитализированных в течение первых пяти часов после появления первых симптомов. Наличие осложнений после ушивания перфоративных язв объясняется поздней обращаемостью за медицинской помощью, наличием сопутствующих заболеваний и исходно тяжелым состоянием пациента.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЙСТВИЯ РЕМИНЕРАЛИЗУЮЩИХ СРЕДСТВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПОСЛЕ ОФИСНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ

Кулумбегова И.Р., Дауева Д.В., студенты (очная форма)

кафедра стоматологии № 3

Руководитель: Моргоева З.З., к.м.н.

ФГБОУ ВО СОГМА МЗ РФ, г. Владикавказ

В последние годы все больше людей стремятся к белоснежной улыбке. Именно поэтому профессиональное отбеливание является одной из самых популярных процедур на стоматологическом рынке. Однако после этой

процедуры повышается проницаемость эмали, из-за чего появляется необходимость проведения процедуры реминерализации.

Цель исследования: сравнение клинического эффекта реминерализующих препаратов с различным составом.

Материалы и методы. материалом для исследования послужили 87 удаленных зуба, ранее подвергшихся офисному отбеливанию. В качестве реминерализующих средств использовались «Фторлак» (Омега-Дент), активным компонентом которого является аминофлюорид; «Эмаль-герметизирующий ликвид» (Humanchemie), с содержанием фторида натрия и гидроокиси кальция; суспензия «Десенсетин» (Tehnodent), содержащая фторид натрия и аргинин.

Зубы подвергались предварительному отбеливанию с использованием перекиси водорода. Все зубы разделили на 4 группы: 1 – с нанесением «Фторлака»; 2 – с нанесением эмаль-ликвида; 3 – с нанесением «Десенселина»; 4 – контрольная группа. После нанесения препаратов проводился КОСРЭ-тест с нанесением метиленового синего. Степень прокрашивания эмали оценивалась по 10-балльной шкале синего. Степень проникновения красителя в глубокие слои эмали оценивали с помощью микроскопа ЛОМО ПМТ-3М.

Результаты. При проведении КОСРЭ-теста на удаленных зубах, зубы, покрытые «Фторлаком» окрашивались слабее всего, результат составлял 1,7 балла; у зубов, покрытых «Десенселином», показатель составлял 4,2 балла; у зубов, покрытых эмаль-герметизирующим ликвидом, результат составлял 7,5 баллов.

При микроскопическом исследовании самый высокий показатель отмечался у эмаль-ликвида, краситель проникал на глубину 550 микрон; далее следовали зубы, покрытые «Десенселином», краситель проникал на 410 микрон; у зубов, покрытых «Фторлаком», показатель составлял 290 микрон. При этом у контрольной группы, не покрытой никакими реминерализующими средствами, показатель составлял 570 микрон.

Выводы. 1. На всех зубах, подвергшихся отбеливанию, повышается проницаемость эмали. 2. Проницаемость эмали отбеленных зубов значительно снижается при использовании реминерализующих средств. 3. Проницаемость эмали не изменяется при использовании реминерализующих средств, содержащих фториды и гидроокись кальция одновременно. 4. Гипосенситивный эффект наиболее выражен у препарата «Фторлак», который может заменить дорогостоящий аналог.

ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНОГО

Кулумбегова И.Р., Хубулов С.А.,

студенты, очная форма, кафедра стоматологии №1

Руководитель: Хетагуров С.К., к.м.н., доцент,
заведующий кафедрой

ФГБОУ ВО СОГМА МЗ РФ, г. Владикавказ

Наблюдения врачей-стоматологов свидетельствуют о наличии взаимосвязи между патологией внутренних органов и состоянием полости рта. Среди системных заболеваний наиболее часто к развитию заболеваний органов полости рта, приводят болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): хронические гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Цель исследования: изучение стоматологического статуса у больных с патологией ЖКТ, установление степени влияния рационального протезирования у таких больных на течение основного заболевания.

Материалы и методы. Проведен осмотр 40 больных 40-55 лет в гастроэнтерологическом отделении больницы. При проведении осмотра оценивалось состояние слизистой губ, щек, десен, языка, индекс «кариес-пломба-удаленный» (КПУ). Данные осмотра заносились в специально разработанную карту осмотра полости рта.

В дальнейшем 10 больным в период ремиссии было проведено протезирование – замещение отсутствующих зубов полными и частичными съемными протезами.

Результаты. У больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки индекс КПУ выше, чем у людей без патологий ЖКТ. У всех больных отмечалась обложенность языка, некоторая его отечность. Гингивит отмечался у 20% пациентов, у 75%-переход от гингивита в пародонтит. На коже губ отмечались хейлиты, трещины, заеды. Также у 15% больных отмечались различного рода стоматиты. При сравнении показателей у больных гастроэнтерологическими заболеваниями с показателями у здоровых людей, выяснилось, что распространенность патологий полости рта у первой группы людей больше.

Необходимость в ортопедическом лечении при хронических заболеваниях ЖКТ составляет 100%. При анализе динамики выздоровления у 10 пациентов, прошедших ортопедическое лечение, было отмечено, что по сравнению с контрольной группой из 10 пациентов, получавших такое же лечение, но не протезировавшихся, наблюдались положительные сдвиги в динамике заболевания, удалось обеспечить удлинение периодов ремиссии вплоть до полного исчезновения обострений.

Выводы. 1. при заболеваниях ЖКТ наблюдаются выраженные изменения полости рта; 2. без оказания необходимой стоматологической помощи лечение заболеваний ЖКТ нельзя считать законченными; 3. иногда заболевания ЖКТ протекают бессимптомно, а осмотр полости рта помогает выявить латентную фазу этих заболеваний; 4. при рациональном протезировании больных с заболеваниями ЖКТ по показаниям отмечается положительная динамика заболевания, период ремиссии удлиняются.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛЕНСТОПНОГО СУСТАВА

Куров М.А., аспирант кафедры травматологии и ортопедии
Руководитель: Голубев В.Г., д.м.н., проф., профессор кафедры
травматологии и ортопедии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Количество случаев острых повреждений связочного аппарата ГСС составляет от 6% до 21% всех травм опорно-двигательного аппарата. Неточная и неполноценная диагностика таких повреждений обуславливает неадекватное лечение или его отсутствие, что приводит к развитию хронического болевого синдрома, рецидивирующей нестабильности, к ограничению функции и к потере полноценной трудоспособности. Лечение пациентов с хронической нестабильностью голеностопного сустава (ХНГС) без соблюдения единого подхода к тактике обследования является причиной значительного числа неудовлетворительных исходов. Применение в диагностике ХНГС инструментальных визуализационных неинвазивных методов позволяет комплексно оценить, выявить и детализировать повреждения связок ГСС.

Цель исследования. Разработать единую концепцию диагностики при ХНГС для улучшения клинических результатов проведения операций, что приведет к снижению частоты осложнений и необходимости выполнения повторных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. Клиническим материалом являются 33 пациента с ХНГС, из них 17 женщин (51,6%) и 16 мужчин (48,4%), находившиеся на лечении в отделении травматологии ФГБУ «ЦКБ РАН» в период с 2011 по 2015 гг. Для постановки точного диагноза на дооперационном этапе установлены обстоятельства и характер травмы, проведен осмотр ГСС, дана оценка ортопедического статуса. Пациентам проводилось стандартное клиническое и инструментальное обследование (рентгенография, МРТ, УЗИ, КТ).

Результаты. На дооперационном этапе рентгенологически были диагностированы признаки остеоартроза у 6 пациентов. При МРТ выявлен разрыв передней таранно-малоберцовой связки (ПТМС) у 23 пациентов, из них тотальный разрыв – у 7, а частичный – у 16 пациентов; повреждения пяточно-малоберцовой связки (ПМС) – у 12 больных, из них частичный разрыв отмечен у 9 пациентов. Таким образом, повреждения ПТМС отмечены – у 69,9% пациентов, ПМС – у 45,4%. Чувствительность МРТ в диагностике повреждений ПТМС – до 95%, специфичность – 83%. Оценка результатов лечения через 12 месяцев по шкале AOFAS с учетом проведенного обследования в группе пациентов после неанатомического восстановления связок – 79,3, а в группе с анатомическим восстановлением – 89,5.

Выводы. По нашему мнению, на современном этапе крайне необходимо формирование алгоритма диагностики и лечения ХНГС, т.к. эффективность ведения таких больных проявляется снижением длительности нетрудоспособности, уменьшением числа пациентов, утративших свои профессиональные возможности после травмы, снижением количества лиц с ограничением физической активности. Алгоритм обследования пациентов при ХНГС на дооперационном этапе, должен включать в себя: а) осмотр с комплексной оценкой клинической картины повреждения: характер болей, оценка устойчивости сустава, наличие деформации, диапазон движения в ГСС, наличие подвывиха; б) выполнение рентгенографии с использованием стандартных укладок, сравнительная рентгенография обоих ГСС в покое и с нагрузкой на ногу, в положении внутренней ротации и супинации; в) для визуализации рентген-негативных повреждений связочного аппарата ГСС, остеохондральных повреждений блока таранной кости, предоперационного планирования необходимо проведение МРТ; г) в последнюю очередь рекомендуется выполнение диагностической артроскопии как способа визуализации внутрисуставных повреждений ГСС, не диагностированных неинвазивными методами и для определения тактики лечения.

- Л -

АНАЛИЗ НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА
КОНЕЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Лапушко В.Ю., аспирант (очная форма обучения) кафедры ортопедической и
общей стоматологии

Мусаев Р.М., студент 5-го курса ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России

Зульпукарова Ш.Г., врач-стоматолог клиники ООО «М.М. Дентал Дизайн»

Руководитель: Сорокин Д.В., д.м.н., доц., профессор кафедры
ортопедической и общей стоматологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Одним из распространенных методов биомеханических исследований в медицине признано математическое моделирование. В настоящее время большую область применения имеет метод конечных элементов (МКЭ).

Цель исследования. Изучить литературные данные применения МКЭ при ортопедическом лечении на дентальных имплантатах.

Материалы и методы. С помощью баз данных (Scopus, Pubmed, elibrary.ru) проведен поиск информации о применении МКЭ в ортопедической стоматологии и имплантологии. В ходе исследования было проанализировано 350 статей по ортопедической стоматологии из них 119, связанных с применением МКЭ в дентальной имплантологии.

Результаты. Stegaroiu R, и соавторы (1998) проводили трехмерный анализ МКЭ для оценки напряжения в кости, имплантате и его головке при применении золотых сплавов, керамических или пластмассовых, композитных несъемных протезов. Данное исследование показало, что наибольшее напряжение возникало в головках имплантатов при осевом нагружении пластмасс. Lin S. и соавторы (2000) исследовали напряжение в имплантатах из нитрида кремния и костной ткани, в зависимости от формы и

размера имплантата. Для создания нового авторского абатмента Lucas C. Rodriguez и соавторы (2016) провели анализ МКЭ. Во Kyun Sim и соавторы (2017) использовали МКЭ для расчета напряжений в полном винте. Исследование показало, что полый винт абатмента может быть альтернативой обычным винтам абатмента. Manish Mishra и соавторы (2011) исследовали МКЭ влияние длины абатмента и материала на поверхность контакта имплантата с динамической нагрузкой. Исследование показало, применение абатмента из упругого материала (полиоксиметилена) с разной высотой не приводит к значительному изменению по сравнению с абатментом из титана 3 мм. Serhat Emre Ozkir и соавторы (2016) с помощью МКЭ определили концентрацию напряжения в имплантате, окружающей кости и других компонентах под действием силы вытягивания во время удаления коронки, усилие вытягивания не показало явного влияния на структуру кости. Gabriele Cervino и соавторы (2018) изучили протезирование и устойчивость внутренних компонентов зубных имплантатов OSSTEM® к жевательному напряжению и рассмотрению различных направлений силы с помощью анализа МКЭ, где винт абатмента представил слабую точку системы van Staden RC. и соавторы (2008) поставили перед собой цель в исследовании, используя МКЭ анализировать процесс постановки зубного имплантата в участок нижней челюсти человека и продвигать данный подход в стоматологической практике. Bramanti E. и соавторы (2017) с помощью МКЭ сравнивали механические свойства коронок, изготовленных из различных материалов, где композитный материал показал низкое значение разрушения. Ciccio M. и соавторы (2014) с помощью МКЭ сравнили два вида фиксации коронок: цементную и винтовую, где преимущество отдается цементной фиксации. Tsutomu Sugiura и соавторы (2017) изучали влияние наклона имплантата и направления нагрузки на смещение и микродвижение с помощью анализа МКЭ. Наклонные имплантаты могут иметь более низкую максимальную степень микродвижения, чем осевые имплантаты при мезиодистальном наклонном нагружении.

Выводы. В современной стоматологии одним из актуальных вопросов является повышение эффективности ортопедического лечения пациентов с применением дентальных имплантатов. Модель «коронка-имплантат-кость» представляет собой сложную геометрическую и физическую систему, расчет которой возможен только численным методом для повышения качества ортопедического лечения на дентальных имплантатах. Таким образом метод конечных элементов является перспективным для дальнейших научных исследований в области дентальной имплантологии.

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В ЭСТЕТИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ЗОНЕ

Лапушко В.Ю., аспирант (очная форма обучения) кафедры ортопедической и
общей стоматологии

Атаев Р.Р., студент 5-ого курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО
СОГУ им. К.Л.Хетагурова, г.Владикавказ

Зульпукарова Ш.Г. врач-стоматолог клиники ООО «М.М. Дентал Дизайн»

Руководитель: Сорокин Д.В., д.м.н., доц., профессор кафедры
ортопедической и общей стоматологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. По данным Tjan и соавт. (1984) десна частично визуализируется при улыбке примерно у 80% людей. У большинства пациентов, которые нуждаются в гингивопластике, при улыбке будут видны альвеолярные дефекты. По мнению C.D. Evans и S.T. Chen (2008), результат лечения в эстетически важной зоне челюстей будет зависеть от многих факторов: правильная трехмерная позиция имплантата, состояние и толщина вестибулярной костной стенки альвеолы и биотип тканей в целом. Ортопедическая реставрация десны может быть эстетической и

функциональной альтернативой при устранении дефектов альвеолярного гребня.

Клинический случай. В клинику обратился пациент в возрасте 23 лет с жалобами на неудовлетворительный внешний вид коронки зуба 2.1.

Объективно: зуб 2.1 отсутствует, дефект восстановлен имплантатом и металлокерамической коронкой на дентальном имплантате. Десна вокруг коронки атрофирована, тонкий биотип десны.

После комплексного обследования была предложена замена прежней коронки на абатмент из диоксида циркония и цельнокерамическую коронку с каркасом из диоксида циркония, с применением десневой керамической облицовки для восполнения десневого дефекта.

Пациенту были сняты слепки и изготовлены модели с аналогом имплантата и десневой маской. После заливки моделей в артикуляторе и проведенного анализа было решено использовать индивидуальный гибридный абатмент и цельнокерамическую коронку с каркасом из диоксида циркония, которые планировали изготовить с применением CAD/CAM-технологий.

Для достижения высокого эстетического результата мы использовали индивидуальную адаптацию цвета, путем окрашивания фрезерованных структур абатмента. Абатмент был выбран из высокопрозрачного белого диоксида циркония, который в частично обожженном состоянии пропитывался красителями, где его десневая часть была прокрашена розовым цветом, коронковая часть была окрашена (цвет A2) под цвет естественных зубов пациента. Цвет фиксировался в процессе обжига. Данная методика позволила нам создать глубокую цветовую основу мягких тканей при очень тонком слое облицовочной десневой керамики. После изготовления абатмента, на его основе в CAD/CAM -системе был смоделирован и изготовлен каркас будущей коронки из диоксида циркония методом фрезерования. Каркас также был окрашен выбранным цветом A2 для поддержания цвета эстетической керамической облицовки, что играет

важную роль при небольшой толщине керамической облицовки. Облицовка каркаса осуществлялась послойно с учетом индивидуальных особенностей рядом стоящих зубов. При использовании CAD/CAM-технологии мы добились высокой прецензионности абатмента и каркаса коронки, и при припасовке в полости рта нам не понадобились коррекции. На имплантате мы зафиксировали новый индивидуальный абатмент, который гармонично дополняет отсутствующую часть мягких тканей, далее была зафиксирована реставрационная коронка.

Выводы. Данная клиническая ситуация часто встречается в практике, где требуется высокий эстетический результат, который очень сложно достигнуть. Данная техника ортопедического лечения способствовала хорошему результату, путем индивидуального моделирования абатмента для формирования идеального десневого профиля, и использования высокопрозрачного диоксида циркония, который можно окрашивать различными красителями для индивидуальной адаптации цвета реставрационных структур. Таким образом, для повышения качества ортопедического лечения на дентальных имплантатах описанная технология адаптации цвета должна быть более распространенной.

СРАВНЕНИЕ ШКАЛ PMGMU2018h, APACHE2, SAPS, SOFA, MODS ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Левицкая К.Н., очная, кафедра оперативной хирургии и топографической
анатомии

Левицкая А.Н., очная, кафедра оперативной хирургии и топографической
анатомии

Руководитель: Щербюк А.Н., д.м.н., проф., профессор по кафедре скорой
медицинской помощи

Цель исследования. Сравнить точность и возможность применения для пациентов, страдающих механической желтухой, самых распространенных шкал оценки степени тяжести состояния больного между собой, а также с предлагаемой нами шкалой (PMGMU2018h), созданной специально под данное заболевание и базирующейся на коэффициенте степени тяжести, который определяется на основании объективных и доступных практическому врачу количественных параметров.

Материалы и методы. Были изучены данные по 50 параметрам у 258 пациентов с механической желтухой, находящихся на лечении в 3 лечебных учреждениях.

Результаты. Все исследуемые нами шкалы имеют ряд некоторых общих недостатков. Одно из главных - низкая чувствительность шкал при достаточно высокой специфичности. Эта особенность делает шкалы непригодными для принятия решения по тактике лечения конкретного больного.

Шкала PMGMU2018h, основанная на разработанной формуле, которая показывает статистическую зависимость 9 значимых параметров на основании степени влияния каждого из этих факторов на результирующий параметр, была изобретена специально для подсчета степени тяжести больного с механической желтухой. Далее мы приводим формулу: $G = 0.002(db) + 1.2(t-36.6) + 0.001(pv) + 0.322(L/10^9-5) + 0.22(16-Lim) + 0.0085(K-60) + 0.165(Di-20)$, где G – степень тяжести больного, d – давность заболевания в сутках, b – билирубин крови моль/л, t – температура тела, p – частота пульса уд/мин, v – возраст больного, L – лейкоциты крови в единицах СИ, K – креатинин крови в единицах СИ, Lim – лимфоциты крови в единицах СИ, Di – частота дыхания в 1 мин.

Выводы. предлагаемый способ определения степени тяжести лишен субъективизма, не зависит от квалификации хирурга и обладает высокой специфичностью. Также стоит отметить, что во всех шкалах, кроме PMGMU2018h, используются показатели, которые не предусмотрены медико-экономическими стандартами РФ. Именно шкала PMGMU2018h наилучшим образом подходит, для решения нашей задачи.

ОСНОВЫ ПАТОГЕНЕЗА ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Лейфер Е. В., студент 3 курса факультета лечебное дело

Яковлев А. А., студент 4 курса факультета лечебное дело

Руководитель: Шорстова О.В, ассистент кафедры нормальной физиологии
Институт Медицинского образования (ИМО) ФГБУ ВО НовГУ им. Ярослава
Мудрого, г. Великий Новгород

По данным вскрытий, артериальные аневризмы головного мозга встречаются у 1-5% от всех умерших. В патогенезе аневризм гемодинамический стресс (понятие, вмещающее в себе и артериальную гипертензию и другие гемодинамические факторы) играет важную роль.

Цель исследования. Изучить факторы, определяющие формирование аневризм головного мозга.

Материалы и методы. В работе проведён анализ 4692 секций по городу Великий Новгород с 2013 по 2017 год включительно. Из них в 1175 случаях наблюдалась острая недостаточность мозгового кровообращения. При проведении аутопсий в 25 случаях были выявлены разрывы аневризм сосудов головного мозга. Из исследуемого материала были изготовлены гистологические препараты. Микроскопия проводилось при увеличении 25х, 40х.

Результаты. По возрастным характеристикам носители аневризм распределились следующим образом: самый молодой пациент – 31 год, максимальный возраст - 83 года. По половому составу были получены следующие данные: женщин – 11 случаев, мужчин - 14. Средний возраст носителей аневризм сосудов головного мозга с летальным исходом составил 56,4 лет. При проведении аутопсий у 25 пациентов обнаружено 29 случаев разрыва аневризм артерий головного мозга. Проанализировав истории болезни всех 25 пациентов, клиническая картина гипертонической болезни ст. III риск 4 была выявлена в 22 случаях (88%). У оставшихся 3 пациентов данная патология была выявлена при вскрытии. Повторные кровотечения из аневризм были выявлены у 3-х умерших (12%) из 25. У 2-х больных (8%) были обнаружены аномалии строения Виллизиевого круга.

Выводы. К формированию аневризмы сосудов головного мозга, практически всегда приводит аномалия их развития, а именно: нарушение строения Виллизиева круга и дефекты в сосудистой стенке. Триггерным механизмом в формировании данной патологии служит повышение артериального давления.

СТРУКТУРА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Лейфер Е. В., студент 3 курса факультета лечебное дело

Иванов Е.Р., студент 3 курса факультета лечебное дело

Руководитель: Шорстова О.В, ассистент кафедры нормальной
физиологии

Институт Медицинского образования (ИМО) ФГБУ ВО НовГУ им.
Ярослава Мудрого, г. Великий Новгород

Злокачественные новообразования являются одной из ведущих причин смертности населения нашей планеты и Российской Федерации, в частности.

При этом ярко прослеживается увеличение числа умерших от злокачественных новообразований в течение последних лет.

Цель исследования. Провести анализ смертности от онкологических заболеваний за последние пять лет на территории Новгородской области и выявить наиболее распространенную форму данной патологии.

Материалы и методы. Для изучения данного вопроса были проведены статистический анализ, обработка и систематизация архивных данных на базе патологоанатомического отделения ГОБУЗ ОКОД в период с 2013 по 2018 год включительно.

Результаты. При анализе общего числа аутопсий было выявлено, что общее их число изменялось без какого-либо правила. Пик отмечался в 2013 г., когда количество вскрытий составило 71, в последующие года наблюдается резкое снижение показателя, вплоть до 40 в 2018 г. Среди общего числа аутопсий ведущие позиции по локализации среди новообразований заняли следующие: рак желудка, рак прямой кишки, рак лёгкого, рак молочной железы. По полученным данным видна тенденция к снижению удельного веса рака молочной железы в период с 2013 по 2018 гг. на 13%. Это связано с увеличением многообразия локализации опухолей, а также с повышением продуктивности диагностики данного злокачественного новообразования. Исследование структуры операционного и биопсийного материала по органам показало следующее: практически в каждом году по локализации исследуемого материала преобладают молочная железа и желудок. При оценке возраста умерших было выявлено, что во все года большую часть составляли пациенты возрастной группы 61-70 лет. При этом следует отметить, что увеличивается число пациентов возрастной группы 51-60 лет.

Выводы. Нами были изучены и проанализированы статистические данные онкологической заболеваемости в Новгородской области, благодаря чему мы выявили виды новообразований, наиболее часто становившихся причиной смерти пациентов. Среди них оказались рак желудка, рак

молочной железы, рак прямой кишки, рак лёгкого, а также рак тела и шейки матки. И если в случае с раком молочной железы видны определённые статистические улучшения, то с остальными видами новообразований ситуация остаётся на прежнем уровне и требует особого внимания. В первую очередь следует направить силы на повышение грамотности населения в вопросах онкологии. Это позволит повысить число обращений в Онкологический диспансер, что в свою очередь может помочь ранней диагностике заболеваний. Помимо этого, стоит уделить внимание санитарно-профилактической работе с населением. Однако, наиболее важным мероприятием является увеличение онкологической грамотности врачей первичного звена путём введения дополнительных курсов повышения квалификации, либо увеличения количества часов по данной дисциплине во время обучения в университетах.

«ТИТАНОВЫЙ ШЕЛК» В ХИРУРГИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Линевич В.Р., студентка кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Камоева С.В., д.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Современные имплантаты из полипропилена в хирургии пролапса тазовых органов (далее - ПТО), могут являться причиной неудовлетворительных результатов лечения. Высокой биоинертностью обладает эндопротез из титанового «шелка». Материал обладает высокими пластическими характеристиками и может быть моделирован путем разрезания.

Цель исследования. Оценить безопасность и эффективность применения имплантатов из титанового «шелка» в лечении ПТО.

Материалы и методы. На базе ФГБУЗ ЦКБ РАН было прооперировано 103 пациентки с передним и апикальным пролапсом. Все подверглись оперативному лечению с июля 2017 по октябрь 2018 года. Средний возраст составил $57,3 \pm 11,9$ лет. Выполнено оперативное вмешательство - установка имплантата из титанового «шелка» путем проведения билатеральной сакроспинальной и передней трансобтураторной гистерокольпопексии. Сетка, размерами 11,0x6,0 см, из титановой нити GRADE1, диаметром 0,06 мм, поверхностной плотностью 24 г/м², с ячейками не более 2x2 мм. Имплантируемый материал легко режется, моделируется и возвращается в исходное состояние, не меняя своих характеристик.

Результаты. Средняя продолжительность операции $34,4 \pm 5,3$ мин. Средняя кровопотеря – $73 \pm 10,2$ мл. Не отмечено интраоперационных и ранних послеоперационных воспалительных осложнений. Оценка результатов проводилась через 6, 12 месяцев после операции. Выявлено 6 (5.8 %) случаев рецидивов переднего пролапса (Aa+1, Ba0). Эрозии в 1(1%) случае (1 мм). Диспареуния в 2 (2.0%) случая. Стрессовое недержание мочи De novo у 4(4.0%) пациенток, которым в последующем была выполнена операция TOT. При УЗИ малого таза сетка четко визуализируется, подвижна, расправлена, не деформирует стенку мочевого пузыря. При бимануальном исследовании имплантат не пальпируется, вагинальная стенка над ним подвижна.

Выводы. Использование имплантата из титанового "шелка" в хирургическом лечении ПТО показало его безопасность и высокую эффективность.

- М -

ПЕРВИЧНО МНОЖЕСТВЕННЫЙ РАК МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Магдалинская А.В., ординатор кафедры онкологии и паллиативной
медицины

Руководитель: Веренин И.А., врач онколог Клиники
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Введение. У 3-10 % больных раком молочной железы развитие заболевания связано с наличием мутаций в генах BRCA1, BRCA2. У остальных пациентов рак молочной железы имеет спорадический характер. В качестве факторов риска развития данной патологии рассматриваются: раннее менархе, поздняя менопауза, отсутствие родов, наличие абортов, курение, алкоголь, наличие сахарного диабета, ожирение или повышенный индекс массы тела, низкая физическая активность.

Рак молочной железы – наиболее частое злокачественное заболевание у женщин в РФ. В 2017 году зарегистрировано 70293 новых случаев

Клинический случай. Пациентка К., В апреле 2013 г. при самообследовании обнаружила опухолевое образование в правой молочной железе. Опухоль локализовалась в правой молочной железе верхне-наружном квадранте около 6 см в d. При обследовании по месту жительства был установлен диагноз: Рак правой молочной железы (гист. исследование от 23.04.13 г. инфильтративный протоковый рак правой молочной железы, данные ИГХ исследования: РЭ(пол)6б, РП (пол)3б, Her2/neu0 (отр), Ki67 пол в 70% клетках опухоли. Проведено три курса ПХТ по схеме АС (Доксорубицин 60 мг/м², Циклофосфамид 600 мг/м² в 1-й день, каждый 21 день, 3 цикла)-в/в вводилось по 100 мг Доксорубицина и 1000 мг Эндоксана. Отмечена положительная динамика со стороны первичной опухоли. Опухоль уменьшилась на 70 %.

14.06.13 г. госпитализирована для оперативного лечения. 18.06.2013 г. : правосторонняя радикальная мастэктомия. После/п протекал гладко. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением. Гистологическое исследование: ближе к наружным отделам железы располагается нечеткий опухолевый узел размерами 2,5*1,5*1 см-картина лечебного патоморфоза инфильтративного рака молочной железы 3й степени. В 10 исследованный л/у подмышечной области метастазов рака нет. Начата гормонотерапия Золадексом. 19.06.13 г инъекция Золадекса 10,8 мг.

23.09.2013г. Рак правой молочной железы T3N1M0. В процессе комплексного лечения проведен консилиум: решено на фоне комплексного лечения ПХТ +операция, начать облучение зоны послеоперационного рубца. 25.10.13 за время лучевой терапии: СОД=44 Гр. Ремиссия.

В 2018 г. самостоятельно обнаружила уплотнение в левой молочной железе, после пройденного обследования поставлен диагноз: рак левой молочной железы. Сентябрь 2018 г. анализ на мутации BRCA1-5382insC.

Рекомендовано проведение ПХТ по схеме 4ЕС+12ТР: Эпирубицин 90 мг/м² в/в струйно +Циклофосфан 600 мг/м² в/в струйно, рецикл через 21 день. Паклитаксел 80 мг/м² Карбоплатин АUC6, рецикл через 21 день.

На сегодняшний день проведено 7 курса 4ЕС+3ТР.

Выводы. При возникновении мутаций в генах BRCA1, BRCA2 риск развития рака молочной железы увеличивается более чем в 5 раз. Профилактическая мастэктомия молочной железы с одномоментной реконструктивной операцией является наиболее эффективным методом снижения риска развития РМЖ, так как уменьшает его развития до 96 %.

Мутации генов ассоциированно с увеличенным риском возникновения рака яичников.

Данный клинический пример акцентирует внимание онкологов: хирургов, химиотерапевтов на необходимый сбор анамнеза, обследование включающий мутации генов: BRCA1, BRCA2.

ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ В
ОСТРЫЙ ПЕРИОД КРАНИОФАЦИАЛЬНОЙ ТРАВМЫ,
ОСЛОЖНЕННОЙ БАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕЕЙ

Магомедов Х.А., ординатор кафедры нейрохирургии

Хасиев А.А., ординатор кафедры нейрохирургии

Руководители: Шагинян Г.Г., д.м.н., профессор кафедры
нейрохирургии

Вакатов Д.В., к.м.н., заведующий отделением нейрохирургии №

49-врач-нейрохирург ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ»

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Определение сроков и тактики хирургического лечения больных с краниофациальной травмой (далее - КФТ), сопровождающейся посттравматической базальной ликвореей (далее - ПБЛ).

Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 64 больных с ушибами головного мозга, сопровождающегося разрушением костей верхней зоны лицевого скелета и основания передней черепной ямки (далее - ПЧЯ), и осложнившегося посттравматической базальной ликвореей (ПБЛ). В 27 наблюдениях способ лечения ПБЛ был хирургическим. Комплексное обследование включало КТ головного мозга (аксиальные и фронтальные срезы), КТ-цистернографию и трехмерную реконструкцию костей черепа.

Результаты. Основная задача нейрохирурга в хирургии ПБЛ заключается в ликвидации ликворной фистулы и восстановлении герметичности ТМО и полости черепа, а также в нормализации ликвороциркуляции. Экстренная операция показана пациентам в случае компрессии головного мозга (внутричерепной гематомой, напряженной пневмоцефалией, вдавленным переломом). В таких случаях операция выполнялась экстренно в первые 2 часа после поступления больного.

Предпочтение отдавали двустороннему субфронтальному доступу, чаще с интрадуральным подходом к ликворной фистуле. Выполнялось удаление оболочковых, внутримозговых гематом, ТМО ушивалась наглухо, при обширных дефектах ТМО производилась ее пластика с использованием аутоканей, фибрин-тромбиновых клеевых композиций.

Хирургическое лечение ПБЛ в остром периоде проводилось не раньше, чем через 2 недели после получения травмы при отсутствии экстренных показаний к операции. Этот срок необходим для проведения интенсивных консервативных мероприятий, направленных на прекращение ликвореи. Показанием к интракраниальному вмешательству являлось подтвержденная КТ-исследованиями локализация ликворной фистулы в области ПЧЯ.

В результате проведенного исследования в 64 клинических случаях ПБЛ из-за краниофациальной травмы, ликворея была ликвидирована: в 37 случаях консервативными мероприятиями и 27 случаях хирургическим способом. После пластики ликворных фистул основания ПЧЯ рецидивов ликвореи и интракраниальных гнойно-воспалительных осложнений не было.

Выводы. КФТ осложненная ПБЛ требует мультидисциплинарный подход, хирургическое лечение одной бригадой: нейрохирург, отоларинголог, офтальмохирург, челюстно-лицевой хирург. Пациенты должны госпитализироваться в многопрофильную больницу. Наличие КФТ и профузной ПБЛ, сопровождающиеся ушибом лобных долей, требуют срочной интракраниальной операции с удалением внутричерепных гематом, мозгового детрита, устранение дефектов ТМО, репозиция костных фрагментов, реконструкция с применением титановых микропластин. Пластика ликворной фистулы с обязательным использованием наружного люмбального дренажа в ранний послеоперационный период длительностью до 7 суток показана при неэффективности 2 недельного консервативного лечения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ И
РЕЗУЛЬТАТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У
ПАЦИЕНТОВ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ
МОБИЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Маминова З.М., аспирантка кафедры сердечно-сосудистой хирургии
(врач общей практики ЦМП Учтепинского района города Ташкента)

Руководитель: Бокерия О.Л., д.м.н., профессор, член-корр. РАН,
главный научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева»

Минздрава России

ФГБОУ РМАНПО Минздрава России, Москва

Цель исследования. Оценить результаты оптимизации предоперационной подготовки и результатов кардиохирургических вмешательств у пациентов с пороками сердца в сочетании с хронической сердечной недостаточностью, используя средства мобильного здравоохранения .

Материал и методы. В ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России в период с 2016 по 2018 год обследовано и включено в исследование 60 пациентов, готовящихся к хирургической коррекции пороков сердца в сочетании с хронической сердечной недостаточностью, из них путем рандомизации 30 человек определено в группу исследования, и 30 – в группу контроля. Посредством мессенджера Whatsapp на протяжении временного промежутка за 2 недели до оперативного вмешательства и последующего после операции года, участники группы исследования минимум 2 раза в неделю отсылали сообщения исследователю по заранее составленному алгоритму мониторинга, который включает в себя параметры пульса, артериального давления, замеры суточных объемов принятой и выделенной жидкости на предмет скрытых отеков, дистанции прохождения (если пациент был в состоянии осилить пешие прогулки) . При наличии

соответствующих показаний нами производилась коррекция терапии, а также регулярно отсылался обучающий материал (выдержки из рекомендаций для пациентов с протезированными клапанами сердца, РАМН). С периодичностью раз в 3 месяца пациентам предлагалось прохождение стандартных обследований в виде ЭхоКС, ЭКГ, заполнения опросников MHFLQ, удовлетворенности лечением (PPE -15, Опыт пациента по Пикеру) и 6-минутным шаговым тестом с последующей отсылкой результатов исследователю.

Результаты. В настоящее время пациенты находятся на разных этапах исследования, продолжается мониторинг послеоперационной реабилитации и обработка результатов исследования. Нами отмечена высокая степень удовлетворенности лечением пациентов из группы исследования, пациенты демонстрируют сдвиг в положительную сторону результатов заполнения опросника MHFLQ (Баллы в предоперационный период = 58,3, через 3 месяца после операции = 33,6, $p = 0,002$) по сравнению с группой контроля (до операции = 78,1, через 3 месяца после операции = 68,4, $p=0.007$). Нами отмечено развитие самодисциплины и привитие навыков самоконтроля за показателями здоровья у пациентов из группы исследования (90 % пациентов из группы контроля строго придерживались рекомендаций, отслеживали вышеописанные показатели и поддерживали связь с исследователем для контроля и коррекции терапии).

Выводы. Мобильные технологии в ведении пред- и послеоперационного периода коррекции клапанной патологии позволяют оптимизировать подготовку и результаты кардиохирургических вмешательств (улучшить качество жизни пациентов), предполагается экономическая выгода ввиду сокращения риска инвалидизации прооперированных пациентов, сокращения частоты визитов к кардиологу, доступности для жителей из удаленных населенных пунктов. Данные технологии также могут использоваться для превентивных мер, для выработки культуры здорового образа жизни у населения.

ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ ВЕСТИБУЛЯРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Масуева С.С., аспирант кафедры неврологии с курсом рефлексологии и
мануальной терапии

Руководитель: Замерград М.В., д.м.н., профессор кафедры неврологии с
курсом рефлексологии и мануальной терапии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Головокружение – одна из наиболее распространённых жалоб, заставляющих больного обратиться к врачу. По данным различных исследований, причиной вестибулярного головокружения в большинстве случаев становятся заболевания периферического отдела вестибулярной системы. Причина периферических вестибулярных расстройств во многих случаях остается неясной, а роль сосудистой патологии в развитии периферических вестибулярных расстройств малоизучена и не исключена.

Цель исследования. Установить возможную роль цереброваскулярной патологии в развитии периферических вестибулярных расстройств.

Материалы и методы. В исследование было включено 33 пациента (7 мужчин, 26 женщин), консультированных в неврологическом отделении ГКБ им. С.П. Боткина (г. Москва). Пациенты были разделены на 2 группы: основная группа, состоявшая из 22 человек с периферическими вестибулярными расстройствами (доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение, вестибулярный нейронит и болезнь Меньера), и контрольная группа из 11 человек с первичными головными болями (головные боли напряжения и мигрень). Средний возраст в основной группе составил $53,8 \pm 14,8$ (диапазон от 20 до 79 лет), средний возраст в контрольной группе – $46,7 \pm 11,7$ (диапазон от 20 до 79 лет). Всем пациентам, включенным в исследование, было проведено клинико-неврологическое и

нейровестибулярное обследование, а также анализ факторов сердечно-сосудистого риска (возраст, пол, уровень АД, общего холестерина, глюкозы крови, масса тела, курение) с оценкой суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE.

Результаты. При сравнительной оценке частоты встречаемости факторов сердечно-сосудистого риска среди 1 и 2 групп было выявлено, что у пациентов с периферическими вестибулярными расстройствами достоверно чаще встречались такие факторы, как артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия и гипергликемия. Примечательно, что в основной группе это превалирование достигалось преимущественно за счет пациентов с ДППГ. Также, при сравнении частоты встречаемости факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов с периферическими вестибулярными нарушениями с показателями общей популяции [2], у первых значительно чаще отмечались гипергликемия и курение. В обеих исследуемых группах была произведена количественная оценка факторов риска, в результате которой выявлено, что в основной группе на одного пациента приходилось значительно большее количество факторов риска, несмотря на отсутствие достоверных различий в среднем возрасте основной и контрольной групп. Оценка риска смерти от сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет по шкале SCORE показала наличие тенденции к более высокому риску у пациентов с периферическими вестибулярными расстройствами в сравнении с контрольной группой. Особенно высокий риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний отмечался у пациентов с ДППГ по сравнению с пациентами с первичными головными болями.

Выводы. У больных с периферическими вестибулопатиями чаще встречались факторы СС-риска (преимущественно у пациентов с ДППГ) по сравнению с контрольной группой, а также, по сравнению с общей популяцией. В основной группе на одного пациента приходилось больше факторов риска, причём подавляющее число пациентов этой группы имело 3 и более факторов риска. Средний возраст пациентов из основной и

контрольной групп не имел достоверных различий, что не позволяет объяснить бóльшую частоту факторов риска ССЗ у пациентов с периферическими вестибулярными расстройствами возрастными факторами. Суммарный риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний по шкале SCORE превалировал у пациентов с вестибулярными нарушениями, особенно у пациентов с ДППГ.

Таким образом, в данном исследовании была выявлена значительно более высокая частота встречаемости факторов сердечно-сосудистого риска среди пациентов с периферическими вестибулярными расстройствами в сравнении с контрольной группой, а также в сравнении с общей популяцией Европы. Данная находка указывает на возможное участие сосудистых факторов в развитии периферических вестибулопатий. Это, в свою очередь, могло бы послужить основанием для пересмотра и корректировки профилактических мер и тактики лечения таких больных. Однако, чтобы судить об этом, проведённого исследования недостаточно и данная тема, несомненно, нуждается в более масштабном изучении.

ФАКТОРЫ РОСТА ЭНДОТЕЛИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОЧТЕЙ

Матвеев А.Д., аспирант кафедры хирургии

Руководитель: Матвеев Д.В., д.м.н., доц., профессор кафедры хирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Если обратиться к последним рекомендациям Европейского Общества Сосудистых Хирургов (ESVS), то можно заключить, что на данный момент нельзя говорить об однозначной эффективности какой-либо из групп лекарственных препаратов в лечении перемежающейся хромоты. В последнее время появились исследования, показывающие эффективность

терапевтического ангиогенеза, а именно - использования факторов роста эндотелия, VEGF(vascular endothelial growth factor).

Наиболее безопасной стратегией переноса нужного гена, VEGF 165, в клетки-мишени представляется использование плазмид - невирусных систем, которые являются небольшими экстрахромосомными кольцевыми двухцепочечными молекулами ДНК. Плазмиды можно обнаружить в клетках бактерий, и они уже в течение долгого времени используются в генной инженерии. При любом способе введения отмечается экспрессия трансгена в мышечных волокнах ишемизированной ткани, локальное повышение концентрации продуцируемого белка, в частности – VEGF, развитие новых капилляров и, как следствие, улучшение перфузии тканей. Единственным зарегистрированным в РФ и в мире генным препаратом, стимулирующим неоангиогенез, является российский Неоваскулген. Он представляет собой высокоочищенную сверхскрученную форму плазмиды pCMV-VEGF165, кодирующую эндотелиальный фактор роста сосудов под контролем промотора (управляющего участка ДНК).

Цель исследования. Целью исследования является оценка эффективности применения терапевтического ангиогенеза (препарата Неоваскулген) с позиции динамики субъективных факторов, а именно дистанции безболевого ходьбы (ДБХ).

Материал и методы. В нашей работе приняли участие 24 пациента с облитерирующим атеросклерозом. Среди них было 5 (20,8%) больных с I степенью, 8 (33,3%) со IIА, 7 (29,2%) с IIБ и 4 (16,7%) с IV степенью хронической артериальной недостаточности нижних конечностей по Фонтейну-Покровскому. Неоваскулген вводился в мышцы голени по 1 ампуле с двухнедельным интервалом. У пациентов исследования проходимой дистанции проводились до и через 6 месяцев после лечения.

Результаты. Как показало наше исследование, через 6 месяцев после начала лечения было отмечено достоверное увеличение дистанции безболевого ходьбы (ДБХ). При этом отмечено, что наилучшие результаты

лечения наблюдались при I (увеличение ДБХ с 1025 ± 30 до 1350 ± 25 м), IIА (увеличение ДБХ с 370 ± 45 до 520 ± 20 м) и в меньшей степени - при IIБ степени ишемии (увеличение ДБХ с 170 ± 30 до 203 ± 15 м). Худшие результаты терапевтического ангиогенеза отмечены при III и IV степенях, где данных за увеличение ДБХ получено не было.

Закключение. Использование терапевтического ангиогенеза в качестве основного метода лечения перемежающейся хромоты показало положительные результаты, которые, опираясь на динамику показателей проходимой дистанции (дистанции безболевого ходьбы), позволяют говорить об эффективности генной терапии. Ожидаемо препарат показал лучшие результаты на ранних стадиях заболевания, в то время как пациенты с критической ишемией нуждаются в хирургическом лечении в условиях ангиохирургических стационаров.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ВНЕТУБАРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Маткеримова Б.Т., Горбанева А.Н., Панахов П.А., ординаторы кафедры
акушерства и гинекологии

Руководитель: Созаева Л.Г., к.м.н., доц., доцент кафедры акушерства и
гинекологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Среди срочных гинекологических операций оперативные вмешательства по поводу эктопической (внематочной) беременности (далее - ЭБ) занимают одно из первых мест. Беременность называют эктопической, если имплантация оплодотворенной яйцеклетки происходит вне полости матки. ЭБ классифицируется по локализации плодного яйца, а именно, трубная (далее - ТБ), абдоминальная, яичниковая, другие формы. Частота встречаемости ТБ составляет 98-99% от всех ЭБ. В клинической практике

особый интерес представляет внутубарная локализация ЭБ (частота встречаемости от 5 до 8,3 %), при которой диагностика значительно затруднена, и возникают сложности со своевременным хирургическим лечением.

Цель исследования. Сопоставление объемов оперативного лечения при ЭБ с внутубарной локализацией.

Материалы и методы. Проведено ретроспективно-проспективное исследование 6148 беременных женщин, обратившихся за медицинской помощью в гинекологическое отделение крупной многопрофильной больницы ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ» за период с 1 января 2015 года по 1 марта 2019 года, зарегистрировано 400 женщин с диагнозом "внематочная беременность". Из них - 396 трубной локализации, 4 пациентки с внутубарной локализацией эктопической беременности: 1 - яичниковая беременность, 1 - в культе маточной трубы, 1 - в рубце на матке, 1 - шейная беременность. Для внутубарной ЭБ характерно разнообразие клинических проявлений - от незначительных кровяных выделений из половых путей до геморрагического шока. Современные методы диагностики (видеолапароскопия, 3D/4D сканирование с определением показателей объемного кровотока) позволяют на ранних сроках подтвердить диагноз, предотвратить тяжелые осложнения такие как, разрыв яичника, культы маточной трубы, массивное кровотечение, и оказать своевременную высокотехнологическую помощь. Пациентки были разделены на возрастные группы: до 20 лет, 21-30, 31-40 и старше 40 лет. Подавляющее большинство встречалось от 21 до 40 лет. ТБ является наиболее часто встречающейся формой ЭБ. Заслуживает внимание тот факт, что ЭБ диагностирована не только у повторнобеременных, но и у первобеременных.

Объем оперативного лечения при ЭБ с внутубарной локализацией остается предметом дискуссии до настоящего времени. Для лечения таких пациенток применялись современные эндоскопические хирургические

методы лечения, а также эндоваскулярная эмболизация маточных артерий, позволяющая провести органосохраняющую операцию.

Результаты. Именно этот вспомогательный метод лечения в условиях неотложной хирургии позволяет предотвратить массивное кровотечение, которое может привести к летальному исходу пациенток. Лечение было направлено не только на устранение ЭБ, но и на сохранение фертильности женщин. Несмотря на неотложность состояния, также проводилась профилактика спаечного процесса: достижение полноценного гемостаза, предотвращение локальной ишемии ткани, снижение перегревания ткани при коагуляции, удаление интраперитонеальных кровяных сгустков.

Выводы. Таким образом, ЭБ внутубарной локализации сохраняет свою актуальность в связи с высоким риском нарушения репродуктивной функции, заболеваемости и смертности женщин репродуктивного возраста. Современные методы позволяют у большинства женщин выявить внутубарную локализацию ЭБ на этапе прогрессирования. При хирургическом лечении важно не только применение минимально инвазивных технологий, но и сохранение фертильности.

РЕЗУЛЬТАТЫ FAST TRACK ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОК

Маткеримова Б.Т., ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Глазкова О.Л., к.м.н., доц., доцент кафедры акушерства и гинекологии

Игнатченко О.Ю., к.м.н., заведующая гинекологическим отделением, врач-акушер-гинеколог

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Численность пожилых пациенток в стационаре неуклонно растет. Прогнозируемая средняя продолжительность жизни будет прогрессивно увеличиваться. В связи с этим увеличивается число оперативных

вмешательств у пациенток старшей возрастной группы, которые совмещены с высокими рисками и операционными осложнениями. Поэтому важным этапом является предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пожилых пациенток - Fast Track Surgery (хирургия быстрого восстановления). Данный подход призван снизить реакцию организма на хирургический стресс и ускорить срок реабилитации.

Цель исследования. Сравнение результатов периоперационного ведения пациенток старшей возрастной группы с использованием Fast Track протокола и без него.

Материалы и методы: нами выполнено проспективное исследование 60 пациенток в возрасте старше 65 лет, которые были подвергнуты плановому оперативному вмешательству по поводу пролапса гениталий (50%), патологии эндометрия (20%), опухолей яичников (15%), рака женских половых органов (15%). В зависимости от использования Fast Track протокола и его отсутствия, пациентки были разделены на две группы по 30 человек, сопоставимые по возрасту, сопутствующим генитальным и экстрагенитальным заболеваниям, паритету и объему оперативного вмешательства. Отметим, что более 80 % обследованных пациенток имели патологию сердечно-сосудистой системы в стадии компенсации, а 25% - декомпенсированную, 50% - заболевания печени и желчевыводящих путей, 60% - патологию эндокринной системы (сахарный диабет 2 типа, нарушение жирового обмена), 16% - страдали хроническими запорами.

Нами был изучен протокол Fast Track, состоящий из 18 пунктов. У всех пациенток проведено комплексное предоперационное клиничко-лабораторное обследование (ОАК, ОАК, биохимический анализ крови, коагулограмма, онкомаркеры, гормоны щитовидной железы, ЭКГ, ФВД, ЭГДС, колоноскопия, УЗИ вен нижних конечностей, ЭХО-КГ, суточное Холтеровское ЭКГ-мониторирование, консультация терапевта, невролога, заполнение специального теста когнитивных нарушений). Мы получили результаты, демонстрирующие преимущества применяемого в рамках Fast

Track протокола периоперационного обезболивания. Так, частота отрицательной динамики показателей спирометрии и насыщения крови кислородом растет в группе больных с традиционной схемой обезболивания по сравнению с группой Fast Track протокола. Там где была исключена седативная терапия накануне операции пациенты демонстрировали снижение когнитивной функции, с наибольшей частотой в группе старше 70 лет. У пациенток старшей возрастной группы на догоспитальном этапе возникали проблемы со схемами по подготовке кишечника к оперативному вмешательству.

Результаты. Таким образом, мы получили следующие выводы: 1. Пациентки старшей возрастной группы с трудом воспринимают рекомендации и разъяснения врача в силу имеющихся когнитивных нарушений. 2. Неадекватная подготовка кишечника перед операцией в 50% случаев привела к использованию традиционных схем (очистительная клизма).

Выводы. Мы считаем необходимым ведение пожилых пациенток совместно с неврологом, дополняя тестирование на предмет когнитивных дисфункций назначением патогенетической лекарственной терапии.

В целом результаты применения ФТ-протокола можно считать удовлетворительными и рекомендовать его использование у пожилого контингента больных с некоторыми дополнениями. Этот подход позволил нам в 2 раза снизить средний койко-день пребывания в стационаре и не получить ни одного случая летального исхода в послеоперационном периоде.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СМАД У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ И РИСК РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Махмудова М.Ш., ординатор кафедры клинической физиологии и
функциональной диагностики

Руководитель: Берестень Н.Ф., д.м.н., проф., акад. РАЕН, профессор кафедры
клинической физиологии и функциональной диагностики
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Оценка особенностей вариабельности и суточного профиля артериального давления (АД) у больных артериальной гипертензией (АГ), выписанных из стационара после гипертонического криза.

Материалы и методы. Был проведен анализ амбулаторных карт и данных СМАД 120 больных в возрасте от 30 до 70 лет (76 мужчин и 44 женщин) с артериальной гипертензией и гипертоническим кризом. Основную группу составили больные, госпитализированные с гипертоническим кризом, но без развития сердечной недостаточности ($n=73$), контрольную – больные артериальной гипертензией, с сердечной недостаточностью ПФК 78,7% и ШФК 21,2%. Регистрация АД осуществлялась с интервалом 15 минут во время бодрствования и 30 минут во время сна. Оценивались такие стандартные показатели СМАД, как: средние показатели САД, ДАД (день / ночь), вариабельность АД. Степень снижения АД оценивалась с использованием классических критериев определения двухфазности ритма: dipper значение СИ 10-20%, non-dipper – СИ 0-10%, over-dipper – СИ >20%, night-peaker СИ <0.

Результаты. По результатам исследования, средние показатели САД день/ночь составили: $124,2 \pm 12,3$ / $111,5 \pm 15,0$ мм рт. ст. в основной группе и $126,3 \pm 13,3$ / $112,9 \pm 14,9$ мм рт. ст. в контрольной группе; а ДАД (день/ночь) соответственно – $76,1 \pm 7,6$ / $67,3 \pm 8,4$ мм рт. ст. и $77,0 \pm 7,9$ / $68,7 \pm 8,3$ мм рт. ст. (все $p < 0,05$). В основной группе больных СИ для САД составила – $8,4 \pm 6,3$ %; для ДАД – $12,2 \pm 7,3$ %; у больных группы контроля: $8,6 \pm 6,3$ % для САД и $10,7 \pm 6,8$ % для ДАД. Недостаточная степень ночного снижения САД в основной группе диагностирована у 29 (39,7 %) больных, в группе контроля – у 22 (46,8 %) больных. Существенных отклонений от нормальных значений

показателей вариабельности АД не получены, межгрупповые различия не выявлены. Вариабельность САД (ВСАД) у больных основной группы в дневные часы была 12 ± 3 мм рт. ст.; вариабельность ДАД (ВДАД) – 10 ± 2 мм рт. ст.; в ночные часы – ВСАДн – $11,0 \pm 3,9$ мм рт. ст.; ВДАДн – $9,0 \pm 2,6$ мм рт. ст. В группе контроля – в дневные часы ВСАДд – 13 ± 3 мм рт. ст.; ВДАДд – 10 ± 2 мм рт. ст.; в ночные часы – ВСАДн – 11 ± 3 мм рт. ст.; ВДАДн – 9 ± 2 мм рт. ст.

Выводы. У больных артериальной гипертензией, перенесших гипертонический криз, а также у больных легкой и умеренной ХСН II–III ФК независимо от потребности к повторной госпитализации выявлена недостаточная степень ночного снижения САД и нормальный уровень показателей СНС ДАД, вариабельности САД и ДАД.

ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕОПЛАЗИЙ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Меджидзаде А.К., ординатор кафедры эндоскопии

Руководитель: Разживина А.А., к.м.н., доц., доцент кафедры эндоскопии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Несмотря на достижения современной медицины (онкологии), в последние годы отмечается постоянный рост заболеваемости раком толстой кишки. В связи с этим проблема выявления предраковых изменений слизистой оболочки толстой кишки и ранней онкологической патологии остается актуальной и социально значимой. В настоящее время колоноскопия - общепризнанный метод диагностики неоплазий толстой кишки, существенно расширила свои возможности в данном направлении благодаря активному внедрению в эндоскопическую практику современных методов уточняющей диагностики. Однако большинство из них не являются самостоятельными, имеют строго ограниченный локальный характер

использования, что требует проведения предварительного скринингового осмотра.

Цель исследования. Оценить диагностическую информативность комплексного метода флюоресцентной диагностики с препаратом Аласенс в выявлении неоплазий толстой кишки.

Материалы и методы. Флуоресцентная ректоскопия (ФР) выполнялась всем пациентам после первичного колоноскопического исследования не ранее чем через 7-10 дней. За 1,5 – 2 часа до осмотра в просвет кишки местно, путем инстилляции вводился 3% раствор Аласенса в количестве 50 мл. Аласенс – препарат на основе 5-аминоле-вуленовой кислоты (5-АЛК), синтезирован в ФГУ «ГНЦ «НИОПИК» (директор член-кор. РАН проф. Г.Н.Ворожцов) в лаборатории проф. Е.А.Лукиянца. 5-АЛК является промежуточным продуктом синтеза гемма и стимулирует данный процесс при избыточном введении в организм пациента. При этом в нормальных клетках синтез идет с образованием гемма. В опухолевых клетках в связи с дефектностью ферментных систем данный процесс не завершается, а останавливается с накоплением промежуточного продукта – протопорфирина IX (ППИХ), который является эндогенным флуорохромом. Сеанс ФР проводился с использованием стандартного ректоскопа, адаптированного к ригидному флуоресцентному телескопу флуоресцентной системы фирмы «Karl Storz» (Германия). Эндоскопический осмотр начинался с осмотра слизистой оболочки прямой кишки в обычном режиме (в белом свете), затем – в режиме флуоресценции (в синем свете). В процессе исследования оценивалась флуоресценция диагностированных до ФР опухолей, совпадения границ флуоресценции с границами, определяемыми при осмотре в белом свете, а также выполнялся поиск очагов флуоресценции на поверхности слизистой оболочки прямой кишки, визуально неизменной при осмотре в белом свете. Исследование завершалось тотальным удалением аденом методом эндоскопической электроэксцизии и биопсией всех выявленных очагов флуоресценции слизистой оболочки кишки. Места

повышенной очаговой флуоресценции на поверхности аденом маркировались для прицельного гистологического исследования. В тех случаях (15 больных), когда локализация аденом не позволяла провести флуоресцентное эндоскопическое исследование, обследование аденомы во флуоресцентном режиме проводилось сразу после ее удаления.

Результаты. Сравнительный анализ данных окончательного морфологического исследования с результатами комплексной флуоресцентной диагностики показал, что из 22 флуоресцентно позитивных эпителиальных образований с величиной диагностического параметра более 13 усл. ед. рак подтвержден в 3 случаях, очаги «фокал-карциномы» обнаружены в 5 случаях, тяжелая дисплазия – в 11 случаях. В 3 случаях диагностированы аденоматозные полипы с высокой степенью пролиферативной активности. Чувствительность метода в выявлении неоплазий толстой кишки составляет 88,6%, специфичность - 96 %.

Выводы. На сегодняшний день эндоскопический метод исследования наиболее информативен в диагностике малигнизированных аденом и раннего рака толстой кишки. Можно утверждать, что флуоресцентная диагностика является очень чувствительным методом, одним из перспективных направлений ранней диагностики злокачественных опухолей. По эффективности данный метод, по мнению ряда авторов, приближается к морфологическому исследованию и определяют флуоресцентную спектроскопию как «оптическую биопсию». Следует отметить, что применение флуоресцентного метода для диагностики полипов толстой кишки до сих пор мало изучено. В связи, с чем явилось актуальной разработка комбинированного метода флуоресцентной диагностики, включающего визуальное определение флуоресценции и локальную флуоресцентную спектроскопию при различных заболеваниях толстой кишки, которые позволят повысить эффективность диагностики начальных форм рака толстой кишки.

ИНФАНТИЛЬНОЕ КОСОГЛАЗИЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Мефодьева А.Ю., ординатор кафедры офтальмологии

Руководитель: Хабибуллина Н.М., ассистент кафедры офтальмологии

КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

Эссенциальное инфантильное косоглазие возникает с рождения до 6 месяцев, аметропия отсутствует или она незначительная, большой угол девиации (больше 15 градусов), перекрестная фиксация взора, латентный нистагм, вертикальный компонент возникает у 80% пациентов, присутствуют А, V, X феномены. Учитывая сложную структуру инфантильного косоглазия: развитие по данным литературы в 50% случаев амблиопии и односторонней фиксации, затруднение в ориентации ребенка в пространстве вследствие перекрестной фиксации взора, увеличение количества детей с инфантильным косоглазием в структуре заболеваемости детского населения, лечение данного вида косоглазия является очень актуальным и требуется в младенческом возрасте. Хирургическое лечение следует производить до 2 лет.

Цель исследования. Анализ эпидемиологических особенностей и результатов хирургического лечения инфантильного косоглазия у детей.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 74 историй болезни детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно с признаками врожденного косоглазия на базе офтальмологического отделения ГАУЗ ДРКБ Минздрава Республики Татарстан. На каждого пациента заполнена диагностическая карта с построением таблиц и графиков, которая включала половые и возрастные особенности, место жительства, срок гестации при рождении, сопутствующие заболевания, возраст детей при постановке диагноза и при первом этапе оперативного вмешательства, углы девиации до и после операции, величину рефракции.

Результаты. Результаты проведенного исследования показали, что мальчики (55%) заболевают чаще, чем девочки (45%). Эпидемиологически инфантильное косоглазие чаще встречается у детей города Казани (51%) и Набережных Челнов (10%). Наибольшее количество детей имели косоглазие с первых дней рождения (51%). Из всех исследуемых доля недоношенных 30%. 88% детей до операции имели угол девиации по Гиршбергу больше 15 градусов. Оперативному вмешательству подвергаются чаще дети в возрасте 2 лет (18%) и 5 лет жизни (16%). Ортотропия после первого этапа хирургического исправления косоглазия отмечается у большинства детей (86%), а вертикальный компонент сохраняется в 5% случаев. Чаще инфантильное косоглазие встречается у детей, возраст матери которых от 25 до 31 года.

Выводы. Инфантильное косоглазие чаще встречается у детей из крупных городов.

Хирургическое лечение инфантильного косоглазия осуществлялось в основном в возрасте 2 года и 5 лет.

Функциональный результат в виде ортотропии в 86% случаев достигался на первом этапе хирургического исправления инфантильного косоглазия.

ВНЕКИШЕЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ.

Мищенко И.М, студентка 3 курса ЛПФ, Алавердян А.И, студент 6 курса, Гусак Д.А, студентка 6 курса ЛПФ, Аврамова К.И., студентка 5 курса ЛПФ,
кафедра патологической анатомии

Руководитель – Потапов В.Е., асс. кафедры патологической анатомии
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Введение. Неспецифический язвенный колит (НЯК) это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся диффузным воспалительным процессом в слизистой оболочке толстой кишки с распространением поражения от прямой кишки в проксимальном направлении. Кровь в кале, учащенное опорожнение кишечника, тенезмы, боли в животе, лихорадка, вздутие живота, потеря веса, анемия. Внекишечные проявления: поражение кожи, слизистой полости рта, опорно-двигательного аппарата, печени, глаз, почек, сердца. Артриты встречаются у 1/3 больных НЯК, могут предшествовать кишечным проявлениям и сохраняться в фазу ремиссии. Диагностика: фиброколоноскопия (ФКС), обзорная рентгенография брюшной полости, определение антител рANCA, анти- ASCA, лактоферрина в кале, фекального кальпротектина.

Клинический случай. Больной Л., 14 лет, обратился к ревматологу с жалобами на боли, отек, нарушение функции правого коленного сустава, субфебрильную температуру. Анамнез: в 10 лет перенес острую кишечную инфекцию. Через 2 недели возникла припухлость правого коленного сустава. Диагностирован реактивный артрит, введен дипроспан. Через год появились заеды в углах рта, диарея, метеоризм, боль в животе и отек правого коленного сустава. Диагностирован реактивный артрит. Лечился секстафагом. Через 2 месяца рецидив симптомов. Диагностирована болезнь Осгуда-Шляттера, ювенильный ревматоидный артрит. Проведено 2 инъекции метотрексата, курс терапии секстафагом с положительным эффектом. Спустя 4 года обострение в виде абдоминального и суставного синдромов, повышения температуры до 38°C. Осмотрен ревматологом: рост 158 см, вес 37,3 кг (долженствующий - 49,5 кг), болезненность по ходу толстого кишечника, правый коленный сустав гиперемирован, отечный, болезненный. По данным УЗИ - выраженный выпотной синовит. СОЭ 57 мм/час, Нб 103 г/л, тромбоцитоз $860 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитоз $10,3 \times 10^9/\text{л}$, лимфопения 15%, с/я нейтрофилез 70%, СРБ 46,6 г/л. Воспалительный профиль протеинограммы. Фибрин 22,1 г/л, фибриноген 5,72 г/л. Anti-ASCA Ig 11,7 ед/мл. Заподозрено

воспалительное заболевание кишечника. Ребенок направлен к гастроэнтерологу. На ФКС слизистая толстой кишки на всём протяжении очагово гиперемирована, с множественными эрозивными и язвенными дефектами, обильным налетом фибрина, контактно кровоточила, сосудистый рисунок не прослеживался. Диагноз: язвенный колит максимальной степени активности, хронический умеренно выраженный энтерит. Назначена терапия месалазином, преднизолоном, салофальком. Через полгода клиническая ремиссия. Суставной синдром купирован. Сохранялась анемия (Hb107г/л), лимфоцитоз 46%, нейтропения 42%. На ФКС слизистая оболочка толстой кишки на всём протяжении бледно-розовая, блестящая с четким сосудистым рисунком. Продолжен прием месалазина. Через 6 месяцев состояние удовлетворительное, вес 53 кг, рост 170 см, лабораторная компенсация. Продолжена терапия салофальком. Т.о. у пациента в течение 3,5 лет имели место проявления НЯК, скрывающиеся под маской реактивного, а затем ревматоидного артрита.

Выводы. 1. Внекишечные проявления НЯК могут выступать на первый план. 2. Отсутствие адекватной терапии приводит к рецидиву заболевания, развитию осложнений. 3. Настороженность в отношении воспалительных заболеваний кишечника позволит избежать большого количества диагностических ошибок и осложнений.

НОВАЯ МАСКА ГИПОТИРЕОЗА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мищенко И.М, студентка 3 курса ЛПФ, Алавердян А.И, студент 6 курса ЛПФ,
Гусак Д.А, студентка 6 курса ЛПФ, Аврамова К.И., студентка 5 курса ЛПФ,
кафедра патологической анатомии

Руководитель – Казьмин А.С., ассистент кафедры патологической анатомии
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Введение. Гипотиреоз - клинический синдром, вызванный длительным, стойким дефицитом гормонов щитовидной железы или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне. При гипотиреозе поражаются почти все органы и системы организма. Осложнением течения гипотиреоза является микседематозная кома, летальность при которой достигает 80 %. Диагностика гипотиреоза может представлять трудности из-за отсутствия специфических симптомов и сходства проявлений заболевания со многими психическими и соматическими болезнями.

Клинический случай. Больная К., 18 лет поступила в хирургический стационар с диагнозом: опухоль правого яичника, асцит, задержка психофизического развития. Жалобы на слабость, увеличение размеров живота, отсутствие менструации в течение последних 2 месяцев. Объективно: вес 43,7 кг, рост 148 см. Пациентка вялая, на вопросы отвечает с задержкой, односложно. Выражена бледность кожи и слизистых. Веки и лодыжки пастозны. Температура – 35,8, АД 85/60 мм рт ст., ЧСС -52 в мин., ЧД – 14 в мин. Аускультативно: везикулярное дыхание несколько ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот увеличен в размерах, мягкий, безболезненный. Притупление перкуторного звука в отлогих местах. Пальпация печени и селезенки невозможна из-за асцита. Диурез снижен, склонность к запорам. Последняя менструация 2 месяца назад, в течение 2 дней, выделения скудные. Дополнительное обследование: Нб-100 г/л, эрит.- $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, СОЭ 30 мм/ч., креатинин 138 мкмоль/л, АСТ – 80 Ед/л. Онкомаркер СА-125 691 ЕД/мл (N-до 35). На ЭКГ: снижение восстановительных процессов передней, боковой стенок. Низковольтная ЭКГ. ЧСС 52 уд/мин. УЗИ сердца: признаки легочной гипертензии, сепарация листков перикарда по задней стенке 7,5 мм, над боковой стенкой 13мм, жидкость по задней и боковой стенкам левого желудочка около 250 мл. УЗИ брюшной полости: матка 3,8*2,5 см, правый яичник – 4,7*3,5 см, левый – 3,5*2,2 см. В области правого яичника кистозное образование до 2,5 см в d. Асцит (до 5 л). При СРКТ: жидкость в

обеих плевральных полостях до 200 мл. Заподозрен гипотиреоз. Дополнительное обследование выявило: Т4 свободный – 2,9 пмоль/л (N-11,5-23,0); Т3 свободный – 0,01 пмоль/л (N-2,5-5,8); АТ к ТПО – 2300 МЕ/мл (N до 20); ТТГ больше 50 мМЕ/л (N-0,17-4,05), что подтвердило наличие у пациентки первичного гипотиреоза в стадии декомпенсации, развившегося на фоне аутоиммунного тиреоидита, осложнившегося полисерозитом, кистой яичника, аменореей, эндокринной задержки полового развития, нанизмом. Проведено лечение: L-тироксин, трийодтиронин, тироксин, милдронат, гептрал, верошпирон. Катамнез через 6 месяцев: самочувствие удовлетворительное, сознание ясное, активна, АД 115/62 мм рт.ст., ЧСС 65 в мин. Менструальный цикл восстановлен. Нб 123 г/л, эритроциты $3,82 \cdot 10^{12}$ /л, СОЭ 18 мм/ч, биохимические показатели в норме. СА-125 - 38 ЕД/мл, ТТГ – 5,8 мМЕ/л, Т4 – 12,0 пмоль/л.

Приведенное наблюдение интересно тем, что в доступной литературе мы не встречали указаний на столь значительное повышение онкомаркера СА-125 при гипотиреозе и АИТ.

Выводы. 1. Клиническая картина гипотиреоза может быть разнообразной и не всегда типичной. 2. Основное значение в диагностике гипотиреоза имеет определение уровня ТТГ и Т4. 3. Повышение уровня онкомаркера СА-125 до «опухолевых» значений возможно при развитии декомпенсированного гипотиреоза.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОДНОСТОРОННЕГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Моисеева Ю.П., аспирант кафедры оториноларингологии

Руководитель: Пискунов Г.З., д.м.н., проф., член-корр. РАН, Заслуженный
врач РФ, Заслуженный деятель науки РФ, профессор кафедры
оториноларингологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Введение. Полипозный риносинусит достаточно распространенное полиэтиологическое воспалительное заболевание верхних дыхательных путей, частота которого колеблется от 4% до 20% и имеет тенденцию к росту. Несмотря на склонность к рецидивированию, назальные полипы являются доброкачественными образованиями, для которых не характерна малигнизация, в отличие от инвертированной папилломы. Последняя является более редкой патологией и составляет до 0,5% от всех опухолей полости носа и в 5% случаев перерождается в раковую опухоль. Клиническая картина этих заболеваний весьма разная, поэтому зачастую не представляет сложности для постановки верного диагноза и определения тактики лечения. Тем не менее, некоторые формы инвертированной папилломы долгое время способны скрываться под маской полипозного риносинусита. При одностороннем поражении дифференциальная диагностика всегда должна нести в себе исключение опухолевого процесса.

Клинический случай. Мужчина 42 лет поступил в клинику с жалобами на затруднение носового дыхания, в большей степени справа, снижение обоняния, чувство стекания по задней стенке глотки, эпизодические головные боли. Из анамнеза известно, что впервые пациент обратился к оториноларингологу с подобной симптоматикой 4 года назад. Аллергический анамнез не отягощен. Наличие бронхиальной астмы больной отрицал, тем не менее, указывал на склонность к частым бронхитам. На тот момент был верифицирован диагноз: полипозный риносинусит с преимущественным поражением правой половины носа и околоносовых пазух, искривление перегородки носа влево в виде шипа, гипертрофический ринит. Проведено хирургическое лечение в объеме: эндоскопическая полисинусотомия, септопластика, подслизистая вазотомия нижних носовых раковин, задне-нижняя конхотомия, после которого пациент отметил улучшение. С целью профилактики рецидивирования получал интраназальные глюкокортикостероиды курсами. Через 2 года мужчина

перенес пневмонию, с того момента жалобы на затруднение носового дыхания возобновились. Консервативное лечение, включающее ирригационную терапию и курс топических глюкокортикостероидов, было эффективно, но результат оказался непродолжительным, и пациент вернулся к врачу спустя год с чувством полной заложенности правой половины носа, головными болями. В ходе проведенного обследования, в которое были включены эндоскопия полости носа и КТ ОНП, зафиксирован рецидив болезни, рекомендовано и выполнено повторное оперативное вмешательство: эндоскопическое удаление полипа полости носа, верхнечелюстной пазухи и передних клеток решетчатого лабиринта справа. Интраоперационно было визуализировано гладкое, бледно-желтое образование, распространяющееся в общий носовой ход из среднего носового хода. Материал был отправлен на гистологическое исследование. И только по морфологической картине установлен диагноз экзофитно-инвертированная переходноклеточная папиллома.

Выводы. Односторонний процесс при постановке диагноза полипозный риносинусит всегда должен вызывать у врача-оториноларинголога онконостороженность. Под маской назальных полипов могут скрываться как предраковое заболевание - инвертированная папиллома, так и злокачественные опухоли. Несмотря на характерное клиническое течение заболевания и визуальное соответствие полипозу, заключительный диагноз устанавливается на основании морфологической картины.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Моисеева Ю.П., аспирант кафедры оториноларингологии

Руководитель: Пискунов Г.З., д.м.н., проф., член-корр. РАН, профессор
кафедры оториноларингологии

В рамках развития персонализированной медицины в последнее время широко изучаются цитокиновые, генетические и молекулярные предикторы различных заболеваний. Эта тенденция коснулась в том числе и полипозного риносинусита - полиэтиологической болезни, характеризующейся воспалением слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Неоднократно проводилось эндотипирование этой патологии с использованием новых биомаркеров, играющих определенную роль в развитии назальных полипов: ИЛ-5, ИНФ- γ , ИЛ-17А, ФНО- α , ИЛ-22, ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, эозинофильный катионный белок (ЕСР), миклопероксидаза (МРО), ТРФ- β 1, IgE, *Staphylococcus aureus* энтеротоксинспецифичный IgE и альбумин [Tomassen P. с соавторами, 2016 г]. Тем самым было положено начало для активного изучения иммунологии и генетики полипозного риносинусита.

Цель исследования. Акцентирование внимания на генетических предикторах полипозного риносинусита и их возможной роли в прогнозировании склонности назальных полипов к рецидивированию.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ литературы по этиологии и патогенезу полипозного риносинусита, а также обзор источников, связанных с изучением генетических аспектов полипозного риносинусита.

Результаты. Полипозный риносинусит имеет семейный анамнез в 15-50% случаев, что вызвало интерес к исследованию взаимосвязи назальных полипов с полиморфизмами в различных генах, например матричной металлопротеиназы, лейкотриен С4 синтазы (LTC4S), рецептора простагландина D2 (PTGDR), цистеинового лейкотриенового рецептора 1 (CYSLTR1), главного комплекса гистосовместимости 2 типа и т.д. Так как немаловажное значение в развитии полипозного риносинусита принадлежит эозинофилии, а наиболее тяжелые формы болезни сочетаются с бронхиальной астмой, то особое внимание уделяется изучению

патогенетических механизмов именно этих состояний. В 2010 году Buyschaert I.D. с соавторами при рассмотрении однонуклеотидных полиморфизмов, предрасполагающих к эозинофилии, обнаружили, что только один из них rs3939286 в гене ИЛ-33 имел связь с формированием полипоза, что даёт основание предполагать вовлеченность этого цитокина в патогенез возникновения назальных полипов. В подтверждение данной теории, установлено, что у пациентов, страдающих хроническим риносинуситом и аллергическим ринитом, в слизистой оболочке полости носа повышена экспрессия рецептора ST2, комплиментарного к ИЛ-33 (Soyka M.B. с соавторами, 2015). Интересным фактом стало выявление в общем полногеномном поиске ассоциаций выраженной корреляции между полиморфизмами в генах ИЛ-33, а также его рецептора IL1R1 и развитием бронхиальной астмы (Kim K.W., 2019). ИЛ-33 увеличивает выживаемость эозинофилов и вызывает их дегрануляцию по меньшей мере так же эффективно, как ИЛ-5, известный как один из наиболее эффективных эозинофильных цитокинов.

Выводы. По сей день актуальной остаётся проблема распространенности полипозного риносинусита и его склонности к рецидивированию. Важное значение имеет профилактика формирования тяжелых форм полипоза, сопряженных с бронхиальной астмой и непереносимостью НПВС. Перспективным направлением в этом вопросе является персонализированная медицина, включающая изучение иммунных патофизиологических механизмов и генетических предикторов. Одним из биомаркеров, характеризующих тяжесть заболевания, может быть ИЛ-33, что свидетельствует о необходимости его дальнейшего исследования.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПАДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ХОДЬБЫ

Моллаева П.С., клинический ординатор 2-го года кафедры неврологии с
курсом рефлексологии и мануальной терапии

Руководители: Сотников А.С., к.м.н., заведующий неврологическим
отделением для больных с острым нарушением мозгового кровообращения

№ 10 ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ»

Скрипкина Н.А., к.м.н., ассистент кафедры неврологии с курсом
рефлексологии и мануальной терапии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Пожилые люди составляют значительную долю населения, и их численность возрастает. 30% людей старше 65 лет и 50% – старше 80, по крайней мере, один раз в год переносят падение. От 20% до 30% случаев падения приводят к травмам, которые ограничивают передвижение и повышают риск преждевременной смерти. Целью работы явилась оценка наличия и частоты падений, а также выявление причин их возникновения у пациентов с различными нарушениями ходьбы.

Материалы и методы. Обследовано 42 пациента пожилого возраста с различными нарушениями ходьбы. Были включены пациенты с болезнью Паркинсона (15,7%), болезнью телец Леви (26,3%), мультисистемной атрофией (5,2%), дисциркуляторной энцефалопатией (26,3%), болезнью Альцгеймера (15,7%), смешанной деменцией (10,5%) и кардиогенными синкопами (5,2%).

Средний возраст составлял $74,5 \pm 7,9$ (с 57 до 86 лет). Всем пациентам оценивались анамнестические данные с количественной оценкой падений, результаты ЭКГ, холтеровского мониторирования и показатели артериального давления, проводилась ортостатическая проба. Оценка постуральных нарушений проводилась при помощи пробы Тевенара и шкалы равновесия Берга. Когнитивные функции оценивались при помощи шкал MMSE (Folstein M.F., 1975г.) и теста ЗКТ (Левин О.С., 2003г.).

Результаты. Падения в анамнезе отмечались у 78,9% пациентов, включенных в исследование, при этом у 46,6% падения наблюдались более 2 раз в год. Ортостатическая гипотензия была отмечена у 21% пациентов. У всех пациентов с ОГ субъективным клиническим проявлением являлось головокружение, что делает обязательным проведение ортостатической пробы у пациентов пожилого возраста с головокружением. Значимые когнитивные нарушения выявлены у 57,9% пациентов с нарушением ходьбы. Отмечена достоверная корреляционная связь оценок теста MMSE и теста рисования часов с общим баллом по шкале равновесия Берга ($r=0,7$ и $r=0,6$) соответственно ($p<0,05$), при этом связи с развитием падений выявлено не было. Наиболее значимо нарушение ходьбы коррелировало с оценкой регуляторных функций и фонетической речевой активностью ($r=0,6$, $p<0,05$), при этом не выявлялось нарушений памяти и снижения семантической речевой активности. Положительная проба Тевенара выявлена у 40% пациентов с падениями в анамнезе с положительной корреляционной связью ($r=0,8$, $p<0,05$).

Выводы. Падения отмечались у 78% пациентов с различными нарушениями ходьбы. Когнитивные нарушения дизрегуляторного типа коррелируют с выраженностью нарушений равновесия, что требует их обязательной оценки. Положительная проба Тевенара может являться предиктором падений и должна проводиться у всех пациентов с нарушениями ходьбы. ОГ является частой причиной падений, что требует включения ортостатической пробы в список обязательных исследований у пожилых.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ВИРУСЫ В ТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Морозов Д.А., ординатор кафедры онкологии и паллиативной медицины

Руководитель: Колядина И.В., д.м.н., профессор кафедры онкологии и

паллиативной медицины

Онколитические вирусы (далее - ОВ) составляют разнообразную группу биологических агентов с большим противоопухолевым потенциалом. К ним относятся непатогенные вирусы человека и животных, способные убивать опухолевые клетки, не затрагивая нормальные ткани организма. Доклинические исследования показали эффективность онколитической терапии на клеточных опухолях различных локализаций, включая и рак молочной железы (далее - РМЖ). РМЖ занимает лидирующее место в структуре заболеваемости и смертности среди злокачественных новообразований в мире и в РФ. Несмотря на успехи современного лечения, у 30-40% пациенток возникает рецидив заболевания, более того, около 8% больных имеют первично-диссеминированный опухолевый процесс, что делает актуальным поиск эффективных режимов для терапии резистентных форм РМЖ. Особой проблемой является лечение распространенного тройного негативного рака ввиду отсутствия потенциальных таргетных мишеней; именно для данного подтипа перспектива противоопухолевой терапии с использованием онколитических вирусов представляется наиболее оправданной.

Цель исследования. Целью данной работы является поиск генетических маркеров, определяющих чувствительность опухолей рака молочной железы человека к панели онколитических вирусов, для оптимального подбора схем виротерапии в лечении онкологических пациентов в будущем.

Предварительные результаты на небольшой панели вирусов показали, что клеточные линии РМЖ (включая тройной негативный) чувствительны к некоторым вирусным штаммам. Онколитическая активность была отмечена даже при разведении вируса в 10^6 раз. Эти данные легли в основу 2 этапа исследования.

Материалы и методы. Планировалось проведение 2 этапов научной работы: 1) на готовых клеточных культурах (панели ATTC); 2) клинического *in vitro* на опухолевых клеточных линиях, полученных из материала биопсий первичной опухоли и/или лимфоузлов у больных РМЖ II-III стадии, получающих неоадьювантную химиотерапию. Культуры клеток рака молочной железы: T47D, MCF7, MDA MB 231, MDA MB 436, MDA MB 468, HS 578 T, HBL 100. Вирусные штаммы: вирус Коксаки B5 (ЖЭВ-14); вирус Коксаки B6 (ЖЭВ - 15); вирус Коксаки A7 (ЖЭВ-8); вирус ECHO1b, вирус ECHO7, вирус ECHO12, вирус Polio 1.

Результаты. Результаты первого этапа показали, что чувствительность тройного негативного РМЖ к онколитическим вирусам не ниже, чем у остальных подтипов. При этом можно сказать, что данные клеточные линии обладают свойствами, необходимыми для проявления вирулентности вышеуказанной вирусной панели.

В настоящий момент начат второй этап исследования, забор и подготовка опухолевого материала выполнены у 12 больных раком молочной железы, причем, в 5 случаях у пациенток с тройным негативным фенотипом. Планируется: 1) адаптировать алгоритм забора опухолевой культуры и изучить особенности выделения опухолевых культур, взятых при соге-биопсии первичной опухоли и регионарных лимфоузлов; 2) определить онколитическую активность вирусных панелей на культурах клеток рака молочной железы, включая тройной негативный подтип опухоли; 3) сравнить онколитическую активность вирусов *in vitro* с результатами неоадьювантного лечения РМЖ.

Выводы. Таким образом мы выявили, что онколитические вирусы заслуживают внимания, как потенциальный метод лечения РМЖ и в будущем могут быть использованы, как дополнение к существующей неоадьювантной и адьювантной терапии или как альтернатива к ней.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Мурадян А.А., очный аспирант кафедры неотложной и общей хирургии

Руководитель: Благовестнов Д.А., д.м.н., проф., заведующий кафедрой
неотложной и общей хирургии, декан хирургического факультета

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Улучшение результатов лечения и сроков реабилитации больных неосложненным острым калькулезным холециститом, путем внедрения в стационар программы ускоренного восстановления (ERAS), с применением фармакогенетических подходов к обезболиванию, как одному из ключевых компонентов протокола.

Материалы и методы. В исследование было включено 200 пациентов с неосложненным острым калькулезным холециститом 18 лет и старше, без тяжелой сопутствующей патологии. Всем пациентам была выполнена видеолапароскопическая холецистэктомия в экстренном и отсроченном порядке, но не позднее 72 часов от начала заболевания в условиях стационара неотложной хирургической помощи ГБУЗ «НИИ СП им.Н.В. Склифосовского ДЗМ». Произведен ретроспективный анализ историй болезни 100 пациентов, пролеченных по традиционному протоколу – группа сравнения и проспективный анализ 100 пациентов – основная группа, пролеченных согласно протоколу ERAS. Возраст пациентов в группе сравнения составлял $47,71 \pm 15,75$ лет, в основной $46,26 \pm 13,10$ лет. Оценивались такие показатели, как длительность госпитализации, длительность послеоперационного пребывания, частота и характер послеоперационных осложнений, качество послеоперационного обезбоживания (при помощи опросников ВАШ и Мак-Гилла). Пациентов основной группы вели согласно протоколу ERAS. Всем пациентам на

дооперационном этапе проводился определенный объем исследований (ОАК, ОАМ, УЗИ брюшной полости, оценка функции внешнего дыхания, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки). В стационаре, в ряде случаев с целью уточнения диагноза и исключения осложнений основного заболевания проводились дополнительные исследования (гепатобилиосцинтиграфия, МРТ-холангиография в режиме MRSP, ЭГДС). У всех пациентов основной группы осуществлялся забор крови, с последующим генотипированием и определением соответствующих генотипов по CYP2D6, CYP2C9, с оценкой влияния полиморфизма этих генов на клиническую эффективность послеоперационного обезболивания Кетопрофена и Трамадола.

Результаты. Длительность операции у контрольной группы была $84,98 \pm 28,93$ минут, у основной $83,78 \pm 29,60$ минут. Послеоперационный койко-день у группы сравнения составлял $5,05 \pm 1,88$ сутки, у основной $3,57 \pm 1,06$. Послеоперационные осложнения в группе сравнения развились у одного больного (серома в области эпигастрального троакарного доступа). В основной группе послеоперационные осложнения в виде жидкостных скоплений в ложе желчного пузыря не потребовавшие хирургического вмешательства наблюдались у 2 пациентов.

В основной группе 6-ти пациентам операция осуществлялась без использования дренирования брюшной полости, остальным послеоперационный дренаж удалялся в течение 24 часов после операции. В контрольной группе дренаж удалялся в среднем на $1,8 \pm 0,6$ сутки. Оценка и анализ результатов генотипирования у пациентов основной группы в работе.

Выводы. Применение протокола ERAS у пациентов с неосложненным острым калькулезным холециститом приводит к уменьшению сроков послеоперационного пребывания в стационаре, без увеличения частоты и характера послеоперационных осложнений. По результатам генотипирования предполагается, что определение типа метаболитаторов лекарственных средств (Кетопрофена и Трамадола) повлияют на рациональный и безопасный подход к послеоперационному обезболиванию и сроки

ускоренной реабилитации пациентов с неосложненным острым калькулезным холециститом, проходящих по протоколу ERAS.

- Н -

НЕЙРОМЫШЕЧНЫЕ, СКЕЛЕТНЫЕ И СВЯЗАННЫЕ С ДВИЖЕНИЯМИ (СТАТОДИНАМИЧЕСКИЕ) НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ КАК ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ИНВАЛИДИЗАЦИИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Насытко А.Д., студент 3 курса лечебно-профилактического факультета

Кузнецов И.И., студент 3 курса лечебно-профилактического факультета

Осипова А.В., студент 3 курса лечебно-профилактического факультета

Руководитель: Якименко Л.А., ассистент кафедры общественного
здоровья и здравоохранения №1 с курсом истории медицины

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Цель исследования. Выявить средневзвешенные значения отягощённости нейромышечными, скелетными заболеваниями в Ростовской области среди лиц женского и мужского населения молодого возраста.

Материалы и методы. Сплошное исследование проводилось в 2017 году на базе Главного бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области, в ходе которого была составлена база данных по инвалидам Ростовской области в возрасте 18-45 лет (23248 случаев) и выделено 5 возрастно-половых групп: 18-25 лет, 26-30 лет, 31-40 лет, 41-45 лет. Изучение показателей отдельно взятой возрастной группы включало расчет коэффициентов первичной и накопленной инвалидности, оценку структуры контингента с учетом причин и тяжести инвалидности.

Результаты. В первой исследуемой возрастной группе - 18-25 лет распространённость инвалидов, имеющих нарушения нейромышечных, скелетных функций - 17,7‰ (20,1%). При этом структура инвалидов

женского населения составляет: 1 группа - 21,9%; 2 группа – 18,7%; 3 группа – 21,4%. У мужчин: 1 группа - 35,2%; 2 группа – 17,0%; 3 группа – 20,7%.

Во второй группе - 26-30 лет: распространённость инвалидов, имеющих нарушения нейромышечных, скелетных функций - 17,0‰ (58,4%). При этом структура инвалидов женского населения составляет: 1 группа - 21,9%; 2 группа – 18,7%; 3 группа – 21,4%. У мужчин: 1 группа - 36,8%; 2 группа – 14,4%; 3 группа – 14,3%.

В третьей группе - 31-35 лет: распространённость инвалидов, имеющих нарушения нейромышечных, скелетных функций - 31,4‰ (58,4%). При этом структура инвалидов женского населения составляет: 1 группа - 24,6%; 2 группа – 15,8%; 3 группа – 28,2%. У мужчин: 1 группа - 45,5%; 2 группа – 17,3%; 3 группа – 39,2%.

В четвертой группе - 36-40 лет: распространённость инвалидов, имеющих нарушения нейромышечных, скелетных функций - 54,7‰ (30,0%). При этом структура инвалидов женского населения составляет: 1 группа - 37,5%; 2 группа – 18,1%; 3 группа – 30,4%. У мужчин: 1 группа - 42,4%; 2 группа – 21,1%; 3 группа – 46,4%.

В пятой группе - 41-45 лет: распространённость инвалидов с данной патологией - 82,9‰ (30,0%). При этом структура инвалидов женского населения составляет: 1 группа - 30,5%; 2 группа – 20,5%; 3 группа – 31,3%. У мужчин: 1 группа - 38,7%; 2 группа – 22,9%; 3 группа – 44,2%.

Выводы. Количество выявленных инвалидов с нарушениями нейромышечных, скелетных функций больше во второй и в третьей возрастных группах. Среди мужского и женского населения в возрасте от 18 до 30 лет, по тяжести инвалидности превалирует первая группа; в пятой возрастной группе (41-45 лет) – инвалиды с третьей группой.

Наше исследование позволяет подготовить базу, основу для создания регистра анализируемой патологии для осуществления своевременной профилактики и диагностики осложнений, а также адекватного оказания социальной и психолого-педагогической помощи данной категории лиц.

К ВОПРОСУ О ГИСТОГЕНЕЗЕ МИКСОМЫ СЕРДЦА

Насытко А.Д., студент 3 курса лечебно-профилактического факультета,
Кузнецов И.И., студент 3 курса лечебно-профилактического факультета,
Осипова А.В., студент 3 курса лечебно-профилактического факультета
Руководитель: Дерибас В.Ю., ассистент кафедры патологической
анатомии, заведующий патологоанатомическим отделением
ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Введение. Миксома сердца является редкой доброкачественной опухолью мезенхимального происхождения [1]. Большой интерес в изучении обусловлен ее уникальной локализацией, различными клиническими проявлениями и неустановленным гистогенезом [2,3,4].

Клинический случай. Приведем собственное секционное наблюдение больной 71 года, получавшей лечение на базе клиники РостГМУ. Из истории болезни известно, что больная поступила по скорой помощи в тяжелом состоянии, обусловленном развитием инсульта.

По результатам спиральной компьютерной томографии (СКТ) выявлено: ишемические изменения в бассейне левой средней мозговой артерии, территориальный ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии, правосторонний полушарный отек ткани головного мозга; эхокардиоскопии (ЭХО-КС): гипертрофия левого желудочка сердца, диастолическую дисфункцию левого желудочка 1 типа, регургитация на митральном клапане 1 степени.

Проводимые лечебные мероприятия не дали положительного эффекта, у больной наступила смерть.

На вскрытии наибольшие изменения были обнаружены со стороны сердечно-сосудистой системы. В полости ушка левого предсердия сердца, в

проекции fossa ovalis, имелось три образования размерами 1,5х1,5 см, 1х0,5 см, 1х0,5 см, плотно прикрепленных к пристеночному эндокарду.

Гистологическое исследование образований полости сердца: пристеночный эндокард левого предсердия был утолщен за счет развития миксоматоза, с формированием опухоли, представленной клеточным и экстрацеллюлярным компонентами. Клеточный компонент опухоли был представлен вытянутыми, паукообразными, звездчатыми, светлыми элементами, то строящих отдельные мозаичные и причудливые структуры, то расположенные поодиночке. Экстрацеллюлярный компонент опухоли был представлен отечной эозинофильной стромой с признаками гиалиноза, содержащей тонкостенные кровеносные сосуды капиллярного типа, окруженные глыбками гемосидерина, светлыми и звездчатыми клетками.

Для уточнения гистогенеза данных клеточных элементов опухоли была проведена комплексная гистохимическая и иммуногистохимическая окраски (реакция по Массону). Клеточные элементы звездчатой формы давали положительную реакцию в окраске по Массону, что указывало на их трансформацию из гладких миоцитов.

Данные морфологические, гистохимические признаки указывали на наличие доброкачественной опухоли сердца сложного строения – миксомы.

Выводы. Таким образом, миксома сердца представляет собой редкую доброкачественную мезенхимальную опухоль, основным клеточным компонентом которой, по-видимому, являются гладкие миоциты, которые совместно с гликопротеинами межклеточного вещества опухоли могут являться ангиогенными факторами, могут принимать участие в развитии и прогрессировании тромбоза опухоли. Данные факты следует принимать во внимание при разработке тактики ведения таких больных с использованием таргетных антиангиогенных препаратов.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО- АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Никуленков Ю.С., студент 6 курса лечебного факультета

Руководитель: Никуленков С.Ю., д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургии
ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Смоленск

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения острого холецистита у больных с крайней степенью риска холецистэктомии по сопутствующим заболеваниям за счет эндоскопической санации и облитерации желчного пузыря с оценкой её отдаленных результатов.

Вопрос о дальнейшей тактике лечения больных острым холециститом после малоинвазивной декомпрессии и санации желчного пузыря является одним из основных. Холецистэктомия при высоком операционно-анестезиологическом риске считается операцией «отчаянья», так как декомпенсированное состояние сердечно-сосудистой, дыхательной и других жизненно-важных систем обуславливает высокую вероятность летального исхода. После купирования острого холецистита и удаления холецистостомического дренажа с выпиской больных, большинство из них госпитализируется повторно с рецидивом заболевания и необходимостью в операции.

Материалы и методы. Были изучены результаты лечения 49 больных острым холециститом, которым выполнена холецистостомия под контролем ультразвукового и лапароскопического исследования. Средний возраст составил -79 лет. У 44 больных после стихания острого холецистита, операционно-анестезиологический риск оставался высоким и был причиной отказа от холецистэктомии. Холецистостомия оставалась окончательным методом лечения у 38 больных.

Результаты. После выписки у 15 больных наблюдались рецидивы заболевания, в связи с чем они неоднократно обращались за медицинской помощью. Несмотря на высокую степень операционного риска, 3 больных были оперированы по жизненным показаниям с одним летальным исходом. Отказаться от холецистэктомии и избежать опасности рецидива холецистита стало возможным с использованием разработанного в клинике метода эндоскопической облитерации желчного пузыря (ЭОЖП). ЭОЖП была выполнена у 25 больных через полый эндоскоп (детский ректоскоп), который вводился по каналу от удаленного холецистостомического дренажа. После освобождения желчного пузыря от конкрементов выполняли рентгеноконтрастную фистулохолецистохолангиографию. При свободной проходимости общего желчного протока, начинали облитерацию желчного пузыря. Основными моментами ЭОЖП были: отключение желчного пузыря от общего желчного протока путем электрокоагуляции стенки пузырьного протока и полная электродеструкция слизистой от шейки до дна. Демукузация выполнялась с помощью петлевого электрода при постепенном выведении эндоскопа после инфильтрации шейки желчного пузыря спиртно-новокаиновым раствором. Дополнительная обработка стенки проводилась 1,2% раствором Первомура. Контроль за процессом облитерации осуществляли с помощью УЗИ и фистулографии. Данные методов контроля свидетельствовали, что облитерация желчного пузыря до 2см его просвета происходила на 10-14 сутки. При этом дренаж из его полости удаляли и больных выписывали, в среднем на 19 сутки от начала заболевания. Оценка эффективности ЭОЖП у 27 больных производилась в 2 периода: первый – до 6 месяцев, второй – после года. Установлено, что ни у одного больного не было рецидива острого холецистита, потребовавшего госпитализации и операции. 19 больных наблюдались ежегодно, в течение 5 лет. По данным УЗИ в структуре облитерированного желчного пузыря полостных образований не было.

Выводы. Таким образом, ЭОЖП у больных острым холециститом с высоким операционно-анестезиологическим риском является эффективным малоинвазивным методом лечения. Отдаленные результаты позволяют считать его окончательным.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ТОЛСТОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

Нугуманова К.А., ординатор по специальности «Хирургия», очная форма
обучения, Гурциев М.Х., врач-эндоскопист

Руководитель: А.М. Кузьмин – м.н.с. отделения острых хирургических
заболеваний печени и поджелудочной железы

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

По данным различных авторов, частота формирования толстокишечных свищей на фоне панкреонекроза достигает 8,5%. И именно толстокишечные свищи остаются причиной высокой летальности пациентов (80%).

Цель исследования. Оценка использования малоинвазивных методик в лечении пациентов с толстокишечными свищами.

Материалы и методы. За 2017-2018 годы в ГБУЗ «НИИ СП им.Н.В. Склифосовского ДЗМ» было прооперировано 64 пациента с панкреонекрозом. У 8 (12,5%) пациентов течение заболевания осложнилось толстокишечными свищами. Свищи нисходящего отдела толстой кишки – у 4 пациентов, поперечной ободочной кишки у 3 пациентов, и свищ сигмовидной кишки у 1 пациента. Свищи были диагностированы при эндоскопическом исследовании (фиброколоноскопия) и контрастной рентгенографии желудочно-кишечного тракта.

У всех пациентов лечение начиналось с использования минимально инвазивных вмешательств:

- 1) дренирование зон деструкции под УЗ-контролем
- 2) эндоскопическое стентирование участка толстой кишки, несущего свищ, саморасширяющимся покрытым стентом.

При неэффективности выполняли «отключение» участка толстой кишки, несущего свищ, с формированием колостомы.

Результаты. У 6 из 8 пациентов удалось закрыть толстокишечные свищи за счёт дренирования зон деструкции в среднем за 30 ± 5 суток. У 3 пациентов было эффективно эндоскопическое стентирование участка кишки, несущей свищ. У 2 пациентов отмечено увеличение кишечного отделяемого по дренажным трубкам, что потребовало «выключение» из пассажа.

Летальных исходов не отмечено.

Вывод. Таким образом, минимально инвазивные методы при лечении больных с панкреонекрозом были эффективными в 75% случаев.

- О -

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ БОТКИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Озерова Д.С., ординатор кафедры хирургии

Руководитель: Шабунин А.В., д.м.н., проф., член-корр. РАН, заведующий
кафедрой хирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Эхинококкоз является одним из самых распространенных паразитарных заболеваний в России. На его долю приходится до 1,2% от всех биогельминтозов. Несмотря на значительные достижения в хирургии эхинококкоза печени, вопрос выбора способа лечения и индивидуализация в подходе к лечению, являются открытыми, в связи с чем процент

послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания остается на достаточно высоком уровне.

Цель. Улучшение результатов лечения эхинококкоза печени путем определения показаний к различным видам лечения, а так же выбора наиболее оптимального, персонифицированного метода хирургического лечения.

Материалы и методы. Представлен анализ результатов лечения 87 больных эхинококкозом печени, проходивших лечение в ГБУЗ «ГКБ им. С.П.Боткина ДЗМ» в период с 2009 по 2018 гг. Характеристика эхинококковых кист, а так же выбор метода лечения базировался на рекомендациях неофициальной рабочей группы ВОЗ по эхинококкозу (WHO-IGWE), однако окончательное решение вопроса об объеме оперативного вмешательства, принималось на мульти-дисциплинарном консилиуме.

Результаты. Консервативное лечение проведено у трех (3,5%) больных, чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства и открытая эхинококкэктомия выполнены в 6 (6,8%) случаях. Перицистэктомии проведена у 44 (50,7%) пациентов. Анатомические резекции выполнены у 28 (32,2%) пациентов.

Общие послеоперационные осложнения оценены по классификации Clavien-Dindo. Категория grade IIIa выявлена в 12 (13,7%) случаях, grade IIIb - в двух (2,3%), grade IVa - у 6 (6,8%) пациентов, grade IVb - у одного (1,1%). Осложнения grade V (летальный исход), зарегистрированы у двух (2,3%) пациентов. Специфические пострезекционные осложнения оценены по классификации ISGLS. Согласно данным критериям в послеоперационном периоде выявлено одно (1,1%) кровотечение - grade A и одно (1,1%) - grade B. Желчные свищи развились у 6 (6,8%) пациентов - grade B. Пострезекционная печеночная недостаточность grade B и grade C, в одном случае (1,1%) каждая.

Средняя продолжительность послеоперационного койко-дня после консервативного лечения составила $5,5 \pm 1,3$ (от 3 до 8) дней, после PAIR 5,8

$\pm 1,5$ (от 4 до 8) дней, после перичисэктомий $12,9 \pm 1,7$ (от 6 до 48) дней и после анатомических резекций $17,1 \pm 1,9$ (от 6 до 62) дней.

Выводы. Применение оптимизированного и персонифицированного подхода к выбору метода лечения эхинококкоза печени, совершенствование техники операции, а так же использование современных технических средств, позволяет снизить процент специфических послеоперационных осложнений, способствует уменьшению послеоперационного койко-дня и улучшает результаты лечения.

БОЛЕЗНЬ БАРРЕ-МАССОНА – РЕДКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ, МАЛАЯ ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ ВРАЧЕЙ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Олещенко Э.Д., клинический ординатор, кафедра неотложной и общей хирургии

Руководитель: Упырев А.В., к.м.н., доц., доцент кафедры неотложной и общей хирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва.

Введение. Впервые характерную клиническую картину заболевания, сопровождавшегося резкой, мучительной болью в области ногтевой фаланги пальца кисти, описал французский невропатолог Jean-Alexandre Barre в 1920 году. Им же описаны и местные проявления болезни: через ногтевую пластину просвечивалась небольшая опухоль, располагавшаяся в подногтевом ложе. И клиническая картина, и местные изменения отличали эту патологию от ранее известных опухолей этой локализации. Их относили к сосудистым злокачественным образованиям (ангиосаркомам), что приводило к неоправданно обширным операциям. Спустя 4 года (1924 год) канадский морфолог Pierre Masson сообщил данные о морфологической природе этой опухоли, назвав её гломусной (гломус – клубок). Образование выглядело в виде клубка, построенного из артериовенозных анастомозов,

носящих доброкачественный характер. Это положило начало органосберегающим операциям на кисти, а за самим заболеванием закрепилось название по имени авторов, описавших его – «Болезнь Барре-Массона». Патология встречается редко. На сегодня опубликовано около 500 подобных наблюдений. Опухоль растет медленно, не метастазирует. Злокачественный вариант ее не установлен. Единственным эффективным, лечебным мероприятием является хирургическое удаление опухоли. Приводим собственное клиническое наблюдение успешной диагностики с использованием современных методов исследования и хирургического органосберегающего лечения болезни Барре-Массона – подногтевой гломусной опухоли III пальца левой кисти.

Клинический случай. Пациент М., 65 лет госпитализирован на базу кафедры неотложной и общей хирургии РМАНПО в хирургическое отделение Клинического госпиталя ГУВД МВД России по г. Москве 21.01.2015 г. с диагнозом: болезнь Рейно? Основная жалоба - сильная, мучительная боль в 3-м пальце левой кисти с иррадиацией по всей левой руке. Боль в пальце появилась около 8 лет назад без видимой причины. Вначале она носила умеренный характер, а в последние 5 лет усиливалась, стала иррадиировать в левую руку. Консультации и лечебные мероприятия проводились врачами различных специальностей: терапевтом, неврологом, кардиологом, травматологом, ревматологом, сосудистым хирургом, дерматовенерологом, общим хирургом. Выставлялись разные диагнозы. Эффекта от консервативного лечения не отмечалось. Локальный статус. Ногтевая пластина 3-го пальца выглядела тусклой и несколько деформированной. Консультирующий хирург и автор последующей операции имел собственный опыт единичного подобного наблюдения, в связи с чем по характерной клинической картине был установлен диагноз болезни Барре-Массона. Изменения подногтевого ложа были подтверждены данными УЗИ и КТ. В связи с малой осведомлённостью врачей догоспитального этапа, был проведен опрос среди стационарных хирургов и

врачей циклов усовершенствования. Из более чем 100 опрошенных о существовании такой болезни знали трое, но никто из них на практике не сталкивался с этой патологией. 22.01.2015 операция (доцент Упырев А.В.) Местная проводниковая анестезия по Лукашевичу. После удаления ногтевой пластины и рассечения капсулы подногтевого ложа над опухолью, образование удалено в пределах здоровых тканей. Мучительная боль в пальце и всей левой руке исчезла в ближайшие часы после операции. Гистологически картина гломусной опухоли (коллоидный вариант). Осмотрен через 4 года. Жалоб и рецидива нет.

Выводы. 1. Наблюдение демонстрирует редкое хирургическое заболевание пальцев кисти – болезнь Барре-Массона. 2. Малая осведомлённость врачей различных специальностей об этой патологии приводит к запущенности заболевания и удлиняет страдания пациентов. 3. Хирургическая операция является радикальным методом лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕКТОВАГИНАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ИНВАГИНАЦИОННЫМ МЕТОДОМ С ПЛАСТИКОЙ РЕКТОВАГИНАЛЬНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ БИОТРАНСПЛАНТАТОМ

Омарова М.М., аспирант кафедры колопроктологии

Руководитель: Шельгин Ю.А., д.м.н., проф., член-корр. РАН, заведующий
кафедрой колопроктологии

ФБГОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ректовагинальными свищами высокого уровня.

Материалы и методы. Проблема хирургической коррекции ректовагинальных свищей традиционно не привлекает широкого внимания медицинской общественности, что можно объяснить относительной редкостью заболевания, отсутствием непосредственной опасности для жизни

пациентов и, самое главное, обманчивой простотой излечения. В настоящее время нет исследований, посвященных изучению риска развития восходящей инфекции мочеполовой системы при наличии ректовагинальных свищей. Однако, бесконтрольное выделение компонентов кишечного содержимого из влагалища часто приводит к резкому снижению качества жизни женщин молодого и трудоспособного возраста, что говорит о существенной экономической и социальной значимости данной проблемы. Истинные показатели частоты заболевания попросту неизвестны и, несомненно, превышают официальные «5 процентов от всех свищей прямой кишки», так как эти пациентки по-прежнему остаются «многопрофильными». При кажущейся технической простоте ликвидации соустья между прямой кишкой и влагалищем к настоящему времени предложено более 100 различных методов операций. Тем не менее, результаты лечения остаются неудовлетворительными, рецидив заболевания отмечается в 20 - 80 % случаев.

В ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России разработан и внедрен в клиническую практику «инвагинационный» способ лечения ректовагинальных свищей, являющийся конкурентоспособной альтернативой наиболее популярным методам операций: разделению ушиванию дефектов прямой кишки и влагалища и низведению прямокишечного лоскута. Однако, по-прежнему, рецидив заболевания возникает более чем у 30% пациентов. Нами предложена модификация данной методики оперативного вмешательства - «инвагинационный» способ хирургического лечения высоких ректовагинальных свищей дополнен укреплением зоны инвагинации современным биологическим имплантом, лишенным антигенной структуры. Планируется проведение одноцентрового исследования с проспективной группой, результаты будут сравниваться с ретроспективными данными пациентов, оперированных ранее с помощью инвагинационного метода без укрепления зоны инвагинации. Планируется набрать 100 пациентов: 50 в основной группе и 50 в группе сравнения.

В процессе исследования будут оценены следующие параметры: данные инструментальных методов исследования (проктография, сфинктерометрия, ТРУЗИ); частота рецидива заболевания; частота ранних и поздних послеоперационных осложнений, интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде; длительность пребывания пациентов в стационаре; длительность периода временной нетрудоспособности.

Результаты. Применение инвагинационного метода с пластикой ректовагинальной перегородки биотрансплантатом в хирургической коррекции ректовагинальных свищей высокого уровня позволит улучшить результаты оперативного лечения по сравнению с ранее предложенными методиками.

Выводы. Планируемое исследование позволит не только внедрить новый способ лечения ректовагинальных свищей высокого уровня, но, прежде всего, разработать четкие показания к применению биологического материала при хирургическом лечении ректовагинальных свищей.

- II -

СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У ДЕВОЧЕК РАННЕГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ВУЛЬВОВАГИНИТОМ

Павленко В.Н., ординатор 2 года обучения кафедры клинической
иммунологии, аллергологии и лабораторной диагностики

Руководитель: Нестерова И.В., д.м.н., профессор кафедры клинической
иммунологии, аллергологии и лабораторной диагностики

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, г.Краснодар

Первое место в структуре гинекологических заболеваний девочек младшего школьного и дошкольного возраста занимают вульвовагиниты. По данным разных авторов частота вульвовагинитов у девочек колеблется от

13,5 до 93%, а их максимальная доля приходится на возраст 2 – 7 лет. Более 60% вульвовагинитов имеют рецидивирующий характер и возникают на фоне обострения экстрагенитальной патологии (82% случаев). Рецидивы вульвовагинита также связывают с развитием иммунной недостаточности и резистентностью к традиционным методам лечения. В этой связи представляет интерес изучение иммунного ответа у девочек с хроническим вульвовагинитом в периоде гормонального покоя (0-7 лет).

Цель исследования. Изучить особенности функционирования системы нейтрофильных гранулоцитов и состояние гуморального иммунитета у девочек с хроническими вульвовагинитами для дальнейшего поиска рациональных методов диагностики и терапии.

Материалы и методы. Было обследовано 25 девочек от 2 до 4 лет с рецидивирующим хроническим вульвовагинитом (ХВ) в стадии обострения. Из них 10 девочек имели клинико-иммунологические признаки иммунной недостаточности, сопровождающейся повторными ОРВИ (более 8 раз в год). Контрольную группу составили 12 условно-здоровых девочек соответствующего возраста. Исследование фагоцитарной и микробицидной функции нейтрофильных гранулоцитов (НГ) проводили с определением количества активно фагоцитирующих НГ (%ФАН, ФЧ, ФИ), оценкой переваривающей активности (%П, ИП). NADPH-оксидазную активность НГ определяли по показателям NBT-теста спонтанного и стимулированного (*St. aureus*): %ФПК, СЦИ с расчетом коэффициента мобилизации (КМ - %ФПКст/%ФПКсп). Уровень сывороточных IgA, IgM, IgG, IgE (ИФА,ООО «Вектор-Бест» Новосибирск).

Результаты. Исследования концентрации иммуноглобулинов у девочек с ХВ выявили значительное снижение в 2 раза уровня IgA (до $0,59 \pm 0,14$ г/л против $1,13 \pm 0,06$ г/л в контроле, $p < 0,05$) и IgG ($6,85 \pm 1,19$ г/л против $11,77 \pm 0,43$ г/л в контроле, $p < 0,05$), а также уменьшение концентрации IgM ($0,84 \pm 0,12$ г/л против $1,2 \pm 0,10$ г/л в контроле, $p < 0,05$). Показатели общего IgE в 37% случаев значительно превышали контрольные значения:

112,51±28,6 МЕ/мл против 26,83±5,47 МЕ/мл ($p<0,05$). Уменьшение основных классов иммуноглобулинов увеличивает частоту обострений ХВ ввиду снижения гуморального иммунитета, а также может быть связано с переключением на синтез IgE, что сопровождалось проявлениями atopического дерматита. При исследовании фагоцитарной функции НГ отмечалось снижение в 1,4 раза %ФАН ($p<0,05$). Показатели поглотительной способности НГ имели тенденцию к снижению: ФЧ и ФИ ($p>0,05$). При этом процессы переваривания и завершенности фагоцитоза (%П и ИП) не отличались от контроля ($p>0,05$). Активность NADPH-оксидаз в спонтанном NBT-тесте значительно повышается (в 3,9 раз) – адекватное реагирование НГ в ответ на развитие воспалительного процесса. Дополнительная антигенная нагрузка выявила истощение резервных возможностей кислородзависимых механизмов НГ.

Выводы. Выявленные нарушения базисных механизмов антибактериального иммунитета – системы НГ и гуморального иммунитета, являются причиной упорного рецидивирования хронического вульвовагинита и резистентности к традиционной терапии, что обосновывает необходимость установления иммунологических причин формирования данной патологии для оптимизации терапевтической тактики.

НЕУСТОЙЧИВОСТЬ И РИСК ПАДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ И БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Панкова Д.Д., ординатор кафедры неврологии с курсом рефлексологии и
мануальной терапии

Руководители: Замерград М.В.; д.м.н., профессор кафедры неврологии с
курсом рефлексологии и мануальной терапии

Левин О.С., д.м.н., проф., заведующий кафедрой неврологии с курсом
рефлексологии и мануальной терапии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

У пациентов пожилого возраста на первый план часто выходят две проблемы: нарушение ходьбы и когнитивные расстройства. Основными причинами данных состояний являются нейродегенеративные и цереброваскулярные заболевания. Целью данной работы являлось определение взаимосвязи между когнитивными расстройствами и нарушением ходьбы у пациентов с разными неврологическими нозологиями.

Материалы и методы. В исследование включены 20 пациентов. Средний возраст больных составил $74,9 \pm 1,7$ лет (с диапазоном от 68 до 88 лет). Пациенты были разделены на 2 группы: 12 пациентов - с сосудистой деменцией (СД), 8 пациентов - с болезнью Альцгеймера (БА). Проводилась оценка возраста, пола. Для оценки когнитивных функций применялась краткая шкала оценки психического статуса MMSE (Folstein и соавт., 1975). Для скрининговой оценки устойчивости и риска падений использовался тест «Встать и пройти на время» (Timed up and go test, стандартный и с когнитивной нагрузкой) (Podsiadlo and Richardson, 1991).

Результаты. По результатам исследования выявлена прямая корреляционная связь степени неустойчивости и выраженности когнитивных нарушений как у пациентов с СД ($r = 0,906$, $p < 0,05$), так и у пациентов с БА ($r = 0,798$, $p < 0,05$). При этом наличие когнитивной нагрузки существенно не увеличивало время прохождения теста оценки устойчивости и риска падения «встать и пройти на время» как у пациентов с СД, так и у пациентов с БА ($p > 0,05$), что говорит об отсутствии значительного влияния когнитивной нагрузки на скоростные показатели двигательной активности у пациентов с когнитивными нарушениями. Средний балл по шкале MMSE у пациентов с БА составил $18,3 \pm 1,6$ баллов, для пациентов с СД $20,4 \pm 1,3$ балла. При сравнении показателей когнитивных нарушений для групп испытуемых с СД и БА выявлены статистически значимые различия: U-критерий Манна-Уитни равен 4,5 ($p < 0,05$). Но при сравнении показателей неустойчивости (риска падений) для групп испытуемых с СД и БА статически значимые различия по степени неустойчивости выявлены не были ($p > 0,05$).

Выводы. У пациентов с БА и СД между степенью неустойчивости и когнитивными нарушениями имеется прямая взаимосвязь. У пациентов с когнитивными нарушениями наличие когнитивной нагрузки во время пробы не оказывает существенного влияния на выполнение теста «встать и пройти на время» независимо от нозологии. Пациенты с БА имеют более выраженные когнитивные нарушения на этапе развития двигательных расстройств по сравнению с пациентами с СД.

ВЛИЯНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА CYP2D6 НА ФАРМАКОДИНАМИКУ ПРОПРАНОЛОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Парусов А.И., аспирант кафедры гастроэнтерологии

Руководители: Лоранская И.Д., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой
гастроэнтерологии

Сычев Д.А., д.м.н., член-корр. РАН, профессор, заведующий кафедрой
клинической фармакологии и терапии, проректор по развитию и инновациям
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В клинической практике актуальной является проблема профилактики развития кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка – одного из осложнений цирроза печени. Для этого используются неселективные β -адреноблокаторы, которые позволяют снизить риск первого кровотечения приблизительно на 30–40%. Пропранолол является широко используемым неселективным β -адреноблокатором. Препарат назначают в дозе, снижающей частоту пульса на 25% либо до 55 ударов в минуту при исходно низком пульсе. Однако, в ряде случаев β -адреноблокаторы не оказывают никакого клинического эффекта. В связи с этим возникает необходимость определения предикторов положительного гемодинамического ответа с целью прогнозирования эффективности лечения. Множество исследований показало, что CYP2D6 играет важную роль в

метаболизме β -адреноблокаторов, главным образом за счет реакции 4-гидроксилирования.

Цель исследования. Определение влияния полиморфизма генов цитохрома CYP2D6 на гемодинамический эффект пропранолола при синдроме портальной гипертензии у больных циррозом печени российской популяции.

Материалы и методы. На данный момент в исследовании приняло участие 20 пациентов с циррозом печени различной этиологии и класса по Чайлд-Пью в возрасте от 28 до 70 лет. Больным назначался пропранолол в суточной дозе 30 мг.

Ультрасонографически у больных определялась линейная скорость кровотока в воротной вене до и на фоне терапии (через 14 дней). Кроме того, у пациентов определялся генотип по CYP2D6 методом ПЦР в режиме реального времени. Был выбран четвертый аллельный вариант гена CYP2D6, поскольку именно он является наиболее распространённым среди европеоидов. Пациенты разделились на две группы в зависимости от ответа на терапию и генотипа CYP2D6*4 (G1846A) таким образом, что большинство пациентов показали положительным ответ на лечение. Критерий ответа – увеличение линейной скорости кровотока в воротной вене на фоне терапии. Кроме того, большинство пациентов оказались гомозиготами. С помощью программы STATISTICA 10 (Tulsa, OK, USA) проведен расчет зависимости ответа на терапию от различных клинических и диагностических показателей, включая генотип.

Результаты. По результатам генотипирования выявлено 15 гомозигот GG, 11 из которых положительно ответили на лечение (73%), и 5 гетерозигот GA. Все 100% гетерозиготных носителей показали положительный ответ на терапию ($p = 0,19$). Аналогичным образом проводилось сравнение гомо- и гетерозигот по динамике изменения частоты сердечных сокращений на фоне терапии пропранололом: только 80% гомозигот GG ответили на терапию, гетерозигот GA – все 100% ($p = 0,04$).

Выводы. По промежуточным результатам исследования не представляется возможным сделать вывод о существенной статистической значимости влияния полиморфизма генов цитохрома CYP2D6 на гемодинамический эффект пропранолола. Однако, мы предполагаем, что увеличение объема выборки приведет к тенденции достоверности этой зависимости.

АУТОФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НЕОПЛАЗИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Педченко А.М., ординатор кафедры эндоскопии

Руководитель: Разживина А.А., к.м.н., доц., доцент кафедры эндоскопии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Неуклонный рост заболеваемости раком толстой кишки, выявление данной патологии преимущественно в запущенных стадиях, делает особенно актуальной проблему ранней диагностики предраковых изменений слизистой оболочки толстой кишки и ранней онкологической патологии. Классическая колоноскопия с использованием современных визуализирующих технологий, является «золотым» стандартом выявления неоплазий толстой кишки. В настоящее время используются множество современных оптических методов уточняющей диагностики, таких как хромоскопия, осмотр в узком спектре с детализацией и другие, большинство из которых трудоемки и дорогостоящи. Их применение увеличивает число процедур, удлиняет сроки обследования, в то время как сравнительная результативность сопоставима по информативности и точности.

Цель исследования. Оценить диагностическую информативность локальной аутофлуоресцентной спектроскопии в выявлении неоплазий толстой кишки.

Материалы и методы. В отделении эндоскопии ГКБ им. С.П.Боткина 78 пациентам (27 мужчинам и 51 женщине) в возрасте 40 – 82 лет в ходе колоноскопии с осмотром в белом цвете и осмотром в узком спектре с детализацией были выявлены 122 новообразования толстой кишки от 0,5 см до 4 см, в т.ч. 90 – выступающего типа, 32 – плоского и плоско-приподнятого типов. В правой половине толстой кишки обнаружены 49 «полипов», в левой – 73. Во всех случаях колоноскопия завершалась эндоскопическим удалением новообразований с последующим морфологическим исследованием.

Все пациенты были разделены на 2 группы:

1-ая группа – 42 пациента обследованы видеоколоноскопом CF-H 180 AL/I Olympus (EVIS EXERA II, серия 180). Осмотр проводился последовательно в режиме белого света (WLE) и в узком спектре с детализацией (NBI+E), исследование завершалось локальной аутофлюоресцентной спектроскопией «зон интереса» – очаговых изменений слизистой толстой кишки. Аутофлюоресцентная спектроскопия проводилась портативным многоканальным лазерным спектральным анализатором «ЛЭСА-01-БИОСПЕК», прибор позволяет регистрировать спектр аутофлюоресценции в диапазоне длин волн от 640 до 1000 нм, при возбуждении с длиной волны 632,8 нм. Определялась величина диагностического параметра (ВДП) – количественное выражение интенсивности аутофлюоресцентного излучения; исходя из среднего значения ВДП прогнозировалась морфологическая структура неоплазий.

2-ая группа – 36 пациентов, при обследовании которых применялся видеоколоноскоп Olympus (EVIS LUCERA CV-260). Осмотр проводился последовательно в режимах WLE, NBI+E, и в режиме аутофлюоресценции. Исследование завершалось локальной аутофлюоресцентной спектроскопией «зон интереса» - очаговых изменений слизистой оболочки толстой кишки.

Результаты. Оценка диагностической информативности проводилась по результатам морфологического исследования удаленных

новообразований. Доказаны преимущества колоноскопии с использованием методики локальной аутофлюоресцентной спектроскопии по сравнению с колоноскопией без применения данной методики: повышение диагностической специфичности в 1-ой группе с 71% до 93,1%, во 2-ой группе – с 87% до 95,7%.

Выводы. Локальная аутофлюоресцентная спектроскопия – эффективный метод уточняющей диагностики, который в комплексе с другими оптическими методами, позволяет в режиме реального времени дифференцировать внешне схожие между собой новообразования толстой кишки различной морфологической структуры, как по величине оцененного диагностического параметра, так и по флюоресцентной контрастности изображения.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЧРЕСКОЖНОГО МЕТОДА ВРЕМЕННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Петров Д.И., аспирант кафедры неотложной и общей хирургии

Руководитель: Ярцев П.А., д.м.н., доцент, профессор кафедры неотложной и общей хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

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

Цель исследования. В хроническом эксперименте на крысах после моделирования толстокишечной непроходимости показать возможность чрескожного дренирования с последующей декомпрессией.

Материалы и методы. На 5 крысах линии Вистар была отработана модель толстокишечной непроходимости с установкой дренажа в слепую кишку. Эксперимент проходил в два этапа.

На первом этапе под наркозом крысам выполнена нижнесрединная лапаротомия. После смещения петель тонкой кишки и выведения слепой и восходящей ободочной кишки была сформирована обтурационная

непроходимость путем наложения двух лигатур шириной 2 мм в бессосудистой зоне начального участка восходящей ободочной кишки вблизи ее брыжеечного края до полного сужения просвета. Далее производили подшивание к передней брюшной стенке средней трети слепой кишки (для последующего дренирования). На коже в месте фиксации кишки ставили метку. Операционную рану ушивали послойно наглухо.

На втором этапе, на 4-е сутки непроходимости, под наркозом крысам устанавливали дренаж. Сначала с помощью металлического проводника формировали подкожный туннель, который начинался в месте фиксации кишки в центре метки и заканчивался в нижней трети хвоста. Через проводник выводили дренаж и фиксировали его втулкой в нижней части хвоста. Другой конец дренажа устанавливали в слепую кишку и фиксировали его 4-мя швами к стенке кишки. Рану в области дренажа ушивали послойно 2-мя швами. Крыс помещали в металлические клетки с фиксацией хвоста в области втулки, таким образом, что кончик хвоста с дренажом были снаружи клетки. Это позволяло беспрепятственно в любое время осуществлять манипуляции с дренажом, и при этом не причинять беспокойства животным.

Результаты. Начиная с 4-ых суток и в последующие сроки после создания непроходимости, у всех животных наблюдалось отсутствие стула, вялость, адинамия, был снижен аппетит. Поэтому эти сроки были выбраны для второго этапа эксперимента. После установки дренажа возможно осуществлять два режима проведения декомпрессии: 1) пассивная декомпрессия – дренаж открыт постоянно и, следовательно, создаются условия для свободного оттока жидкости и выхода газов; 2) активная декомпрессия - дренаж закрыт, его открытие выполняется через определенное время и осуществляется активная аспирация жидкости и газов.

Вывод. Модель толстокишечной непроходимости с чрескожным дренированием позволяет в хроническом эксперименте проводить динамическое наблюдение за оттоком содержимого и осуществлять декомпрессию в двух режимах.

ТРАНСПАЛЬПЕБРАЛЬНЫЙ ДОСТУП В ХИРУРГИИ МЕНИНГИОМ БУГОРКА ТУРЕЦКОГО СЕДЛА

Поляков А. В., аспирант кафедры нейрохирургии

Салямова Э. И., аспирант кафедры нейрохирургии

Руководитель: Джинджихадзе Р.С., к.м.н., доцент кафедры нейрохирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»

Цель исследования. Целью данной работы является анализ результатов применения транспальпебрального keyhole доступа в хирургическом лечении менингиом бугорка турецкого седла.

Материалы и методы. Авторами представлена серия из 15 пациентов с менингиомами бугорка турецкого седла, оперированных через транспальпебральный доступ в период с 2015 по 2018 гг. Катамнестическая оценка проведена в течение 1 года. Средний возраст пациентов составил 59,4 года, соотношение мужчин и женщин 2:1. Были оценены динамика зрительных нарушений, общемозговой симптоматики; наличие или отсутствие послеоперационных осложнений.

Косметический исход был оценен по шкале от 1 до 5, где 1 – неудовлетворительно, 5 – отлично. Всем больным была выполнена МРТ головного мозга с контрастированием на 4-5 сутки после операции. Не было отмечено случаев инвазии опухоли в кавернозный синус. Всем пациентам перед операцией проводилось тщательное предоперационное планирование, оценивалась лицевая и костная анатомия, размеры лобных пазух, использовались нейронавигация и эндоскопическая ассистенция. Степень радикальности удаления менингиом оценивалась по шкале Simpson. В послеоперационном периоде осуществлялась катамнестическая оценка функциональных и косметических исходов. Критичными параметрами были

онемение супраорбитального региона, слабость лобной мышцы, болевой синдром, anosmia, инфекционные осложнения и ликворея.

Результаты. Все менингиомы удалены по Simpson II. Из 15 пациентов, улучшение зрения отмечено у 9 человек (60%), без выраженной динамики – 6 пациентов (40%). Общемозговая симптоматика регрессировала у 4 из 6 пациентов, имевших таковую до операции. У всех больных был отмечен периорбитальный отек, регресс которого отмечен на 3-4 день после операции. Инфекционных осложнений, ликвореи и летальных исходов не отмечено. Средний балл по Шкале Исходов Глазго составил 4,8. По данным проведенной катамнестической оценки, послеоперационный косметический результат оценивался пациентами как превосходный. Средний балл при оценке косметического исхода составил 4,93.

Выводы. Известно, что одним из важнейших принципов keyhole хирургии является не уменьшение размера выполненной трепанации, а уменьшение доступ-ассоциированных осложнений, подбор и индивидуализация доступа. Адекватный выбор показаний и критичный подбор пациентов позволяют работать в хиазмально-селлярной области при различных патологиях посредством небольших краниотомий, не вызывая коллатерального ущерба, который не исключен при выполнении расширенных, традиционных доступов, сохраняя при этом функциональный и неврологический статус пациента.

РОЛЬ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ РАБОТНИКОВ ГАЗОВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Полякова О.А., аспирант кафедры терапии

Руководитель: Кириченко А.А., д.м.н., проф., заведующий кафедрой терапии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В течении последних десяти лет произошло изменение научной парадигмы атеросклеротического процесса. Внимание направлено на изучение механизма воспалительной реакции в стенке сосуда и выявление новых точек фармакологического приложения. С-реактивный белок - это белок острой фазы воспаления, который, по данным метаанализа, сопоставим по значимости в степени оценки сердечно-сосудистого риска с уровнем артериального давления и уровнем липопротеинов низкой плотности. Учитывая, что частота развития сердечно-сосудистых заболеваний неуклонно растет в группе работоспособного населения, особенно в группе лиц молодого и среднего возраста, необходимо осуществлять поиск все новых и новых биомаркеров ранней идентификации атеросклеротического процесса.

Цель исследования. Изучить роль высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ) как маркера острой фазы воспаления и сердечно-сосудистого риска у лиц молодого и среднего возраста, проходящих периодический медицинский осмотр.

Материалы и методы. Обследовано 200 пациентов (43 женщины и 157 мужчин) в возрасте от 30 до 55 лет (средний возраст 41.3 ± 7.74 год), проходящих периодический профосмотр на базе «Центра диагностики и реабилитации» ООО «Газпромтрансгаз» Москва. В исследование не включались пациенты с наличием острого воспалительного заболевания или обострением хронического (не менее 1 месяца назад), ревматическими заболеваниями, ишемической болезнью сердца и головного мозга, злокачественной и симптоматической гипертензией, сердечной недостаточностью. Пациенты были осмотрены офтальмологом, оториноларингологом, дерматологом, хирургом, неврологом, гинекологом, терапевтом. Всем пациентам выполнялась электрокардиография и рентгенография органов грудной клетки. Проводилось исследование общего анализа мочи, клинического анализа крови, уровня глюкозы и общего холестерина крови. СРБ оценивали иммунотурбидиметрическим методом с

усилением на латексе. Уровень вч-СРБ в качестве маркера сердечно-сосудистого риска рассматривали при его повышении > 2 мг/л, а повышение > 5 мг/л - как маркер острой воспалительной реакции.

Результаты. Повышение уровня вч-СРБ выше 2 мг/л обнаружено у 70 пациентов (среднее значение вч-СРБ 2.33 ± 3.19 мг/л), что составило 35% от общего числа обследованных. Из них, уровень СРБ выше 5 мг/л, указывающий на острую воспалительную реакцию, был обнаружен у 18 человек (9% обследуемых). Эти пациенты с подозрением на острый воспалительный процесс были отправлены на дообследование, при котором удалось обнаружить очаг инфекции. Таким образом, 18 человек были исключены из исследования. У оставшихся 52 пациентов с уровнем вч-СРБ от 2-5 мг/л явных очагов воспаления обнаружено не было. Это позволило предположить, что причиной повышения СРБ является воспаление сосудистой стенки. Тем самым, эта группа обследуемых нами расценена как группа высокого риска по сердечно-сосудистой патологии, требующая тщательного кардиологического осмотра (УЗИ сонных артерий, диагностика эндотелиальной дисфункции).

Выводы. Роль СРБ при проведении периодических медицинских осмотров у лиц молодого и среднего возраста заключается в повышении эффективности выявления не только острого воспалительного процесса, но и группы больных, требующих особого внимания, как потенциальной группы высокого риска по сердечной патологии.

ИССЛЕДОВАНИЕ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ КУРЕНИЯ

Попко Н.А., студентка 5 курса педиатрического факультета
Ахмедова С.Р. студентка 5 курса, кафедра факультетской терапии с
курсом терапии ФДПО

Руководители: д.м.н., проф. Урясьев О.М., заведующий кафедрой
факультетской терапии с курсом терапии ФДПО
Бельских Э.С., асс. кафедры факультетской терапии с курсом терапии ФДПО
ФГБОУ ВО РязГМУ им. Академика И.П. Павлова Минздрава России,
г.Рязань

Главным этиологическим фактором ХОБЛ является курение, представляющее собой пусковой механизм сложного патогенеза, лежащего в основе заболевания, включающего в себя окислительный стресс (ОС), дисбаланс в системе протеазы\антипротеазы, участие клеток врожденной и адаптивной иммунной системы с образованием значительного количества медиаторов воспаления. ОС неразрывно связан с развитием вторичной митохондриальной дисфункции, обусловленной нарушением работы дыхательной цепи и потерей мембранного потенциала митохондрий ($\Delta\psi$). Измерение $\Delta\psi$ в клетках тканей легкого требует проведения биопсии и условий для культивирования клеток, в то время как определение МПМ в мононуклеарных лейкоцитах периферической, способных отражать системные изменения в организме, представляется более доступным для клинической практики.

Цель исследования. Определение влияния отказа от курения у больных ХОБЛ методом проточной цитофлуорометрии с использованием программного обеспечения Cyflogic.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 25 человек, из которых 7 – здоровые добровольцы, составляющие контрольную группу (в возрасте от 41 до 56 лет), 18 – пациенты, больные с неинфекционным обострением ХОБЛ, составляющие опытную группу (в возрасте от 48 до 76 лет). Из группы пациентов на момент исследования 9 из них продолжало курить, 8 человек бросили курить на протяжении срока более 1 года. Выделение мононуклеарных лейкоцитов проводили путем центрифугирования с использованием пробирок с разделительным гелем. Ресуспендированные в фосфатно-солевом буфере клетки подсчитывали на

гемоцитометре SysmexXT-2000i. Для изучения $\Delta\psi$ использовали набор MitoProbe™ JC-1 AssayKit. К клеткам, обработанным JC-1, перед инкубированием для последующей идентификации популяций мононуклеарных лейкоцитов добавляли антитела к CD45, конъюгированные с флуорохромом. В популяции мононуклеаров выделенных с помощью CD45 выделяли субпопуляции лимфоцитов и моноцитов с помощью показателя бокового светорассеивания SS. Метод основан на способности JC-1 накапливаться в зависимости от уровня $\Delta\psi$ внутри митохондрий с образованием агрегатов, для которых характерна красная флуоресценция. Мономеры JC-1 характеризуются максимумом интенсивности флуоресценции в зеленом спектре. В изучаемых образцах определяли отношение интенсивности красной флуоресценции к зеленой (FL-2/FL1; Red/Green), которое принимали за $\Delta\psi$.

Результаты. $\Delta\psi$ в лейкоцитах контрольной группы ($0,318 \pm 0,031$) статистически значимо был выше по сравнению с группой курильщиков ($0,244 \pm 0,046$; $p=0,01$), и статистически значимо не отличался от группы экскурильщиков ($0,297 \pm 0,047$; $p=1$). При этом отличия между группами курильщиков и экскурильщиков также носили статистически значимый характер ($p=0,02$). $\Delta\psi$ в лимфоцитах курильщиков ($0,269 \pm 0,050$) был снижен по сравнению с контролем ($0,374 \pm$; $p=0,015$) и экскурильщиками ($0,347 \pm 0,027$; $p=0,001$), в то время значения исследуемого показателя не различались между группами экскурильщиков и контролем.

Выводы. У больных ХОБЛ отмечается достоверное снижение $\Delta\psi$ митохондрий лейкоцитов и лимфоцитов, что указывает на развитие вторичной митохондриальной дисфункции. Уровень $\Delta\psi$ у здоровых добровольцев и экскурильщиков статистически значимо не отличался, что, вероятно, связано с прекращением воздействия этиологического фактора и восстановлением функции митохондрий.

ЛЕЧЕНИЕ МЕНИНГИОМ II и III СТЕПЕНЕЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ: ХИРУРГИЯ И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Потапов Ф.В., аспирант кафедры нейрохирургии (очная форма)

Руководитель: Древаль О.Н., д.м.н., проф., зав.кафедры нейрохирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Широкая распространенность менингиом и частое рецидивирование обуславливает значимость проблемы лечения менингиом II и III степени злокачественности (СЗК). Золотым стандартом в лечении этих опухолей принято считать оперативное вмешательство, однако оптимальным методом является хирургическое удаление с последующим облучением. Сейчас лучевая терапия (ЛТ) является неотъемлемой частью современного комбинированного лечения при III СЗК, однако необходимость в дополнении ЛТ радикального удаленных менингиом II СЗК остается не определенной. Но выявление рецидива необходимость повторного удаления и/или облучения опухоли является неоспоримой. Одной из лучших методик облучения этих менингиом стало гипофракционирование. Она объединяет в себя преимущества радиохирургии (РХ), в тоже время позволяя облучать опухоли значительных размеров с наименьшей нагрузкой на здоровые ткани.

Цель работы. Сравнить отдаленные результаты хирургического и комбинированного методов лечения у пациентов с менингиомами II и III СЗК для улучшения результатов лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ 120 историй болезней пациентов с менингиомами II и III степени злокачественности, прошедших хирургическое лечение и стереотаксическое облучение в сроки 2005 по 2018 года в НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко. Основными методами диагностики КТ, МРТ. Оценка эффективности проводимого лечения осуществлена по индексу Карновского/Шкале ECOG-ВОЗ; в раннем послеоперационном периоде (1-3 сутки) и через 6, 12, 18 и 24 месяцев.

Результаты. Применение хирургических методик и стереотаксического облучения при плановом комбинированном лечении менингиом II и III СЗК позволит значительно снизить риск развития интракраниальных осложнений и увеличить среднюю продолжительность безрецидивного периода; следствием этого будет увеличение 5-летней выживаемости больных, а для больного ощутимое улучшение качества жизни. Хотя менингиомы II СЗК не требуют агрессивного лечения в силу своего умеренного роста, многие предпочитают не облучать их, снижая тем самым нагрузку на окружающие ткани. Однако сформировавшегося мнения о необходимости проведения обязательного первичного комбинированного лечения таких менингиом до сих пор нет, но показатель первичной рецидивности и последующим прохождением ЛТ заставляет задуматься о ее внедрении в лечение впервые выявленных менингиом.

Выводы. Продолжение исследовательской работы даст возможность сформировать оптимальный алгоритм комбинированного лечения пациентов с менингиомами II-III степени злокачественности, что станет предпосылками к более широкому применению хирургического лечения в комплексе с СРХ на первичном этапе лечения большему количеству пациентов.

- Р -

ENOS КАК МАРКЕР ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У КУРЯЩИХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Рублевская А.С., аспирант кафедры терапии

Осокина В.Р., врач клинической лабораторной диагностики, лаборатория
клинической иммунологии и молекулярной
диагностики ГАУЗ КО «НГКБ №1»

Руководитель: Бичан Н.А., д.м.н., профессор кафедры терапии
НГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк

Курение занимает важное место среди проблем общественного здравоохранения. Курение табака связано не только с последствиями для здоровья матери, но и риски, связанные с течением беременности и плода. Существует гипотеза, что вредное воздействие табачного дыма может быть результатом накопления окислительного повреждения эндотелиальных клеток, а, следовательно, возникновением эндотелиальной дисфункции. Одним из маркеров эндотелиальной дисфункции является уровень эндотелиальной NO-синтазы (eNOS). eNOS отводится ведущая роль в обеспечении постоянного базисного уровня NO, который ассоциируют с реализацией механизмов локальной эндотелиальной цитопротекции и поддержанием сосудистого гомеостаза. Снижение активности этой изоформы приводит к нарастанию эндогенной недостаточности NO и является одним из ключевых звеньев патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний, а также неблагоприятного течения беременности.

Цель исследования. Изучить влияние гипертонической болезни и курения на развитие эндотелиальной дисфункции у беременных.

Материалы и методы. В исследование включено 633 беременных, которые были разделены на 4 группы. В первую группу контроля вошли 229 здоровых беременных. Средний возраст 29,0 (25-33) года. Во вторую группу включены 262 некурящие беременные женщины с гипертонической болезнью средний возраст 32,0(28-36,0) лет. В третью группу включены 134 курящих беременных без ГБ, средний возраст 32,5 (27,3-37,0) лет. В четвертую группу включены 60 курящих беременных с ГБ, средний возраст 28,0 (24-33) лет. У 126 женщин была изучена eNOS, которая определялась в сыворотке крови ИФА с проведением попарного сравнения групп методом Манна-Уитни и 4-х групп критерием Крискала-Уоллеса с помощью программы SPSS Statistics 20.

Результаты. Установлено, что группа с ГБ была старше по возрасту, чем здоровые беременные, $p=0,042$. При этом различия eNOS в данных

группах были незначимы: 1,85 (0,28-2,95) против 2,25 (0,78-10,7), $p=0,36$. При сравнении группы здоровых беременных и группы курящих установлено, что возрастных различий между группами нет ($p=0,73$), однако в группе курящих eNOS была значимо ниже, чем в группе здоровых: 0,79 (0,025-1,95) против 2,25 (0,025-10,7), $p=0,045$. Группа некурящих беременных с ГБ была значимо старше, чем группа курящих, $p=0,001$. При этом значение eNOS в группе курения было в 2,5 раза ниже, чем в группе с ГБ: 0,79 (0,025-1,95) против 1,85 (0,28-2,95), $p=0,013$. Беременные в четвертой группе по возрасту соответствовали группе беременных с ГБ и были достоверно старше, чем группы здоровых и курящих беременных, $p=0,018$. В группе беременных с ГБ и курением eNOS соответствовала 0,1 (0,1-2,67) и была значимо ниже, чем в трех других сравниваемых группах, $p=0,012$.

Выводы. Гипертоническая болезнь и курение вызывают развитие эндотелиальной дисфункции у беременных. При этом курение оказывает в 2,5 раза более значимое влияние на развитие эндотелиальной дисфункции, чем гипертоническая болезнь. Сочетание курения и ГБ вызывали наиболее значимое снижение eNOS.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОМИОСТИМУЛЯЦИИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМИПАРЕЗАМИ

Рябочкина М.Э, студентка

Калугина И.А, студентка

Руководители: Чичановская Л.В., д.м.н, заведующая кафедрой неврологии,
медицинской реабилитации и нейрохирургии

Назаров М.В., ассистент кафедры неврологии, медицинской реабилитации и
нейрохирургии

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь

Цель. определить функциональное состояние мышц у больных с инфарктом мозга по данным показателей электромиостимуляции для повышения эффективности физической реабилитации.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Областной клинический лечебно–реабилитационный центр» г.Твери. В работе проанализированы результаты обследования 48 больных обоего пола в возрасте от 32 до 70 лет. Все пациенты с инфарктом мозга в бассейне внутренней сонной артерии раннего восстановительного периода были разделены на 2 рандомизированные группы: основная группа 48 человек распределена в зависимости от силы мышц, выраженной в баллах на три подгруппы (2, 3 и 4 балла) и контрольная группа, численностью 20 человек, была поделена аналогичным образом. Пациентам основной группы помимо реабилитационных методов лечения (ЛФК, массаж, парафинотерапия) проводилась функциональная биполярная активная электромиостимуляция (МБН – Стимул), в то время как контрольной группе выполнялось лишь стандартное лечение. Научная работа включала в себя три этапа: Сначала выполнялась программа обследования на момент госпитализации пациента, которая включала оценку неврологического статуса (в том числе мышечной силы по пятибалльной шкале), двигательных расстройств по шкале баланса Берга, индекса ходьбы Хаузера. На втором этапе проводилась биполярная активная электромиостимуляция (МБН – Стимул). В зависимости от очага поражения у пациентов выбиралась методика правосторонний или левосторонний гемипарез, в ходе которой стимулировались дельтовидная, большая ягодичная и передняя большеберцовая мышца соответствующей стороны тела. Перед началом процедуры, каждый пациент делает пробный ход, для определения реальных параметров цикла шага, а также максимального и минимального углов гониометра, и подбора оптимальных характеристик электрического тока (частота, сила, продолжительность

воздействия). На третьем этапе исследования проводилась тот же комплекс обследования с целью объективной оценки результатов лечения.

Результаты. Критериями эффективности являлась оценка мышечной силы по пятибалльной шкале. У основной группы пациентов наблюдалось увеличение силы мышц на один пункт: с гемипарезом 2 балла у 75%, с гемипарезом 3 балла у половины пациентов, с гемипарезом 4 балла у 17%. У пациентов контрольной группы наблюдалось отсутствие выраженной динамики восстановления мышечной силы.

Выводы. Проведенные исследования показали перспективность применения активной биполярной электростимуляции мышц с целью восстановления двигательных функций верхних и нижних конечностей. Пациенты, которым проводилась данная методика, в процессе восстановления показывали результаты выше, чем пациенты контрольной группы. В процессе исследования было установлено, что у пациентов с гемипарезом 2 и 3 балла реабилитация с помощью биполярной электростимуляции протекает быстрее и эффективнее, чем у пациентов с гемипарезом 4 балла.

- С -

ВНУТРИБРЮШНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ, КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КАРЦИНОМАТОЗА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Сайфутдинова К.Р., аспирант кафедры колопроктологии

Руководитель: Шелыгин Ю.А., д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, директор
Государственного Научного Центра колопроктологии, заведующий кафедры
колопроктологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В 2017 году в РФ колоректальный рак (далее - КРР) был впервые диагностирован более чем у 68 тысяч человек, из которых у 17 062 была выявлена IV стадия заболевания. Брюшина является второй по частоте (до 15%) локализацией отдаленного метастазирования у пациентов с КРР. Результаты исследований продемонстрировали, что высокий риск развития ПК у пациентов, перенесших операции по поводу первичного КРР, ассоциирован со следующими факторами: перфорация кишки на уровне опухоли, обнаружение опухолевых клеток при цитологическом исследовании лаважных смывов из брюшной полости, наличие у больного опухоли толстой кишки с инвазией стенки T3-T4. Однако отсутствие рандомизированных исследований, позволяющих научно обосновать целесообразность и эффективность проведения профилактической интраоперационной внутрибрюшной химиотерапии у больных КРР с индексом T4, диктует необходимость проведения последних.

Цель исследования. Научное обоснование применения интраоперационной внутрибрюшной химиотерапии (ИБВХТ) у пациентов с раком ободочной кишки с индексом прорастания кишечной стенки T4.

Материалы и методы. В рамках проспективного рандомизированного исследования планируется набор 120 пациентов с раком ободочной кишки cT4N0-2M0 (по седьмой версии международной классификации TNM): 60 пациентам основной группы будет выполняться клинически радикальное оперативное вмешательство, по завершении которого осуществляется ИБВХТ, 60 пациентам контрольной группы после операции ИБВХТ проводится не будет. Всем исследуемым будет выполняться орошение брюшной полости физиологическим раствором после лапаротомии и интраоперационной ревизии в обеих группах, в основной группе по завершении операции проводится ИБВХТ с последующим лаважом брюшной полости и его иммунологическим исследованием. В контрольной группе после выполнения хирургического вмешательства пациенту также проводится лаваж брюшной полости. В настоящее время для характеристики

клеток КРР используется ряд поверхностных маркеров, одним из которых является CD133 – антиген стволовых клеток мезенхимального роста, позволяющий идентифицировать раковые стволовые клетки.

Результаты. В настоящий момент в исследование включено 11 пациентов, из которых было 4 мужчин и 7 женщин. Средний возраст составил $63 \pm 14,7$ лет. Пять пациентов были рандомизированы в основную группу, шесть – в контрольную. Опухоли располагались в сигмовидной кишке у 2 больных основной группы и у 4 пациентов контрольной, в нисходящей ободочной кишке в одном наблюдении в контрольной группе, в поперечной ободочной кишке – по 1 случаю в каждой из групп, в слепой кишке – в 2 наблюдениях в основной группе. Глубина инвазии (ГИ) кишечной стенки T3 у пациентов основной группы отмечена в 1 случае, контрольной группы – в 3, индекс T4a была отмечен у 2 больных основной группы, в контрольной группе у 1 больного, ГИ T4b зафиксирована у 2 больных основной группы и у 2 больных контрольной группы. Максимальное количество пораженных лимфатических узлов в основной группе составило 24, в контрольной – 5, минимальное количество в основной группе составило 9, в контрольной – 0. Недифференцированный рак выявлен у одного больного основной группы, низкодифференцированная аденокарцинома обнаружена у 2 пациентов основной группы и у 1 пациента контрольной группы, умеренно дифференцированная – у 2 больных основной группы и у 5 контрольной группы. В основной группе отмечено снижение экспрессии маркера CD133 с $11,9 \pm 2,5\%$ (до проведения химиотерапии) до $6,4 \pm 4,5\%$ (после проведения химиотерапии). В контрольной группе прослеживается обратная картина: уровень экспрессии CD133 повышается с $6,9 \pm 4,7\%$ до $13,79 \pm 6,3\%$.

Выводы. Согласно полученным данным снижение экспрессии CD133 под действием ИВБХТ может свидетельствовать о подавлении функциональной активности опухолевых клеток в результате лечения.

Однако ввиду небольшого количества выборки этот факт требует дальнейшего изучения.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНОГО
СУПРАОРБИТАЛЬНОГО KEYHOLE ДОСТУПА В ХИРУРГИИ
ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

Салямова Э.И., аспирант кафедры нейрохирургии,

Поляков А.В., аспирант кафедры нейрохирургии

Руководитель: Древаль О.Н., д.м.н., проф., заведующий кафедрой
нейрохирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Использование традиционных доступов к интракраниальным объемным образованиям сопровождается обнажением большой площади коры головного мозга. В результате мозговые структуры, не являющиеся непосредственной целью оперативного вмешательства, в течение операции находятся в нефизиологических условиях: в прямом контакте с воздухом, ватниками, растворами для ирригации, под освещением операционной лампы, что повышает травматичность оперативного вмешательства и обуславливает риск развития послеоперационных осложнений. В связи с этим целью данного исследования явилось применение минимально-инвазивного супраорбитального keyhole доступа в хирургии интракраниальных объемных образований.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2018гг. в ГКБ им. Ф.И. Иноземцева минимально-инвазивный keyhole доступ был выполнен 40 пациентам: у 16 пациентов (42%) были верифицированы внутримозговые опухоли плюса лобной доли кортикальной и субкортикальной локализации, у 24 (58%) – внемозговые объемные образования основания передней черепной ямки. На основании данных нейровизуализации проводили оценку локализации и размеров опухоли, выраженности отечно-дислокационного

синдрома, индивидуальных анатомических особенностей (глубина ольфакторной ямки, степень пневматизации переднего наклоненного отростка, размеры лобных пазух). При отборе пациентов для данного вида хирургии учитывались также особенности лицевой анатомии и неврологический статус. При планировании оптимального хирургического маршрута и для интраоперационной разметки границ лобной пазухи рутинно использовалась система нейронавигации. Эндоскопическая ассистенция для визуализации недоступных обзору микроскопом пространств, улучшения освещенности операционного поля, контроля резидуальной части опухоли была применена у 18 (45%) больных. Для повышения радикальности удаления внутримозговых опухолей опционально использовали интраоперационную флюоресценцию с использованием 5-аминолевулиновой кислоты.

Результаты. Удаление немозговых объемных образований было осуществлено по Simpson II у 23 (96%) больных, у 1 (4%) – Simpson III. Удаление глиом и метастазов лобной доли было осуществлено тотально в 11 (69%) наблюдениях и субтотально в 5 (31%) наблюдениях. Вскрытие лобной пазухи отмечено у 2 (5%) пациентов. Инфекционных осложнений, послеоперационной ликвореи, нарастания неврологической симптоматики, повторных оперативных вмешательств в нашей серии не было. Средняя продолжительность госпитализации составила 7 койко-дней (от 4 до 11 койко-дней). Средняя длительность операции – 144 минуты. Средний объем кровопотери – 124 мл (от 30 мл до 200 мл).

Выводы. Применение минимально-инвазивных доступов в хирургии интракраниальных объемных образований сопряжено с рядом ограничений: невозможность использования нейрофизиологического мониторинга, необходимость манипулирования микрохирургическим инструментарием в условиях узкого операционного поля с недостаточным освещением определенных интракраниальных пространств. Однако при тщательном отборе пациентов на основании клинико-инструментальных данных с учетом

индивидуальных анатомических особенностей использование данной методики позволяет минимизировать риск развития доступ-ассоциированных осложнений, улучшить функциональные и косметические результаты хирургии. Сокращение сроков госпитализации, ранняя реабилитация после операции позволяет пациентам с глиомами и метастазами в кратчайшие сроки приступить к адъювантной химио-, лучевой терапии.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГОНАД ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА С РАЗНЫМИ ВАРИАНТАМИ ДИСГЕНЕЗИИ

Санникова Е.С., аспирант кафедры детской эндокринологии

Руководитель: Самсонова Л.Н., д.м.н., проф., заведующая кафедрой детской эндокринологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Цель исследования. Оценить функциональное состояние гонад пациентов с нарушением формирования пола (НФП) с разными вариантами дисгенезии гонад.

Материалы и методы. В исследование было включено 27 детей с НФП с дисгенезией гонад с рождения до 9 лет. По результатам цитогенетического и молекулярно-цитогенетического анализа пациенты были разделены на 2 группы – НФП 45,X/46,XY (n=17) и НФП 46,XY (n=10). Критерии дисгенезии гонад: мозаицизм 45,X/46,XY, наличие дериватов Мюллера протока при кариотипе 46,XY.

Проведена оценка строения наружных (шкала External Masculinization Score, EMS, диапазон 0-12, n=27) и внутренних гениталий (ультразвуковое исследование органов малого таза, n=27, диагностическая лапароскопия,

n=25), гормональных показателей в период мини-пубертата (лютеинизирующий гормон, ЛГ, n=14, фолликулостимулирующий гормон, ФСГ, n=15, ингибин В, n=9), в мини-пубертатном и нейтральном периодах (тестостерон в ходе стимуляции хорионическим гонадотропином, ΔТ, n=22, антимюллеров гормон, АМГ, n=24)

Результаты. Причиной обращения всех пациентов было неправильное строение наружных гениталий.

Анализ возраста постановки диагноза показал, что в возрасте до 1 месяца диагноз установлен у 60% (6/10) детей в группе с мозаицизмом и у 76% (13/17) детей с парциальной формой дисгенезии гонад (p=0,31).

Мужской пол воспитания выбран у 76% пациентов в группе детей с мозаицизмом vs 60% с парциальной формой дисгенезии гонад (p=0,31).

Медиана (Me) степени маскулинизации по EMS составила 4,5 [1;10] у пациентов с мозаицизмом и 1,25 [1;5] - с НФП 46,XY (p=0,033).

При оценке гипофизарно-гонадной системы высокие значения ФСГ получены у 60% (3/5) пациентов с НФП 46,XY и у 10% (1/10) пациентов с НФП 45,X/46,XY (p=0,07), а ЛГ у 60% (3/5) vs 11% (1/9) соответственно (p=0,09).

При оценке функционального состояния гонад в группах с парциальной формой дисгенезии и мозаицизмом Me АМГ 41,15 vs 16,77 нг/мл (p=0,049), Me ΔТ 4,93 vs 9,47 нмоль/л (p=0,047), Me ингибина В составила 165,1 vs 64,8 пг/мл (p=0,32).

Выводы. Таким образом, пациенты с НФП 45,X/46,XY в сравнении с НФП 46,XY, парциальной дисгенезией гонад имеют более сохранную функцию гонад и более выраженную степень маскулинизации наружных половых органов, что следует учитывать при реабилитации этой группы пациентов.

ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Саранина К.А., ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Крамарский В. А., д.м.н., проф., член РАЕН, профессор
кафедры акушерства и гинекологии

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Иркутск

Цель исследования. Оценить течение беременности и исходы родов у женщин позднего репродуктивного возраста в условиях ОГАУЗ ИГПЦ г. Иркутска. Определить наиболее часто используемый метод родоразрешения, провести анализ оперативных родов и показаний к ним.

Материалы и методы. Ретроспективное исследование течения беременности и исходов родов у 100 женщин в возрасте от 40 до 51 лет, поступивших в ОГАУЗ Перинатальный центр г. Иркутска за период с января по декабрь 2017 года. Критерием включения в исследование были женщины позднего репродуктивного возраста, от 40 лет, состоявшие на учёте в женской консультации, прошедшие полный стандарт обследований, регламентированных Приказом Минздрава РФ от 01.11.2012 N-572. Критерием исключения явились необследованные женщины, не состоявшие на учёте по беременности в женской консультации.

Результаты. Средний возраст обследованных женщин составил 44 года. Течение беременности исследуемой группы было осложнено следующей патологией: преэклампсия умеренно выраженная - 14% (n=14), гестационная артериальная гипертензия - 15% (n=15), анемия беременных лёгкой степени - 32% (n=32). Роды через естественные родовые пути отмечены у 69% (n=69), из них - первородящие составили 24,6% (n=17), повторнородящие - 75,4% (n=52). Роды в головном предлежании были у 85,5% (n=59), в тазовом предлежании у 14,5% (n=10). Осложнения в третьем периоде родов отмечены у 8,6% (n=6) при естественных родах, при этом встретилось полное плотное прикрепление последа в 4,3% (n=3) случаев и

разрыв промежности 2 и 3 степени в 4,3% (n=3) случаев. Оперативные роды путём операции кесарева сечения составили 31% (n=31). Показания к оперативному родоразрешению - рубец на матке после кесарева сечения в сочетании с преэклампсией умеренно выраженной в 45,7% (n=14) случаев, тазовое предлежание в сочетании с крупным плодом в 16,3% (n=5), разрыв промежности III степени в предыдущих родах - 6.5% (n=2), дистресс плода - 9,7% (n=3), полное предлежание плаценты - 9.7% (n=3), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - 9.7% (n=3), эклампсия HELLP синдром - 3.2% (n=1),

Выводы. В позднем репродуктивном возрасте течение беременности чаще всего осложняется присоединением анемии легкой степени 32%. Наиболее часто роды протекают через естественные родовые пути в головном предлежании 85,5%. Процент родоразрешения путем операции кесарева сечения в условиях ОГАУЗ ИГПЦ у данной исследуемой группы составил 31%, при этом основным показанием явился рубец на матке в сочетании с относительными показаниями.

АНОМАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Саргсян Н.А., Авакян С.К., студенты 6 курса

Руководитель: Е.В.Сибирская д.м.н., проф., главный детский гинеколог г. Москвы, заведующая отделения детской гинекологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»

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

Цель исследования. Описать механизмы развития и варианты течения, лечения аномального маточного кровотечения пубертатного периода (далее – АМКПП).

Материалы и методы. Проведен обзор литературы за последние 10 лет, по ключевым словам: аномальное маточное кровотечение пубертатного периода, анемия у девочек-подростков.

Результаты. При АМКПП в отличие от АМК у женщин значительно быстрее появляются и прогрессируют постгеморрагические анемии, что абсолютное показание для госпитализации. Так как сведения о системе гемостаза при АМКПП в литературе немногочисленны, необходимо учитывать и состояние свертывающей системы (дефицит фактора фон Виллебранда, дефицит фактора XI, болезнь Глассмана, апластическая анемия, и др.), при этом маточные кровотечения являются лишь одним из симптомов в составе геморрагического синдрома.

Таким образом, лечение включает консервативную симптоматическую терапию и хирургическое лечение. В соответствии с международными клиническими рекомендациями по лечению АМКПП наиболее целесообразным и оправданным стало применение монофазных комбинированных низкодозированных эстроген-гестагенных препаратов.

Выводы. Итак, АМКПП на сегодняшний день остается актуальной и серьезной проблемой. В пубертатном периоде еще не сформирован должным образом цирхориальный ритм выделения релизинг-гормонов вследствие незрелости гипофизарных структур гипоталамуса, поэтому нельзя исключить, что причиной заболевания является отсутствие положительной обратной связи циклического образования и выделения гонадотропинов. Неупорядоченный выброс ФСГ и ЛГ приводит к нарушению фолликулогенеза в яичниках и возникновению маточного кровотечения. Для уточнения нарушений в системе гемостаза при АМКПП необходимо использовать скрининговые исследования состояния гемостаза (определение

времени кровотечения, количества тромбоцитов, протромбинового времени и др.).

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЛЕГОЧНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ

Сафонова Т.Д., клинический ординатор кафедры рентгенологии и
радиологии

Руководитель: Шейх Ж.В., д.м.н., профессор кафедры
рентгенологии и радиологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель работы. Изучить КТ-семиотику аутоиммунного поражения легких и выявить характерные для гранулематоза с полиангиитом (ГПА) рентгенологические паттерны.

Материал и методы. Обследовано 46 пациентов с поражением легких при ГПА, лечившихся в 2007-18 гг. стационарно в ГКБ им. С.П. Боткина, г. Москва, из них 23 (50%) мужчины и 23 (50%) женщины в возрасте от 15 до 78 лет, средний возраст 36,5 лет. Первичных случаев заболевания – 32 (69%), рецидивов ГПА – 14 (31%). Всего выполнено 88 КТ органов грудной клетки на компьютерном томографе GE HiSpeed Dual. Результаты верифицированы данными комплексного клиничко-лабораторного обследования с определением активности сывороточного уровня антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА), С-реактивного белка, прокальцитонина, пентраксина-3, матриксных металлопротеиназ. У 18 пациентов КТ проводилась в динамике для оценки эффективности лечения и своевременного выявления инфекционных осложнений.

Результаты. Среди отдельных КТ-признаков поражения легких при ГПА наиболее частыми и специфичными являлись очаги и округлые инфильтраты – 31 (67%) пациент. Изменения были множественными, поражали оба легких, располагались преимущественно в субплевральных

отделах, размеры варьировали от 2 мм до 3 см. Симптом «матового стекла» выявлен у 26 (56%) пациентов, он наблюдался во всех отделах легких и соответствовал васкулиту в форме пневмонита или альвеолярному кровоизлиянию. У 20 (43%) пациентов обнаружены двусторонние участки консолидации легочной ткани клиновидной формы, преимущественно в периферических отделах. У 14 (30%) пациентов в очагах более 20 мм выявлены полости деструкции размерами 10-15 мм, у 13 (29%) – плевральный выпот объемом от 50 мл до 2,0 л. Расширение просветов бронхов с утолщением стенок обнаружено у 8 (17%) пациентов, симптом «гало» – у 6 (13%), обратного «гало» – также у 6 (13%) пациентов. Как правило, поражение легких носило полиморфный характер за счет сочетания двух (у 15 больных – 33%) или трех и более (у 25 больных – 54%) КТ-симптомов. Мономорфное поражение легкого с единственным КТ-симптомом встречалось редко – у 6 (13%) больных. Наиболее часто сочетались очаговые изменения и участки консолидации легочной ткани в сочетании с плевральным выпотом. Чувствительность всего симптомокомплекса в диагностике ГПА составила 79,1%, специфичность – 64,3%, точность – 87,7%. Сопутствующая патология выявлена у 10 (22%) пациентов: лёгочная микст-инфекция – у 6 (13%), пневмоцистная пневмония – у 2 (4%), микоплазменная пневмония и кандидозное поражение лёгких – по 1 (2%) больному.

Выводы. Разработанный комплекс КТ-симптомов позволяет с высокой вероятностью диагностировать поражение легких при ГПА и проводить дифференциальную диагностику с заболеваниями легких другой этиологии, а также выявлять сопутствующие инфекционные легочные осложнения. Контрольные КТ исследования дают возможность своевременно оценивать эффективность проводимой терапии и проводить коррекцию лечебной тактики.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕТРОМУСКУЛЯРНОЙ И ТС-ПЛАСТИКИ ПРИ СРЕДИННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Секретарев В.Э., ординатор кафедры хирургии

Руководитель: Привалов Ю.А., д.м.н., заведующий кафедрой хирургии
ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Иркутск

Цель исследования. Изучить результаты лечения пациентов со срединными послеоперационными вентральными грыжами при ретромускулярном расположении протеза и ТС (two-cordlike)—пластике.

Материалы и методы. В проспективное исследование включены 136 пациентов со срединными послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ). Отбор пациентов проводили по следующим критериям: лица мужского и женского пола от 18 до 80 лет, которым проводили плановое оперативное вмешательство по поводу первичной срединной ПОВГ со свободным без натяжения сведением краев грыжевого дефекта, с размерами грыжевых ворот W2 и W3 (SWR-classification, 1999). Критериями исключения являлись рецидивные ПОВГ, тяжелая соматическая патологии и онкологические заболевания. У 69 пациентов группы клинического сравнения (ГКС) выполнена пластика грыжевых ворот с ретромускулярным (sublay retromuscular) расположением сетчатого полипропиленового протеза. 67 пациентам основной группы (ОГ) выполнена ТС – пластика. Критериями оценки являлись длительность операции, частота ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений, качество жизни через 2 года после операции.

Статистическая обработка результатов исследования произведена с помощью пакетов программы Statistica for Windows 6.1.

Результаты. При оценке длительности операции отмечено, что ТС-пластика существенно увеличивает скорость выполнения вмешательства. При выполнении пластики с ретромускулярным расположением сетки время

операции составило $90,2 \pm 15,2$ мин. При использовании ТС-пластики время вмешательства составило $40,3 \pm 12,1$ мин. В ГКС отмечено 8 (11,6%) случаев ранних послеоперационных осложнений. В ОГ отмечено 3 (4,5%) послеоперационных осложнения в виде сером, которые были излечены пункционным методом. Выявлен один рецидив ПОВГ в ГКС в отдаленные сроки после оперативного лечения. При использовании ТС-пластики поздних осложнений и рецидивов не отмечено. Летальных исходов не было. Качество жизни пациентов после протезирующих пластик не различалось.

Выводы. Вариант ТС-пластики сохраняет все преимущества операций при срединных послеоперационных вентральных грыжах с использованием сетчатых протезов и имеет ряд превосходств по сравнению с пластикой sub-lay. Операция менее травматична, поскольку требуется меньшее по площади ложе для размещения протеза, что обуславливает лучшие ближайшие и отдаленные результаты лечения.

СЛОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКОГО

СИНДРОМА В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сергеева К.А., ординатор 2-го года обучения, кафедра гастроэнтерологии

Руководитель: Лоранская И.Д., д.м.н., проф., заведующая кафедрой

гастроэнтерологии, декан терапевтического факультета

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Введение. Отечно-асцитический синдром в гастроэнтерологической практике встречается достаточно часто. Причинами отечно-асцитического синдрома являются: цирроз печени; острый алкогольный гепатит; цирроз-рак; злокачественные опухоли органов брюшной полости и малого таза и др. Нередкой причиной отечно-асцитического синдрома у женщин является рак яичников. В диагностике рака яичников используют определение в

сыворотке крови уровня специфического опухолевого антигена СА-125. Чувствительность СА-125 – 77,8%, специфичность 61,4% .

Клинический случай. Больная Ж., 49 лет. Работает медицинской сестрой, вредные привычки отрицает. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад проходила лечение в пульмонологическом отделении стационара г.Москвы с диагнозом: Хроническая обструктивная болезнь легких, обострение. ДН 1 ст. Нарушение белково-синтетической функции печени. Гипоальбуминемия. Отечный синдром.

При поступлении предъявляет жалобы на увеличение живота в объеме, одышку в покое, отеки нижних конечностей, слабость, снижение веса на 10 кг за последние 3 месяца.

Объективно состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное, телосложение – астеническое. Кожные покровы бледные, молочные железы развиты соответственно полу и возрасту. Периферические отеки стоп и до верхней трети голеней. При аускультации легких: дыхание жесткое, сухие хрипы в нижних отделах обоих легких. Частота дыхания – 17 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. ЧСС – 76 уд/мин, АД – 120/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Объем живота 99 см. Пальпация печени и селезенки затруднена в связи с асцитом. Стул полуоформленный до 3-4 раз в сутки. Результаты лабораторно - инструментальных обследований: общий анализ крови: Hb – 91 г/л, Ht – 26, эритроциты – $2,46 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,2 \times 10^9/л$, тромбоциты $149 \times 10^9/л$. В биохимическом анализе крови: общий белок – 55 г/л (N 64-85), альбумин – 12 г/л (N 38-48), креатинин – 176 (N 53-115), ЛДГ – 473 Е/л (N –0-38), ЩФ – 225 Е/л (N 50-128), ГГТП - 473 Е/л (N 0-38), общий и прямой билирубин, амилаз, АСТ, АЛТ – в пределах нормы. Онкомаркеры: СА-125 до 1226,2 U/ml (N –0-35), АФП – 1,88 нг/мл (N).УЗИ органов брюшной полости: признаки диффузных изменений печени и поджелудочной железы. Признаков портальной гипертензии не выявлено. По Эхо-КГ и ЭКГ данных за кардиогенный генез и отеков нет. УЗИ почек и мочевого пузыря, органов

малого таза-патологии не выявлено. Проведена ЭГДС - признаки хронического гастрита. Гепатобилисцинтиграфия - признаков патологии печени нет, МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, МРТ малого таза признаков заболевания печени и яичников не выявлено. На фоне проводимой диуретической, метаболической, антибактериальной терапии отмечалось ухудшение состояния в виде нарастания отечно-асцитического синдрома. Принято решение о выполнении диагностической лапароскопии. Установлен диагноз: микронодулярный цирроз печени. Патоморфологическое исследование подтвердило диагноз. Несмотря на проводимую терапию в связи нарастанием печеночно-почечной и сердечной недостаточности пациентка скончалась. Установлен патологоанатомический диагноз: Цирроз печени алиментарного генеза класс В по Чайлд-Пью. Осложнения: Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, варикозное расширение вен пищевода). Почечно-печеночная недостаточность. Анемия средней степени тяжести.

Выводы. Данный случай наглядно демонстрирует, что отсутствие анамнестических данных о злоупотреблении алкоголя, явных клинических и инструментальных признаков цирроза печени, ложноположительного онкомаркера СА-125 затрудняло верификацию диагноза у данной больной.

ФАКТОРЫ РИСКА, СТРУКТУРА И ЭТИОЛОГИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Скрипченко Д.В., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Кузнецов Роман Эдуардович, д.м.н., доцент кафедры
акушерства и гинекологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Воспалительные заболевания органов малого таза (далее - ВЗОМТ) являются наиболее распространенной нозологией в структуре

гинекологической заболеваемости, актуальность проблемы обусловлена не только высокими экономическими затратами, но развитием осложнений, таких как бесплодие, эктопическая беременность, синдром хронических тазовых болей, дисфункциональные маточные кровотечения, генерализация воспалительного процесса, сепсис, вплоть до летального исхода. Видоизменение клинической картины с преобладанием субклинически протекающих форм, со смазанной симптоматикой обуславливает сложность своевременной диагностики ВЗОМТ. По современным литературным данным, этиологическая структура ВЗОМТ трансформируется в сторону снижения роли инфекций, передаваемых половым путем, наряду с широким распространением смешанных бактериальных инфекций, в том числе, ассоциированных с бактериальным вагинозом.

Цель исследования. Уточнить ведущие факторы риска развития воспалительных заболеваний органов малого таза, их нозологическую и этиологическую структуру.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе 22 и 23 гинекологических отделений ГКБ им. Боткина. В него с 2016г. по настоящее время, было включено 109 пациенток с ВЗОМТ, включающих группы острых и деструктивных форм. Ведущими методами являлись: клинический, бактериологический, морфологический, статистический, инструментальной диагностики.

Результаты. Из 109 пациенток с ВЗОМТ острые формы воспаления, без вторичных изменений органов малого таза выявлены в 56 наблюдениях. Их средний возраст составил 20 ± 4 года. В 31 наблюдении имелись осложненные формы ВЗОМТ с формированием пиосальпинкса, пиовара, гнойных tuboовариальных образований. Средний возраст составил 30 ± 5 лет. Септические осложнения и/или полиорганная недостаточность наблюдались у 22 пациенток, что составило 20% среди общего числа госпитализированных с ВЗОМТ. Из числа пациенток с септическими осложнениями отдельно сформирована группа «near miss» из 4 наблюдений

(18%), характеризующаяся развитием тяжелого сепсиса, полиорганной недостаточности, как следствие тяжести течения инфекционной патологии и неадекватным ответом на антибактериальную терапию. Бактериологический анализ в группах наблюдений подтверждает разнообразие микробиоты с преобладанием грамотрицательной флоры, причем в 40 % наблюдений отмечены микст-инфекции.

Выводы. Острые формы ВЗОМТ чаще встречались у пациенток раннего репродуктивного возраста, в то время как осложненные их формы характерны для пациенток старшей возрастной группы. Факторами риска развития ВЗОМТ для пациенток раннего репродуктивного возраста явились: частая смена половых партнеров, отсутствие барьерной контрацепции, для пациенток среднего и позднего репродуктивного возраста ведущим фактором риска оказалось ношение ВМК. Преобладание деструктивных форм ВЗОМТ среди госпитализированных в стационар обусловлена недостаточной эффективностью проводимого лечения на амбулаторном и догоспитальном этапе. Микст-вариант инфицирования усиливает патогенное воздействие на организм, что затрудняет подбор адекватной антибиотикотерапии и диктует необходимость коррекции терапии в условиях многопрофильного стационара с его лечебно-диагностическими возможностями.

СИНДРОМ ПРОТЕЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Стожкова И.В., ординатор кафедры оториноларингологии

Руководитель: Косяков С.Я., д.м.н., проф., заведующий кафедрой
оториноларингологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение. Синдром Протея – это редкое, врожденное заболевание, которое характеризуется пороками развития и чрезмерным разрастанием различных тканей, нарушающим пропорциональность и симметричность

тела. Из-за небольшой встречаемости в популяции синдром до сих пор не до конца изучен (по данным различных авторов, частота встречаемости колеблется в пределах $1:10^6$ – $1:10^7$ человек). В зарубежной литературе описаны единичные случаи вовлечения в процесс ЛОР-органов. Редкость выявления данной нозологии говорит как о сложности диагностики, так и о неосведомленности врачей о таких пациентах.

Клинический случай. Пациент М., 18 лет, с установленным диагнозом «Синдром Протея» обратился с жалобами на слизисто-гнойные выделения из левого уха. При внешнем осмотре обращала на себя внимание асимметрия тела, особенно справа, деформация грудной клетки, диспропорциональность нижних конечностей, увеличение пропорции головы относительно туловища, а также изменения костей черепа (слева - выраженная сочетанная деформация челюстей, массивная гиперплазия скулового отростка верхней челюсти и ветви нижней челюсти). Во время общения с врачом, пациент принимал такое положение, чтобы придерживать голову рукой, одновременно немного прикрывая деформированную часть лица.

С возраста 1 года пациент перенес 6 операций по удалению лимфангиом, гемлимфангиом и ангиокератом тела и нижних конечностей, в возрасте 12 и 13 лет - две saniрующие операции на левом ухе по поводу холестеатомы полости среднего уха (операции проводились в Израиле). Затем в возрасте 15 лет выполнена очередная saniрующая операция с тимпанопластикой на левом ухе на базе ЦКБ Гражданской авиации. В ходе операции проведено моделирование полости, оставшейся от предыдущих вмешательств, плохо контролируемой из-за оставленных или же вновь разросшихся костных выступов. В течение 3 лет после операции полость была контролируема. Однако, в начале 2017 г. отметилось резкое разрастание костей черепа слева с полной облитерацией просвета наружного слухового прохода. Пациенту было предложено хирургическое лечение и получено его согласие. Помимо наличия врожденной патологии, сложность случая заключается в повышенном риске преждевременной смерти, обычно

вызванном тромбозом глубоких вен, тромбоэмболией легочной артерии и пневмонией. Пациент прошел тщательную подготовку перед операцией.

Под эндотрахеальным наркозом была выполнена операция по моделированию наружного слухового прохода с дальнейшей ревизией послеоперационной полости эндауральным доступом. Пациент быстро реабилитировался после оперативного вмешательства, вернулся к обычному образу жизни. Из-за повышенного риска осложнений, а также невозможности самостоятельного тщательного ухода за послеоперационной раной, пациент находился под динамическим контролем в условиях стационара. Через 3 недели после операции гемостатические материалы и полоски медицинского силикона, фиксирующие отсепарованный и смоделированный кожный лоскут, были удалены. При осмотре наружный слуховой проход и полость контролируются во всех отделах, полностью эпителизированы.

Выводы. Мы имеем положительный опыт наблюдения и лечения такой редкой наследственной патологии, как синдром Протея. Данная нозология может встретиться практикующему врачу, что свидетельствует о необходимости более подробного освещения и изучения проблемы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕНОТИПОВ И ФЕНОТИПОВ ИЗОНИАЗИД-МЕТАБОЛИЗИРУЮЩЕГО ФЕРМЕНТА NAT2 У ЯКУТСКИХ И РУССКИХ ПАЦИЕНТОВ, БОЛЕЮЩИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Суворова О.А., студентка

Руководитель: Иващенко Д.В., к.м.н., доцент кафедры детской психиатрии и психотерапии

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет)

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Целью нашего исследования было установление распространенности полиморфных типов гена NAT2 среди якутов и русских, проживающих в Республике Саха (Якутия), и русских, проживающих в Московской области.

Материалы и методы. Было обследовано 158 пациентов: 50 - якуты, 41 - русские (Якутская область), 67 - русские (Московская область). От каждого пациента получено 5 мл венозной крови для генотипирования. При помощи ПЦР в реальном времени проведено генотипирование 6 полиморфных вариантов NAT2: 3 медленных (NAT2T341C*5, NAT2G590A*6, NAT2G857A*7) и 3 быстрых (NAT2C481T*11, NAT2A803G*12, NAT2C282T*13). Был выполнен расчет соответствия равновесию Харди-Вайнберга, а также статистический анализ с использованием программы SPSS Statistics 20, для которого был рассчитан критерий хи-квадрат.

Результаты. Статистически значимые различия были выявлены между якутами (Я) и русскими из Якутии (РЯ) и из Московской области (РМ) в распространенности следующих полиморфизмов NAT2: NAT2*5 (Я - 32,00%; РЯ - 80,50%; РМ - 61,20%; $p = 0,0001$); NAT2*11 (Я - 34,00%; РЯ - 78,00%; РМ - 56,70%; $p = 0,0001$); NAT2*12 (Я - 34,00%; РЯ - 82,90%; РМ - 58,20%; $p = 0,0001$), которые чаще встречаются у россиян. Среди распространенности других полиморфизмов существенных различий не выявлено: NAT2*13 ($p = 0,756$); NAT2*6 ($p = 0,415$); NAT2*7 ($p = 0,205$). Также были установлены статистически значимые различия в распространенности следующих фенотипов: быстрый (Я - 26,00%; РЯ - 0,00%; РМ - 9,00%; $p = 0,0001$) и медленный (Я - 20,00%; РЯ - 63,40%; РМ - 55,20%; $p = 0,0001$): быстрые ацетиляторы чаще встречаются среди якутов.

Выводы. Выявлена различная распространенность полиморфизмов NAT2 и фенотипов NAT2 у якутов и русских, проживающих в Якутии и Московской области. Следовательно, использование изониазида у якутов может быть связано с более высоким риском недостаточного ответа на

терапию стандартной суточной дозой изониазида. Требуется расширять выборку для повышения релевантности результатов.

- Т -

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БИЛАТЕРАЛЬНОЙ НЕФРОБЛАСТОМОЙ

Темный А.С., ординатор кафедры детской онкологии;

Шарапова Е.В. врач детский онколог научно-консультативного отделения

НИИ детской онкологии и гематологии

Руководитель: Поляков В.Г., д.м.н., проф., академик РАН, заведующий
кафедрой детской онкологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Улучшение результатов лечения детей, больных билатеральной нефробластомой.

Материалы и методы. За период с 1990 по 2018 гг. в хирургическом отделении опухолей торако-абдоминальной локализации НИИ ДОГ находилось на обследовании и лечении 75 детей, у которых была диагностирована билатеральная нефробластома. У всех пациентов диагноз был подтвержден морфологически. Основной пик заболеваемости билатеральной нефробластомой приходится на возрастной период от 3 до 5 лет — 41 (54,7%) ребенок. Хирургическое лечение получил 71 из 75 детей. Четверо детей не были оперированы в связи с прогрессированием основного заболевания на фоне проводимого лечения. Большинству детей — 54 (76,1%) хирургическое лечение провели в два этапа, сначала на менее пораженной опухолью почке, затем — на контрлатеральном органе. 17 пациентам (23,9%) оперативное вмешательство выполнено в один этап.

Результаты. Медиана наблюдения всех пациентов составила 28 мес. Медиана безрецидивной выживаемости — 26 мес. (10–60 мес.). В группе двухэтапных операций (54 больных) эти показатели составили 29 мес. и 28 мес. соответственно. В группе одномоментных операций (17 больных) — 26 мес. и 25 мес. Общая двухлетняя выживаемость больных билатеральной нефробластомой составила 86,5%. Двухлетняя безрецидивная выживаемость — 83,6 %.

Общая и безрецидивная двухлетняя выживаемость больных билатеральной нефробластомой, которым выполнено хирургическое лечение в два этапа, составила 91,2%, и 88,5% соответственно. В группе больных, которым оперативное вмешательство выполнено одномоментно, общая двухлетняя выживаемость составила 92%, безрецидивная — 88,2%. После 3-летнего срока наблюдения отмечено достоверно улучшение выживаемости в группе одномоментных операций ($p=0,001$).

Повторные операции по поводу местного рецидива выполнены 6 больным. Четверо из них получили лечение по противорецидивной программе ПХТ после повторной операции и находятся на динамическом наблюдении более 2 лет, 2 пациента умерли от прогрессирования основного заболевания.

Таким образом, из 75 детей, лечившихся в период с 1990 по 2018 гг., живы к настоящему времени 73, причем 58 (77%) детей без признаков рецидива заболевания.

Выводы. Правильный алгоритм диагностики и современная стратегия терапии позволили улучшить общую выживаемость детей больных билатеральной нефробластомой.

УНИКАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: БИЛАТЕРАЛЬНАЯ НЕФРОБЛАСТОМА У ВСЕХ ДЕВОЧЕК ИЗ МОНОХОРИАЛЬНОЙ ТРИАМНИОТИЧЕСКОЙ ТРОЙНИ

Темный А.С., ординатор кафедры детской онкологии;
Шарапова Е.В. врач детский онколог научно-консультативного отделения
НИИ детской онкологии и гематологии
Руководитель: Поляков В.Г., д.м.н., проф., академик РАН, заведующий
кафедрой детской онкологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Клинический случай. Дети (Е), (У), (М) (27.07.2014 г.р.) госпитализированы в НИИ ДОиГ ФГБНУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина с диагнозом билатеральная нефробластома (НБ), V стадия. Дети от четвертой многоплодной недоношенной беременности, протекавшей на фоне отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза. Из анамнеза болезни: в апреле 2015 г. мама отметила у младшего (третьей из тройни) ребенка увеличение размеров живота и плотное образование в правой его половине. При обследовании по месту жительства (УЗВТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства) поставлен диагноз: опухоль печени. Обследованы все дети из тройни (РКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства св/в контрастированием), выявлены объемные образования обеих почек у всех девочек. Для определения тактики дальнейшего лечения с диагнозом: поликистоз почек? нефробластома? направлены в РОНЦ им. Н.Н. Блохина. В мае 2015 г. дети поступили в хирургическое отделение №2 опухолей торако-абдоминальной локализации РОНЦ им. Блохина. Состояние при поступлении у всех детей тяжелое, обусловлено местным распространением основного заболевания (массивным объемным образованием обеих почек), выраженными симптомами опухолевой интоксикации. У двух девочек диагностирована (по данным РКТ) двусторонняя полисегментарная пневмония с явлениями ДН I-II степени. При пальпации живота у всех детей определялись объемные образования в правой и левой половинах, плотной консистенции, безболезненные, умеренно подвижные. В клиническом анализе крови обращали внимание: анемия (Е-

92г/л, У-86г/л, М-80г/л), лейкоцитоз (М $32 \cdot 10^9$ /л, Е $23 \cdot 10^9$ /л, У $12 \cdot 10^9$ /л). Обследования, проведенные в НИИ ДОиГ: УЗВТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, РКТ органов грудной клетки, РКТ ОБП и забрюшинного пространства св/в контрастированием, динамическая реносцинтиграфия, тонкоигольная пункция опухолей, анализ крови на наличие гена поликистоза и мутации гена WT1 и WT2. После цитологической верификации диагноза проведен курс ПХТ по протоколу лечения НБ препаратами винкристин 1 мг/м^2 1, 2, 3, 4 недели; актиномицин-Д 33 мкг/кг 1, 3 недели. Отмечена стабилизация процесса. Ввиду невозможности выполнения хирургического этапа лечения, ПХТ усилена доксорубицином 30 мг/м^2 , после чего положительной динамики, также, не зарегистрировано. Согласно протоколу, проведена ПХТ препаратами 2-й линии: этопозид 100 мг/м^2 в 1-3 дни; карбоплатин 130 мг/м^2 в 1-3 дни. При контрольном обследовании (РКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства) положительной динамики не отмечено. На консилиуме врачей НИИ ДОиГ с привлечением сотрудников РНЦХ им. Петровского, института трансплантологии им. В.И.Шумакова и, ДГКБ им. Св. Владимира обсуждался вопрос о потенциальной двусторонней нефрэктомии у одного ребенка, имеющего максимальный объем поражения, с рассмотрением последующего вопроса о трансплантации органа, и об объемах хирургического этапа лечения двух оставшихся девочек. Родители от предложенного оперативного лечения отказались. На данный момент девочки находятся на лечении в Мюнхене.

Вывод. Данный клинический случай напоминает нам о редкости, особенностях биологического течения билатеральной нефробластомы и предупреждает о необходимости онкологической настороженности.

АССОЦИАЦИЯ ГАПЛОТИПОВ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ
ГЕНОВ ABCB1 И ЦИТОХРОМА P450 С ПЕРЕНОСИМОСТЬЮ
ФЕНАЗЕПАМА

Терещенко О.В.^{1,2}, студентка, Иващенко Д.В.¹, научный сотрудник отдела персонализированной медицины НИИ молекулярной и персонализированной медицины, ассистент кафедры детской психиатрии и психотерапии,

Темирбулатов И.И.^{1,3}, студент

Руководители: Гришина Е.А.¹, к.б.н., доц., заведующая отделом молекулярной медицины НИИ молекулярной и персонализированной медицины

Сычев Д.А.¹, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, проректор по развитию и инновациям, заведующий кафедрой клинической фармакологии и терапии

1. ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва
2. ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва
3. ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва

Бензодиазепиновый транквилизатор феназепам широко применяется в клинической практике на территории России и стран СНГ. Ранее данный препарат не изучался в клинических фармакогенетических исследованиях, однако прием феназепама сопряжен с высоким риском развития неблагоприятных побочных реакций. В метаболизме бензодиазепиновых транквилизаторов задействованы изоферменты цитохрома CYP3A5, CYP2C9, CYP2C19. Изофермент CYP2D6 играет важную роль в метаболизме психотропных препаратов. Сродство субстратов изофермента CYP3A к Р-гликопротеину указывает на возможное влияние полиморфизмов гена ABCB1 на параметры безопасности феназепама.

Цель исследования. Проанализировать ассоциации гаплотипов полиморфизмов генов ABCB1 3435C>T, ABCB1 1236C>T, ABCB1 2677G>T,

CYP3A5*3, CYP2C9*2, CYP2C9*3, CYP2C19*2, CYP2D6*4 с субъективной переносимостью терапии феназепамом.

Материалы и методы. В данное исследование было включено 102 пациента мужского пола с диагнозом неосложненного СОА (F10.30 по МКБ-10). Период динамического наблюдения составил 6 суток, в течение которых пациенты принимали феназепам. У каждого пациента для генотипирования было взято 5 мл венозной крови; полиморфные варианты генов ABCB1 3435C>T, ABCB1 1236C>T, ABCB1 2677G>T, CYP3A5*3, CYP2C9*2, CYP2C9*3, CYP2C19*2, CYP2D6*4 определялись методом полимеразной цепной реакции в реальном времени с использованием коммерческих наборов реактивов (ООО «Синтол»), используемое оборудование: Детектирующий амплификатор CFX96 Touch™ Real-Time PCR Detection System (Bio-Rad, USA). Безопасность терапии оценивалась посредством Шкалы оценки нежелательных эффектов UKU. Гаплотипический анализ осуществлялся с помощью онлайн-инструмента SNP Stats.

Результаты. По результатам гаплотипического анализа был выявлен ряд ассоциаций гаплотипов исследуемых полиморфизмов с субъективной переносимостью терапии феназепамом.

В частности, гаплотип ABCB1 3435–1236–2677–CYP3A5*3 (T–T–T–G) был ассоциирован с большей выраженностью неблагоприятных побочных реакций: OR 5,03; 95% CI 1.65 – 15.34; $p=0,0056$; аналогичная закономерность прослежена для гаплотипов ABCB1 3435–1236–2677–CYP2C9*2 (T–T–T–C) - OR 3,61; 95% CI 1,31 – 9,92; $p=0,015$ и для ABCB1 3435–1236–2677–CYP2C19*2 (T–T–T–G) - OR 2,52; 95% CI 1,05 – 6,08; $p=0,042$.

Для гаплотипа ABCB1 3435–1236–2677–CYP2D6*4 (T–T–T–G) также выявлено, что его носительство приводит к ухудшению переносимости феназепама, но на уровне тенденции к достоверности - OR 2,37; 95%CI 1,01 – 5,54; $p=0,05$.

Отмечена протективная роль гаплотипа ABCB1 3435–1236–2677—CYP2C9*3 (C–C–G–A) – он ассоциировался с лучшей переносимостью лечения (OR 0,37; 95% CI 0,16 – 0,84; p=0,019).

Выводы. Полученные результаты говорят о влиянии гаплотипов рассмотренных полиморфизмов на безопасность применения феназепама и указывают на необходимость дальнейших исследований в данном направлении для разработки подходов к персонализации терапии.

Финансирование. Данное исследование выполнено в рамках проекта, поддержанного грантом № 18-315-00005 Российского фонда фундаментальных исследований.

ВЛИЯНИЕ СПИРОНОЛАКТОНА ПРИ ДОБАВЛЕНИИ К СТАНДАРТНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Торунова А.М., ассистент кафедры кардиологии и функциональной
диагностики

Макарова А.С., ординатор кафедры кардиологии и функциональной
диагностики

Руководитель: Протасов К.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой
кардиологии и функциональной диагностики

ИГМАПО - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Иркутск

Цель исследования. Изучить влияние спиронолактона при добавлении к стандартной антигипертензивной терапии на показатели сосудистого ремоделирования у больных артериальной гипертензией высокого/очень высокого кардиоваскулярного риска.

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов в возрасте от 30 до 65 лет, которые были рандомизированы на две группы. Первая группа

получала фиксированную комбинацию амлодипин/лизиноприл, вторая – дополнительно к этому режиму терапии, спиронолактон в дозе 25 мг. В обеих группах исходно и через 24 недели наблюдения оценивали динамику офисного и среднесуточного артериального давления (АД), центрального давления в аорте, скорости распространения пульсовой волны (СРПВ).

Результаты. После завершения 24-х недельного периода терапии в обеих группах достоверно снизилось офисное АД с более выраженной динамикой офисного диастолического АД в группе спиронолактона (на $17,3 \pm 14,7$ мм рт. ст. и на $23,0 \pm 10,3$ мм рт. ст., соответственно, $p=0,01$). Среднесуточное АД также уменьшилось в обеих группах с большей степенью снижения во второй группе (на $21,7/13,0$ и $29,0/16,7$ мм рт. ст., соответственно, $p=0,01$). Отмечено падение индекса аугментации и центрального АД в аорте в равной степени в обеих группах. Каротидно-радиальная СРПВ достоверно снизилась только в группе спиронолактона с $10,0 \pm 1,5$ до $9,0 \pm 1,1$ м/с ($p < 0,001$), тогда как каротидно-фemorальная СРПВ – в обеих группах, в большей степени в группе спиронолактона ($p=0,047$).

Выводы. У пациентов с артериальной гипертензией высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска добавление спиронолактона в дозе 25 мг к двухкомпонентной комбинированной антигипертензивной терапией (амлодипин/лизиноприл) приводило к дополнительному снижению офисного диастолического АД и среднесуточного АД, а также к статистически значимому уменьшению скорости распространения пульсовой волны.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ РОДОВ У ПАЦИЕНТКИ С КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НОЧНОЙ ГЕМОГЛОБИНУРИИ

Третьяк Д.С., студентка лечебного факультета

Руководитель: Тимохина Е.В., д.м.н, проф., доцент кафедры акушерства,
гинекологии и перинатологии

Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (ПНГ) – это редкое, приобретенное, жизнеугрожающее, прогрессирующее системное заболевание, характеризующееся хроническим внутрисосудистым гемолизом. ПНГ ассоциируется со значительным повышением риска смерти, развитием артериальных и венозных тромбозов, поражением внутренних органов и резким снижением качества жизни пациентов.

Цель исследования. Описание клинического случая ведения родов у пациентки с классической формой ПНГ.

Материалы и методы. История болезни пациентки И., результаты анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных исследований.

Результат. Пациентка И., 24 лет. 13.08.18 была диагностирована ПНГ, классическая форма, проводилось лечение Экулизумабом по схеме (с 19.09.18 по 14.11.18). 30.10.18 была госпитализирована в ГКБ им. Мухина, 20.11.18 переведена в ГКБ им. Юдина с диагнозом: беременность 28-29 недель. Головное предлежание. ЗРП 1 ст. Нарушение кровотока 3 ст. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия, классическая форма. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Профилактика РДС плода проведена в 29 недель. По данным КТГ - функциональное состояние плода удовлетворительное. Уровень гемоглобина - 77 г/л.

23.11.18 - первые преждевременные оперативные роды в ножном предлежании на сроке 31 неделя маловесным плодом. Чревосечение по Джоэл-Кохену. Извлечён живой недоношенной мальчик без видимых травм и пороков развития с массой тела 1210 г, ростом 40 см, с оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте 6 баллов, на 5-й - 7 баллов. Кровопотеря во время операции составила 700 мл.

Лечение. Бромкриптин 2,5 мг, 2 р/д по 0,25 т. в течение 3 суток. Рекомендации врача-гематолога: после родов в течение 3х месяцев антикоагулянтная терапия эноксапарином натрия, затем повторная консультация гематолога для решения о дальнейшей тактики лечения. Экулизумаб 900 мг каждые 14 дней. Фолиевая кислота 5 мг/сут внутрь ежедневно в течение 30 дней. Парентеральные препараты железа 200 мг/сут в/в.

Вывод. Данный клинический случай показывает, что несмотря на тяжесть данного заболевания, оно не явилось противопоказанием к беременности, успех которой зависел от своевременной диагностики ПНГ и правильной тактики лечения.

ОСТРЫЙ ПРАВОСТОРОННИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ЕДИНСТВЕННОЙ ПРАВОЙ ПОЧКИ У ПАЦИЕНТКИ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ 18 НЕДЕЛЬ

Тумгоева Л.Б., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

Горожанина А.А., ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Руководители: Подзолкова Н.М., д.м.н., проф., заведующая кафедрой
акушерства и гинекологии

Созаева Л.Г., к.м.н., доц., доцент кафедры акушерства и гинекологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Введение. В понятие «единственная почка» входит не только врожденное отсутствие почки, но также потеря одной из почек или ее функции в результате какого-либо заболевания. Чаще всего встречаются лица с единственной почкой, оставшейся после нефрэктомии. Чаще всего почки удаляют по поводу доброкачественных заболеваний: пиелонефрит, мочекаменная болезнь, гидронефроз.

В большинстве случаев наличие единственной почки у женщины не

является противопоказанием для наступления беременности, поскольку при условии динамического контроля за состоянием мочевыделительной системы и лечения при наличии патологии имеются благоприятные исходы. Однако беременность сопровождается снижением функции единственной почки. Пиелонефрит наблюдается у женщин с единственной почкой, и в большинстве случаев происходит обострение заболевания во время беременности.

Клинический случай. Пациентка Я., 24 года, доставлена в приемное отделение ГБУЗ «ГКБ им. С. П. Боткина ДЗМ» бригадой СМП с диагнозом «Беременность 18-19 недель. Острый пиелонефрит». При поступлении пациентка предъявляла жалобы на повышение температуры до 39 градусов, тяжесть в поясничной области, сухой кашель, озноб, общую слабость, недомогание. Из анамнеза: нефрэктомия слева в 1999 г., со слов пациентки - по поводу пиелонефрита.

Объективно: общее состояние средней степени. АД - 100/70 мм.рт.ст., PS - 70 уд/мин, ритмичный. Температура тела 38,2 градусов Цельсия. Аускультативно: дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет, ЧД-18 в минуту. Со стороны органов мочевого выделения при пальпации болезненности нет. Симптом поколачивания в проекции правой почки отрицательный. Мочеиспускание свободное, не учащено, безболезненное, с примесью крови.

В общем анализе мочи выявлены следующие отклонения от нормы: белок (альбумин): 2.0 (2+), pH: 6.0, лейкоциты (нейтрофилы): 250, кетоны: 1 (1+). Удельная масса: 1.020. Кровь (эритроциты, гемоглобин, миоглобин): 10.0 (3+). В клиническом анализе крови обращает на себя внимание снижение гемоглобина $\nabla 112 \text{ г/л}$, $\blacktriangle$ лейкоцитоз $15,7 \times 10^9/\mu\text{l}$. По данным УЗИ органов малого таза и почек: Маточная беременность 18-19 недель. Единственная правая почка. Каликопиелoureтерозектазия справа.

Пациентка осмотрена инфекционистом, гинекологом, урологом, терапевтом. Выставлен диагноз: Беременность 18-19 недель. Острый

правосторонний пиелонефрит единственной почки. Острая респираторная вирусная инфекция, средней тяжести. Острый бронхит. Произведено стентирование правого мочеточника. Пациентке была назначена антибактериальная, противовоспалительная, антианемическая, инфузионная терапия. На 7-е сутки пребывания в стационаре пациентка выписана домой под наблюдение врача-акушера-гинеколога и уролога по месту жительства с рекомендацией замены стента через 3 месяца.

На сроке 38 недель пациентка родоразрешена путем планового кесарева сечения, родилась доношенная девочка весом 3250г, ростом 54 см, 7/8 баллов по шкале Апгар.

Вывод. Описанный клинический случай указывает на своевременное выявление у пациентки острого правостороннего пиелонефрита единственной правой почки, острого бронхита, ОРВИ при беременности 11 недель, невзирая на редкое развитие подобного клинического варианта у беременных женщин.

Своевременная и адекватная антибактериальная терапия позволила купировать заболевание у наблюдаемой пациентки и пролонгировать беременность.

- У -

ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАССИВНОЙ ГИМНАСТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЛИТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СОЗНАНИЯ

Умаева М.М., аспирант кафедры анестезиологии и реаниматологии

Соболев М.А., ординатор кафедры анестезиологии и реаниматологии

Смолянина В.С., ординатор кафедры анестезиологии и реаниматологии

Руководитель: М.В.Петрова д.м.н., проф.

ФГБНУ ИПДВО ФНКЦ РР, г.Москва

Ощущают ли пациенты с нарушенным сознанием боль, и если ощущают, нуждаются ли в обезболивании? Этот вопрос пока не нашел окончательного решения, однако, о необходимости стабилизации состояния вегетативной нервной системы и даже обезбоживания пациентов в коме для ускорения восстановления сознания писали многие исследователи. До настоящего времени остается актуальным вопрос как эту «боль», а точнее уровень ноцицептивной стимуляции измерить.

Цель исследования. определить возможность применения мониторинга индекса анальгезии-ноцицепции (ИАН) для оценки активности разных отделов вегетативной нервной системы (ВНС) и, соответственно уровня ноцицептивной стимуляции.

Материалы и методы. Обследована группа из 35 пациентов, которая состояла из 13 женщин и 22 мужчин в возрасте от 22 до 65 лет с повреждениями головного мозга различной этиологии: ОНМК и ее последствия (35%), ЧМТ (65%), находящихся в хроническом критическом состоянии с длительным нарушением сознания.

Преобладающую активность отделов ВНС определяли с помощью аппарата «ANI-Monitor» MetroDoloris® (Франция), рассчитывающего ИАН на основе вариабельности сердечного ритма. Полученные данные сравнивали с баллами шкалы ноцицепции в коже. Определяли A_m – показатель ИАН, отражающий среднее значение за 64 секунды. Все измерения проводили за 5 минут до начала манипуляции, во время ее и через 5 минут после. Оценку по шкале ноцицепции в коже проводили во время манипуляции. Манипуляция – упражнения ЛФК (пассивная гимнастика)

Результаты. Показатели ИАН достоверно снижались во время занятий ЛФК по сравнению с показателями за 5 минут до этого, в среднем A_m до 47 $p < 0,05$, отражая повышение симпатического тонуса, которое проявлялось также и реакцией гемодинамики. При этом, изменение ИАН опережает на 7-10 минут изменения гемодинамических показателей. После прекращения манипуляции A_m повышался до 82 $p < 0,05$ Уровень ноцицепции по шкале

ноцицепции в коже во время процедуры оценивали в среднем в 5 баллов, свидетельствующих и значительном ноцицептивном воздействии на пациента с длительным нарушением сознания. Полученные нами результаты, показывают значительный дисбаланс вегетативной нервной системы во время ЛФК и, соответственно, значительное усиление ноцицептивной стимуляции.

Выводы. Исследование ИАН позволяет объективно оценивать в динамике состояние вегетативной нервной системы пациента и уровень ноцицептивного воздействия.

ТРУДНОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОГНОЗА ИСХОДОВ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЭПШТЕЙНА-БАРР-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Учаева О.Н., аспирант кафедры инфекционных болезней

Руководитель: Сапронов Г.В., к.м.н., доц., доцент
кафедры инфекционных болезней

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Проблеме изучения Эпштейна-Барр-вирусной инфекции уделяется достаточно внимания, тем не менее, не смотря на разработку множественных схем лечения острой Эпштейна-Барр-вирусной инфекции, в дальнейшем у 15-25% лиц развивается хроническая форма заболевания или вторичный иммунодефицит.

Проявления Эпштейна-Барр-вирусной инфекции могут проходить под различными диагнозами, таким как острый фарингит, острый тонзиллит, лихорадка неясного генеза, лимфаденопатия неуточненная. Кроме того, вирус Эпштейна-Барр может быть связан с формированием аутоиммунных и опухолевых процессов.

Клинический случай. Клинический случай, приведенный ниже, демонстрирует сложность в определении прогноза исходов перенесенной

Эпштейна-Барр-вирусной инфекции. Пациент N. 49лет, явился на прием с диагнозом лимфаденопатия неясного генеза. Считает себя больным на протяжении полугода, когда стал отмечать увеличение лимфатических узлов шеи, умеренную болезненность лимфоузлов. По данным УЗИ – признаки лимфаденита шеи 15*6*7мм. Проведена биопсия лимфоузла с гистологическим исследованием в связи с подозрением на лимфому Ходжкина. Результат исследования: реактивная фолликулярная гиперплазия ткани лимфоузла. Данных за онкопатологию нет. В анамнезе 5 лет назад перенес инфекционный мононуклеоз Эпштейна-Барр-вирусной этиологии.

ОАК: лимфоцитоз 53%. БХ крови, СРБ, АСЛО, РФ без отклонений. ВИЧ, RW, гепатиты отрицательно. Иммунный статус: снижение абсолютного числа НК, незначительное повышение абсолютного числа Т-лимфоцитов за счет Т-хелперов. Популяция В-лимфоцитов поликлональная. Бактериологическое исследование микрофлоры полости рта и носа без патологии. ИФА: ЦМВ IgM отр., IgG 152; ВПГ1 типа IgG - 4,55, 2 типа IgG - 0,43; EBV IgM VCA 4.78, IgG>250, EBV IgG EBNA 4.92. EBV IgG EA 0.78. ПЦР (кровь) ДНК ЦМВ, ВЭБ, ВПГ-6 тип не обнаружено. ПЦР (слюна) ДНК ЦМВ, ВПГ-6 тип не обнаружено, ВЭБ обнаружено. Обследован в центре токсоплазмоза, в лечении не нуждается. ИФА IgG 201.1, IgM 0.043 отрицательно.

Вывод. Данный клинический случай важен не только в плане проведения дифференциальной диагностики с онкогематологическими заболеваниями, но и для понимания процессов хронизации после перенесенной острой формы Эпштейна-Барр-вирусной инфекции.

Имеющиеся совокупные клинико-лабораторные данные позволили диагностировать наличие хронической формы Эпштейна-Барр-вирусной инфекции, требующей подбора противовирусной и иммунокорректирующей терапии.

Таким образом, своевременный контроль и иммунореабилитация таких пациентов дает возможность определить прогноз исходов Эпштейна-Барр-

вирусной инфекции, позволяя упростить диагностику и избежать ошибок при постановке диагноза.

РОЛЬ АРТЕРИЙ В РАЗВИТИИ ВЕНОЗНЫХ ОККЛЮЗИЙ СОСУДОВ СЕТЧАТКИ

Ушарова С. А., ординатор кафедры офтальмологии

Руководитель: Туркина К. И., к.м.н., доц., доцент кафедры офтальмологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москвы

Проблема нарушения проходимости венозных сосудов сетчатки всегда обладала высокой актуальностью. Окклюзия ЦВС имеет достаточно высокую распространенностью среди населения (3,7 на 1000 человек); средний возраст пациентов варьируется в диапазоне от 51 до 66 лет; существует высокая вероятность развития тяжелых осложнений, таких как: кистозный макулярный отек, неоваскуляризация сетчатки и зрительного нерва, рецидивирующий гемофтальм, витреоретинальный тракционный синдром, неоваскулярная глаукома. Разные авторы (Кацнельсон, Блюм и Брюке, Хайрех) имеют свой взгляд на патогенез окклюзии вен, но все без сомнения отмечают значимую роль артериальных сосудов в развитии данного заболевания.

Существует несколько широко используемых классификаций, где под ишемическими и неишемическими типами окклюзий подразумевают наличие или отсутствие ишемии в мелких артериальных капиллярах, но не в одной из классификаций не отражено сочетание венозной окклюзий с окклюзиями крупных артериальных стволов.

Цель исследования. Выявить наличие и оценить частоту встречаемости нарушений кровообращения в крупных артериальных стволах при окклюзии ЦВС.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 19 пациентов (10 женщин и 9 мужчин в возрасте от 54 до 62 лет). Локализация окклюзии:

12 пациентов - окклюзия центральной вены сетчатки, 7 пациентов - окклюзия ветвей ЦВС. Методы исследования: стандартные методы офтальмологического обследования, флуоресцентная ангиография. Клиническая база: ГБУЗ ГKB имени С. П. Боткина Филиал № 1. Был проведен анализ флуоресцентных ангиограмм с оценкой основных этапов наполнения сосудов сетчатки в сочетании с изучением снимков офтальмоскопической картины.

При изучении офтальмоскопической картины у 3 пациентов помимо признаков окклюзии вен сетчатки (вены расширены, извиты; кровоизлияния вдоль сосудов, интравитреальные кровоизлияния, отек диска зрительного нерва) был обнаружен распространенный ишемический отек по ходу ветвей центральной артерии сетчатки.

При оценке артериальной фазы у пациентов с ишемическим типом окклюзии выявлено увеличение времени артериального наполнения сосудов сетчатки (свыше 13"), в то время как при неишемическом типе это время варьируется в пределах нормы. При анализе артерио-венозной фазы выявлено увеличение времени до начала наполнения венозных сосудов (N – 13"- 15"). У 2 пациентов артерио-венозная фаза полностью отсутствовала (артерии уже опустели, а вены еще не начали заполняться). Время венозной фазы (до полного заполнения вен) у пациентов с окклюзией ЦВС так же превосходит нормальные значения (более 35").

Результаты. по данным исследования у большинства обследуемых (13 пациентов) наблюдается замедление артериального наполнения (от 14 до 17 секунд). У 10 пациентов – ишемический тип окклюзии ЦВС с отсутствием перфузии в капиллярах, а у 3 пациентов наблюдалась окклюзия крупных артериальных ветвей.

Выводы. наши данные подтверждают современные гипотезы патогенеза венозных окклюзий. При значительном вовлечении артериального русла, площадь ишемизированной ткани увеличивается, и это требует

особого подхода в лечении данных пациентов с целью предупреждения тяжелых осложнений.

- X -

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМ МИРИЗЗИ 3 ТИПА

Хаданов А.А., аспирант (очное обучение), кафедра хирургии

Руководитель: Привалов Ю.А., д.м.н., доцент,

заведующий кафедрой хирургии

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Иркутск

Введение. Синдром Мириizzi (далее - СМ) является одним из тяжелых осложнений желчнокаменной болезни (далее – ЖКБ) и представляет собой нарушение проходимости желчных путей вследствие развившихся воспалительно-дегенеративных изменений между стенкой желчного пузыря и гепатикохоледохом. Среди пациентов, перенесших оперативное вмешательство (холецистэктомия), синдром Мириizzi встречается в 1-5 % случаев. В дооперационном периоде СМ выявляется в 12,5-22 % случаев.

Этиология заболевания до конца остается не изучена. Основной причиной развития болезни принято считать хронический калькулезный холецистит, при котором конкременты мигрируют в карман Хартмана, шейку пузыря или пузырный проток, плотно прилегая к стенке и формируя пролежень.

Клинический случай. Пациентка Н, 1965 г.р., находилась на лечении в хирургическом отделении с диагнозом: ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Синдром Мириizzi 3 типа. Механическая желтуха.

Выполнено МРХПГ на которой мы увидели: конкременты в просвете расширенного холедоха, расширенные печеночные протоки и сокращенный желчный пузырь.

Первым этапом лечения пациентка направлена на ЭРХПГ с папилосфинктеротомией. При контрастировании - холедох расширен на всем протяжении до 18-22 мм., практически на всем протяжении холедоха определяются овальной формы конкременты от 8 до 15-20 мм. Произведена ПСТ до 14 мм. Выполнена многократная ревизия холедоха нитиновой корзинкой Dormia, конкременты удалены в просвет ДПК, за исключением самого крупного камня, вклиненного в гепатикохоледохе за который не удалось завести инструмент. Контраст свободно поступает в просвет двенадцатиперстной кишки.

На основании МР холангиопанкреатикографии и данных РХПГ, предположен синдром Мириззи с вклинением камня в области свища. После папилосфинктеротомии и литоэкстракции, уровень билирубина снизился в два раза. После предоперационной подготовки, вторым этапом, на третьи сутки выполнено оперативное лечение: доступ по Федорову, желчный пузырь выделен из спаек, пузырный проток не определяется, просвет пузыря сообщается с просветом холедоха. Пузырь вскрыт в области дна, пузырно-холедохеальное соустье до 1,5 см, выполнено удаление вклиненных конкрементов. Установлен дренаж Кера в холедох через соустье, дефект ушит. В послеоперационном периоде по дренажу Кера поступление светлой желчи.

Через семь дней после операции выполнена фистулохолангиография: на которой мы увидели, что желчные протоки проходимы, контраст свободно поступает в двенадцатиперстную кишку.

На третьи сутки у пациентки удален дренаж из брюшной полости. В дальнейшем пациентка выписана на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

Выводы:

- 1) Синдром Мириззи является одним из тяжелых осложнений ЖКБ;

2) на основании комплексного обследования, включающего УЗИ исследование, МР холангиопанкреатикографию, РХПГ, можно предположить наличие пузырно-холедохеального свища;

3) при наличии биллиарной гипертензии целесообразно применять эндоскопические методы декомпрессии биллиарного тракта как первый этап лечения;

4) открытая холецистэктомия, холедохолитотомия, пластика гепатикохоледоха на дренаже Кера является операцией выбора.

НОРМАЛИЗАЦИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА ПРЕПАРАТОМ УТРОЖЕСТАН

Хараева Е.А., ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Файзуллина Н. И., к.м.н., ассистент кафедры
акушерства и гинекологии

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Иркутск

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность применения препарата Утрожестан для нормализации менструального цикла при приеме 200 мг капсул per os.

Материалы и методы. Проведено исследование применения препарата Утрожестан 200 мг per os в сутки в течение 10 дней с 17 по 26 день менструального цикла в течение 3-х месяцев с последующим наблюдением в течение 6 менструальных циклов у 30 пациенток на базе ЖК ОГАУЗ ИГПЦ г. Иркутска. Критерием включения в исследование явился нерегулярный менструальный цикл на протяжении 3 последних месяцев и более. Критерием исключения выступало несогласие пациентки с использованием препарата Утрожестан. У всех женщин до включения в исследование проводился сбор жалоб, общего и акушерско-гинекологического анамнеза. Во время исследования проводилось заполнение дневников для получения

информации о характере менструального цикла в анамнезе и в динамике, оценка интенсивности болезненности менструаций при помощи 11-бальной шкалы Лайкерта, оценка общей удовлетворенности и клинического состояния пациенток по шкале общего клинического впечатления, оценка психоэмоционального статуса при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии Зигмунда-Снейта, также, на протяжении исследования должны были фиксироваться побочные эффекты. В группе наблюдения - женщины в возрасте 18-40 лет с нерегулярным менструальным циклом (продолжительностью менее 21 или более 38 дней).

Результаты. Нормализация менструального цикла (восстановление нормальной длительности цикла 24-38 дней) на фоне приема препарата Утрожестан произошла у 83,3% (n=25) женщин и сохранялась весь период наблюдения, у 10% (n=3) наступила спонтанная беременность и пациентки были исключены из исследования. 6,7% (n=2) выбыли из исследования после плановых лапароскопий, где был обнаружен НГЭ и предложена противорецидивная терапия другим препаратом. Помимо нормализации менструального цикла у оставшихся в исследовании пациенток изменилась интенсивность болезненности менструаций. Так, при помощи 11-бальной шкалы Лайкерта зарегистрировано, что менструации стали менее болезненными и интенсивными у 73,3% (n=22), у 10% (n=3) интенсивность болезненности менструаций осталась без изменений, остальные 16,7% (n=5) выбыли из исследования. На основании шкалы общего клинического впечатления отмечено, что у 83,3% (n=25) произошло улучшение общего состояния. На основании шкалы Зигмунта-Снейта зафиксировано, что у 76,7% (n=23) отмечалось улучшение психоэмоционального статуса, у 6,6% (n=2) психоэмоциональный статус не изменился. Побочные явления при применении препарата зафиксированы не были.

Выводы. Утрожестан может успешно применяться для нормализации менструального цикла. На фоне применения препарата происходит не только нормализация менструального цикла, но и изменение продолжительности

менструаций и объема менструальной кровопотери, изменение интенсивности болезненности менструаций и уровня тревоги пациенток. Также отмечена общая удовлетворенность пациенток результатом проводимой терапии. Более того, не было зафиксировано ни одного нежелательного явления за весь период исследования, что свидетельствует о том, что терапия препаратом Утрожестан (per os) является не только эффективной, но и безопасной.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЕМ РАХИТА И РАХИТОПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Холматов Б.У., ассистент кафедры травматологии и ортопедии

Руководитель: Джураев А.М., д.м.н. проф., руководитель отделения детской ортопедии РСНП МЦТиО Минздрава Республики Узбекистан

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский

Центр Травматологии и Ортопедии Минздрава Республики Узбекистан

Ташкентский институт усовершенствования врачей Минздрава Республики

Узбекистан, г. Ташкент

Введение. У больных с рахитом и рахитоподобными заболеваниями отмечаются множественные варианты деформаций, формирование которых связано с началом ходьбы. Степень их выраженности прогрессирует с возрастом.

Лечение детей с последствиями рахита и рахитоподобными заболеваниями (далее - ПРИРЗ) в основном проходит в несколько этапов, с использованием разных консервативных и оперативных методик, которые часто затягиваясь на долгие годы, и в итоге нередко не приносят желаемого результата. Консервативное лечение у детей с ПРИРЗ даже в раннем возрасте на сегодняшний день не дает существенных результатов.

На сегодняшний день, применение аппарата Илизарова в клинической практике остаётся одним из самых малотравматичных и наилучших методов для коррекции деформации нижних конечностей у детей.

На современном этапе развития детской ортопедии, также одним из перспективных, малоинвазивных методов коррекции является метод «контролируемого роста» с применением временного гемиэпифизедеза.

Цель исследования. Целью данной работы является изучение клинических проявлений деформации нижних конечности при ПРИРЗ и анализ результатов применения разных методов лечения.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами изучены клинические проявления и результаты инструментальных методов исследования (рентгенография, МРТ, денситометрия), а также были проанализированы результаты оперативного лечения 58 детей разного возраста с деформациями коленного сустава с ПРИРЗ в РСНП МЦТиО Минздрава Республики Узбекистан за период 2015 - 2018. Дети были в возрасте от 4 до 18 лет (в среднем $12,1 \pm 2,2$).

В результате этих исследований дети были разделены по видам деформации и деформированных сегментов: вальгусная деформация коленных суставов у 45 и варусная деформация коленных суставов у 13 пациентов.

Оперативное лечение производили в один этап. У всех детей выполняли оперативное лечение методом временного блокирования зон роста костей (гемиэпифизедез) с использованием пластин с двумя винтами. При вальгусных деформациях с углом искривления от 13° до 20° выполняли медиальный временный гемиэпифизедез, а при варусных деформациях с углом искривления от 8° до 12° - латеральный временный гемиэпифизедез.

Результаты. Из 58 оперированных детей с ПРИРЗ: у 51 ребенка результаты были положительными, у 7 детей - удовлетворительными. Отрицательных результатов не было.

Вывод. Использование малоинвазивной хирургической методики, направленной на временное блокирование ростковой зоны, является эффективным методом коррекции при легкой и средней степенях деформации коленного сустава при ПРИРЗ. Недостатками этого метода, в нашей практике, оказалась низкая его эффективность:

- при малом возрасте ребенка;
- при низком уровне минеральной плотности костной ткани;
- при высокой степени деформации.

В заключение следует отметить, что наиболее благоприятным возрастом для оперативной коррекции оси нижней конечности у детей с последствиями рахита и рахитоподобными заболеваниями является возраст от 6 до 14 лет. Также необходимо отметить, что при выполнении коррекции деформаций коленного сустава необходимо создавать умеренную гиперкоррекцию, а оставлять незначительный угол исходной деформации не рекомендуется.

- Ч -

ОЦЕНКА ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

Чекмаева А.А., студентка 6 курса, Сермина Т.А, студентка 6 курса

Руководитель: Захватов А.Н., д.м.н., доц. кафедры общей хирургии
ФГБОУ ВО «НИ МГУ им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, г. Саранск

Хронический посттравматический синовит, развивающийся в результате травмы, является одной из причин развития необратимых дегенеративно-деструктивных изменений в тканях сустава и требует своевременной коррекции.

Цель: изучить цитокиновый профиль на фоне внутрисуставного применения озона и пероральной терапии нимесулидом при посттравматическом артрите в эксперименте.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 102 белых крысах, разделенных на 4 серии. 1 серия – интактные (12 крыс), животным 2, 3 и 4 серии моделировали травматическое повреждение коленного сустава по методу Г. М. Дубровина. Во 2 серии сравнения (30 крыс) лечение не проводилось. Животные 3 серии (29 крыс) получали 10 дней перорально нимесулид в дозе 2 мг/кг. Животным 4 серии (30 крыс) вводили перорально через зонд нимесулид в дозе 2 мг/кг (10 дней) в комбинации с внутрисуставной озонотерапией в концентрации озона 15 мг/л, через день. Курс составлял 5 сеансов. Изучали концентрации провоспалительных (IL-1 β , TNF- α , IL-6, IL-17), противовоспалительных (IL-4, IL -10) и регуляторного (IL-2) цитокинов в сыворотке крови. Выведение из эксперимента осуществлялось на 28-е сутки. Исследования одобрены ЛЭК. Для статистической обработки данных использовали t – критерий Стьюдента. Значения $p < 0,05$ считали достоверными.

Результаты. Экспериментальное повреждение коленного сустава сопровождалось развитием цитокинового дисбаланса. На 28 сутки у животных серии сравнения уровень цитокинов, по отношению к данным серии интактных животных, изменился следующим образом: провоспалительные IL-1 β , TNF- α , IL-17 и IL-6 возросли в 2,2 ($p < 0,001$), 3,2 ($p < 0,001$), 2,1 ($p < 0,001$) и 2,1 раза ($p < 0,001$); противовоспалительные IL-4 и IL-10 превышали значения в 3,01 ($p < 0,001$) и 3,4 раза ($p < 0,001$) соответственно, регуляторный цитокин IL-2 был повышен в 3,5 ($p < 0,001$). На фоне терапии нимесулидом к концу эксперимента цитокины TNF- α , IL-1 β IL-17 и IL-6 были снижены на 19,99% ($p_3 < 0,001$), 14,27% ($p_3 < 0,001$), 20,30% ($p_3 < 0,001$) и 22,49% ($p_3 < 0,001$) соответственно относительно серии сравнения. Регуляторный цитокин IL-2, уменьшился на 40,32% ($p_3 < 0,001$) относительно данных серии сравнения. IL-4 и IL-10 снизились на 51,24%

($p_3 < 0,001$) и 46,50% ($p_3 < 0,001$). Но значения исследуемых цитокинов превышали значения интактных животных в 2 раза. На фоне перорального введения нимесулида и внутрисуставной озонотерапии на 28 сутки значения цитокинов в крови, относительно данных серии сравнения снижались следующим образом: провоспалительные TNF- α , IL-1 β , IL-17 и IL-6 на 32,23 % ($p_3 < 0,001$), 34,11 % ($p_3 < 0,001$), 28,69 % ($p_3 < 0,001$) и 29,53 % ($p_3 < 0,001$) соответственно. Уровень противовоспалительных цитокинов IL-4 и IL-10 и регуляторного цитокина IL-2 снизился на 67,27 % ($p_3 < 0,001$), 73,25 % и 61,12 % ($p_3 < 0,001$) соответственно.

Выводы. Пероральное введение нимесулида в комбинации с внутрисуставной озонотерапией оказывало положительное влияние на цитокиновый профиль, способствуя снижению активности воспалительного процесса в травмированном суставе.

РОЛЬ БЕЗРАМНОЙ БИОПСИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ГЛУБИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Чехонацкий В. А., клинический ординатор кафедры нейрохирургии

Руководитель: Древаль О. Н., д.м.н., проф., заведующий кафедрой
нейрохирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

При глубинной и труднодоступной локализации опухолей головного мозга существует ряд факторов (близость опухолей к функционально значимым зонам, анатомическим образованиям), значительно затрудняющих выбор дальнейшего метода лечения пациентов данной группы. Использование безрамных нейронавигационных систем при биопсии опухолей глубинного расположения позволяет гистологически верифицировать диагноз и выбрать оптимальную стратегию лечения.

Цель работы. Оценка возможностей безрамной биопсии опухолей головного мозга глубинной и труднодоступной локализации и её влияние на стратегию лечения.

Материалы и методы. 56 пациентов с супратенториальными опухолями головного мозга глубинной и труднодоступной локализации, которым выполнена биопсия с использованием безрамной нейронавигации по принятым стандартам. **Безрамная навигационная биопсия** основана на принципах совмещения компьютерной/магнитнорезонансной 3D модели головы и обозначения навигированными маркерами в пространстве опорных точек поверхности головы больного. Биопсия проводилась с использованием навигационных станций фирмы Stryker и Medtronic (StealthStation® TreonPlus и S7 Medtronic Navigation). До операции всем пациентам проведена магнитно-резонансная томография с контрастированием, в течение суток после, выполнена контрольная компьютерная томография.

Результаты. Морфологически верифицированы: диффузная астроцитома – 10 (19%) случаев, анапластическая астроцитома – 4 (7%) случаев, протоплазматическая астроцитома – 6 (10%) случаев, фибриллярная астроцитома – 6 (10%) случаев, астроцитарная глиома – 4 (7%) случаев, глиобластома – 11 (19%) случаев, лимфома – 9 (17%) случаев, олигодендроглиома – 3 (5%) случаев, олигоастроцитома – 1 (2%) случаев, глиозные изменения – 2 (4%) случаев. По результатам проведённых биопсий 15 пациентов (28%) оперированы в плановом порядке по поводу удаления объёмного образования головного мозга, 9 пациентов (17%) с выявленными лимфомами головного мозга направлены для проведения ПХТ под наблюдением гематолога, 8 пациентов (14 %) со злокачественными глиомами и анапластическими астроцитомами направлены для проведения лучевой терапии. 6 пациентов (10%) отказались от дальнейшего лечения и направлены под наблюдение онколога, 17 пациентов (30%) остались под динамическим наблюдением. В 9 (16%) случаях до проведения биопсии по данным МРТ подозревалось наличие опухолей глиального ряда, однако

после проведения биопсии гистологическое заключение верифицировало наличие лимфомы центральной нервной системы (ЦНС). В 5 (9%) случаев отмечается обратная связь – до проведения биопсии и гистологической диагностики у пациентов подозревалось наличие лимфомы ЦНС, после гистологической верификации диагноза с высокой степенью достоверности судили о наличии опухолей глиального ряда высокой степени злокачественности.

Выводы. Биопсия опухолей головного мозга глубинной и труднодоступной локализации является неотъемлемой частью верификации диагноза пациентов данной группы, позволяющая быстро, точно и наименее инвазивно получить гистологический диагноз. Последующая ИГХ верификация биоптата дает возможность достоверно планировать дальнейшие методы лечения, позволяя категории больных, ранее считавшихся «бесперспективными», получать патогенетически обоснованную терапию.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ МЕЛАНОМЫ В ГОЛОВНОЙ МОЗГ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ.

Чехонацкий В. А., клинический ординатор кафедры нейрохирургии

Руководитель: Древаль О. Н., д.м.н., проф., заведующий кафедрой
нейрохирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Метастазы в мозг являются распространенным и разрушительным осложнением у пациентов со злокачественной меланомой. Современное лечение метастазов в головной мозг включает в себя нейрохирургическое пособие, стереотаксическую радиохирургию, облучение всего головного мозга (ОБГМ) и химиотерапию. Нейрохирургическое лечение обычно

предлагается пациентам с одиночными или несколькими метастатическими поражениями.

Цель исследования. Оценка исходов хирургического лечения метастазов злокачественной меланомы в головной мозг.

Материалы и методы. Данные зарубежных исследований, анализ 18 клинических случаев удаления метастазов злокачественной меланомы в головной мозг супратенториальной локализации, проходивших лечение в период с 2010-2018 год в ГКБ им. С. П. Боткина. Всем пациентам выполнена магнитно-резонансная томография с контрастированием, после операции проведена морфологическая верификация диагноза. Уровень сознания на момент проведения хирургического вмешательства у 8 пациентов (45%) – ясное, 6 пациентов (33%) – глубокое оглушение, 4 пациентов (22%) – сопор. У 8 (45%) пациентов отмечалась только общемозговая симптоматика, у 10 (55%) – различной степени выраженности очаговые симптомы. Индекс Карновского составил в 12 случаях (67%) – 60-70%, в 6 случаях (33%) – 30-40%.

Результаты. M. Staudt et al, [2010] на основании анализа 265 случаев метастазирования меланомы в головной мозг, отмечает, что пациенты, прошедшие нейрохирургическое лечение (63 пациента) и стереотаксическое лечение (31 пациент) показали наиболее высокую медиану выживаемости (7,6-10,4 месяцев) относительно групп, проходивших ОБГМ и получавших химиотерапию (2,9-5,1 и 1,5-2,5 месяцев соответственно) [1]. J. Raizer et al, [2008] получил следующие данные: медиана выживаемости у 126 пациентов, получавших нейрохирургическое лечение составила 9,3 месяца, 78 пациентов, подвергшихся радиохирургии – 10,0 месяцев, облучению всего мозга (190 пациентов) – 6,1 месяц, терапии темозоламидом (113 пациентов) – 7,9 месяца [2]. J. Sampson et al, [1998] при анализе 702 клинических случаев отметил, что группа пациентов, выживших более 3 лет, характеризовалась наличием хирургически обработанного одиночного метастазирования

головного мозга при отсутствии других висцеральных метастатических заболеваний [3].

По нашим данным, медиана выживаемости после проведения нейрохирургического удаления метастазов меланомы головного мозга составила 13,1 месяцев, что коррелирует с данными вышеописанных исследований.

Выводы. Несмотря на то, что большинство пациентов с метастазами меланомы в головной мозг имеют неблагоприятный исход, среди них возможно выделить группу пациентов, доступных для повышения медианы выживаемости. Решение рекомендовать операцию должно основываться прежде всего на резектабельности метастазов головного мозга и количестве других органов с метастатическими поражениями.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИКРОРНК В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА

Чехонацкий И.А., ординатор кафедры урологии и хирургической андрологии

Алавердян А.И., студент 6 курса, кафедра гематологии и трансфузиологии

Гусак Д.А., студентка 6 курса, кафедра гематологии и трансфузиологии

Руководитель: Лоран О.Б., д.м.н., проф., акад. РАН, заведующий кафедрой
урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава

России

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Среди всех видов уrogenитального рака, почечно-клеточный рак (ПКР) характеризуется наиболее высоким показателем смертности. Частота метастазирования ПКР составляет 25-30%, а ответ на радио-, химио-, и иммунотерапию присутствует не более чем у 10% пациентов, в то время как показатель 5-летний выживаемости у пациентов, имеющих отдаленные метастазы, составляет менее 10%. В настоящий момент диагностика почечно-

клеточного рака на ранних стадиях недостаточно эффективна, выявление заболевания зачастую происходит на поздних стадиях, в связи с чем число летальных исходов спустя год после первичной постановки диагноза составляет до 16%, что доказывает необходимость изучения новых биомаркеров с целью ранней диагностики и прогнозирования течения почечно-клеточного рака.

МикроРНК - некодирующие молекулы РНК длиной около 22 нуклеотидов, принимающие участие в транскрипционной и посттранскрипционной регуляции экспрессии генов путём РНК-интерференции. К настоящему времени микроРНК обнаружены в тканях и во всех биологических жидкостях и активно имплементируются в современную клиническую практику.

Цель исследования. определить возможности применения микроРНК в качестве биомаркера и фактора прогноза течения почечно-клеточного рака.

Материалы и методы. Проведен анализ баз данных Embase, PubMed, Medline, глубина поиска составила 6 лет.

Результаты. Первые упоминания о анализе профиля микроРНК у больных ПКР отмечаются более 12 лет назад. Так, в 2007 году Gottardo с соавторами, используя метод гибридизации обнаружили, что miR-28, -185, -27, and let-7f-2 были существенно гиперэкспрессированы у пациентов с ПКР по сравнению с здоровой тканью. Позже было определено, что не только гиперэкспрессия, но и гипоекспрессия отдельных микроРНК коррелирует с обнаружением ПКР. Так, экспрессия опухолевой тканью микроРНК по сравнению с здоровой тканью увеличивалась в среднем в 2.7-23 раза для микроРНК-16, -452, -224, -155, но уменьшалась в 4,8–138 раз микроРНК - 200b, -363, -429, -200c, -514 и -141. Fragalla с соавторами показали возможность применения микроРНК как биомаркера различных подтипов ПКР. Так, экспрессия определенных микроРНК позволяет отличить светлоклеточный и папиллярный ПКР от хромофобного ПКР и онкоцитомы с специфичностью и чувствительностью 90% и 83% соответственно. В

настоящее время увеличивается количество исследований, подтверждающих что изменения в профиле микроРНК коррелируют с раковоспецифической выживаемостью, стадированием, риском рецидива и метастазирования. Так, Slaby с соавт. обнаружили существенные различия в экспрессии более 60 микроРНК у пациентов с рецидивным течением ПКР, а также выявили значительную корреляцию экспрессии микроРНК-127-3р, -145 и -126 с риском метастазирования, а Tang с соавторами первыми показали, что экспрессия микроРНК-21 тесно коррелирует с раковоспецифической выживаемостью.

Выводы. Таким образом, анализ профиля микроРНК может быть рассмотрен в качестве биомаркера и фактора прогноза течения почечно-клеточного рака и требует проведения дальнейших клинических исследований.

- III -

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УДАЛЕНИЯ ВНУТРЕННЕЙ ПОГРАНИЧНОЙ МЕМБРАНЫ ПРИ ВИТРЕКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ.

Шакирова З.А., ординатор 2 года обучения по специальности офтальмология
Руководитель: Булгар С.Н., ассистент кафедры офтальмологии
КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

На сегодняшний день ни у кого не вызывает сомнения, что при развитых стадиях пролиферативной диабетической ретинопатии необходимо проводить витректомию, которая заключается в максимально полном удалении витреума, в том числе витреального базиса, отделении и удалении задней гиалоидной мембраны, а так же преретинальной фиброваскулярной ткани (2). Однако спорным остается вопрос интраоперационного удаления внутренней пограничной мембраны (далее - ВПМ) для профилактики формирования эпиретинальной мембраны (далее - ЭРМ) в отдаленном

периоде. Поэтому, мы решили провести такое исследование и оценить предварительные результаты.

Цель исследования. Оценить результаты удаления ВПМ на зрительные и анатомические функции в комплексном хирургическом лечении развитой стадии пролиферативной диабетической ретинопатии.

Материалы и методы. В исследование было включено 29 пациентов (32 глаза) с сахарным диабетом 1 типа с развитой стадией пролиферативной диабетической ретинопатии. Для оценки результатов удаления ВПМ были созданы 2 группы глаз. В первую группу были включены случаи, при которых ВПМ во время витрэктомии удалялась, во вторую – контрольную, где ВПМ не удалялась. В первую группу вошло 14 глаз, во вторую – 18 глаз.

Было проведено стандартное клиническое исследование: определение остроты зрения и внутриглазного давления, ультразвуковое В-сканирование, периметрия, микропериметрия, а так же оптическая когерентная томография (ОКТ). Такое исследование проводилось до оперативного вмешательства, на 3-5 день после витрэктомии, затем через 1, 3 и 6 мес.

Максимально коррегированная острота зрения (далее - МКОЗ) до операции в первой группе варьировала от правильной светопроекции до 0,3 (в среднем – 0,07), во второй группе – от правильной светопроекции до 0,4 (в среднем – 0,07). Внутриглазное давление было в пределах 7 до 31,2 mm Hg (в среднем – 18,4) в первой группе и от 11 до 28,3 mm Hg (среднее значение – 17,5) во второй группе. Ультразвуковое В-сканирование выявило локальную отслойку сетчатки, как минимум в одном или нескольких квадрантах с тракциями от диска зрительного нерва (ДЗН) к периферии в большинстве случаев. По данным оптической когерентной томографии (ОКТ) обнаружилась фиброзно-измененная ЗГМ с адгезией в макулярной области в 30 глазах и тракционной отслойкой макулы в 26 глазах. В первой группе тракционная отслойка макулы сочеталась с диабетическим макулярным отеком в 10 случаях, во второй – в 8.

В 10 глаз в первой группе и в 11 глаз - во второй группе за 7 дней до оперативного вмешательства интравитреально вводили ингибитор ангиогенеза по стандартной методике для профилактики возможных геморрагических осложнений во время операции.

Результаты. Сравнительную оценку результатов операции проводили через 3-5 дней, 1, 3 и 6 мес. по данным МКОЗ и ОКТ. Оценивали так же динамику ВГД.

По исходной остроте зрения группы были одинаковы. Через 3 и 6 месяцев наблюдения острота зрения в группе 2 была несколько выше. Однако, по нашему мнению, острота зрения после хирургического вмешательства зависела от наличия дооперационной отслойки макулы, что подтверждают данные ОКТ. В группе 1 высота макулы до операции составляла в среднем 468 мкм и большинстве случаев сопровождалась отслойкой макулы, в то время, как в группе 2 – высота макулы была в среднем 388,2 мкм. Через 6 месяцев наблюдения, высота макулы в 1 группе составила в среднем 280,4 мкм, а во второй – 305 мкм, на данном этапе наблюдения демонстрирует эффективность одномоментного удаления ВПМ и витрэктомии. Кроме того, через 6 месяцев в 1 группе по данным ОКТ ни в одном случае не наблюдалось формирования ЭРМ, в то время, как во второй группе – в 12 глазах из 18 развился фиброз ЭРМ.

Необходимо отметить, что предварительное (за 7 дней) интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза значительно повышает эффективность операции, облегчает отделение ЗГМ, снижает интраоперационные геморрагические риски за счет распространенной облитерации новообразованных сосудов, представляющих собой интерфейс между сетчаткой и ЗГМ.

Завершение оперативного вмешательства введением в витреальную полость силиконового масла на наш взгляд оправдано, так как значительно снижает риск развития гемофтальма в отдаленном послеоперационном периоде и способствует лучшей адаптации сетчатки, в том числе и в

макулярной области. Удаление силикона производилось в срок от 2 до 6 месяцев.

Выводы. При поздних стадиях диабетической пролиферативной ретинопатии с тракционной отслойкой сетчатки одномоментное удаление ВПМ во время витрэктомии позволяет избежать в последующем формирования эпиретинальной мембраны

Удаление ВПМ во время витрэктомии при поздних стадиях диабетической пролиферативной ретинопатии не является критерием повышения МКОЗ.

Предварительное интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза приводит к регрессу ретиновитреальной васкуляризации и является профилактикой геморрагических осложнений во время витрэктомии.

ИНИЦИАЦИЯ ТЕРАПИИ И ВЛИЯНИЕ НА ПАДЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ

Шалыгин В.А., Самсонова К.И., Чехонацкий В.А. Васин Е.В., клинические
ординаторы

Руководители: Сычев Д.А, д.м.н., профессор, член-корр. РАН, проректор по
развитию и инновациям

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Глобальное постарение населения экономически развитых стран привело к проблеме медико-социального сопровождения гериатрических пациентов, обремененных большим количеством коморбидных заболеваний и вынужденно принимающих большое число лекарственных средств (далее – ЛС). Полипрагмазия (одновременный прием более 5 ЛС) считается одним из факторов риска развития лекарственно-индуцированных падений у пациентов старших возрастных групп, что может быть обусловлено большей вероятностью возникновения нежелательных лекарственных реакций (далее НЛР). В публикациях последних лет, посвященных проблеме падений у

гериатрических пациентов, наряду с фактором полипрагмазии и назначения ЛС, повышающих риск падения (далее – ЛСПРП), отмечена особенность влияния инициации фармакотерапии (назначения «новых» ЛС) на повышение риска падений (новым пользователем считается пациент, которому ЛС назначается впервые или как дополнение к базовому лечению). Так ряд исследований по изучению лекарственно-индуцирующих падений показал, что назначение пациенту «нового» ЛСПРП увеличивало вероятность развития падения в первые дни приема, по сравнению с препаратами из группы ЛСПРП принимаемых длительно.

Материалы и методы. Нами изучены 966 историй болезни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями старше 75 лет, получающие лечение в условиях многопрофильного стационара за 2011-2018 гг. - 634 женщин и 332 мужчин, среднего возраста $85,3 \pm 4,7$ лет. Падение отмечалось у 172 пациентов (31 муж. и 129 жен.), но так как, в 12 случаях падения было следствием развития острого сердечно-сосудистого события (ОИМ, ТЕЛА, ОНМК), данные этих пациентов в дальнейший лекарственный аудит включены не были. Дополнительно следует отметить, что пациенты, отмечающие падение в анамнезе, нами в данное исследование не включались. Полиморбидность (количество заболеваний у одного пациента) составила $8,9 \pm 2,6$ (муж) и $8,5 \pm 2,2$ (жен) в группе с падением и $7,5 \pm 1,5$ (муж) и $7,2 \pm 1,6$ (жен) в группе сравнения соответственно. Полипрагмазия составила $9,55 \pm 2,55$ и $8,85 \pm 2,39$ в исследуемых группах соответственно, $p \leq 0,05$.

К ЛСПРП относили ЛС, включенные в «Светофорную классификацию ЛСПРП», рекомендованную Британским гериатрическим обществом (2014), и представленные психоактивными (угнетающие функция ЦНС – антипсихотики, седативные, бензодиазепины, снотворные, антигистаминные ЛС, антидепрессанты) и кардиологическими (ЛС, влияющие на работу сердца и тонус сосудов, способные вызвать ортостатическую гипотонию). Все ЛСПРП делятся на степени опасности падения по светофорному принципу.

Результаты. Наиболее частой причиной падения в нашем исследовании пациенты называли головокружение, потемнение в глазах, слабость в ногах. Во время падения медицинский персонал фиксировал брадикардию в 20% случаях, гипотонию в 15%, гипогликемию в 5%, заторможенность/спутанность сознания в 20%.

Отмечено, что падения у пациентов развивались в основном в первые сутки госпитализации, что, по-видимому, может быть объяснено более «агрессивной» терапией, обусловленной стремлением достичь максимально выраженного клинического улучшения. Так анализируя материалы исследования, мы обратили внимание на большее количество падений в первые 10 суток госпитализации, с последующим снижением частоты падений при больших сроках - до 21 суток. В частности – с 1-го по 5-й день падение развилось у 54 пациентов (33,75 % всех случаев – 14 муж. и 40 жен.); в последующие 5 дней «6-10-й» подобный случай перенесли ещё 52 пациента (32,5% - 10 муж., 42 жен.); за 11-15-й день 27 случаев (16,88% - 3 муж., 24 жен.); 16-20-й день 16 случаев (10% - 3 муж., 13 жен.) и за оставшийся период «21+ день» 11 падений (1 муж., 10 жен.).

При оценке влияния ЛСПРП из «красной» светофорной группы (с высоким риском развития падений) на инициацию падений мы получили достоверную связь с развитием падений только у офтальмологических бетаадреноблокаторов (суток до падения 6,67 (95%ДИ= 4,76 - 8,57) против 9,56 (95%ДИ= 8,35 - 10,77) в контрольной группе, $p=0,04$).

Выводы. Таким образом, большую частоту падений в первые дни госпитализации можно объяснить не столько влиянием отдельных групп препаратов, сколько результатом назначения всего комплекса фармакотерапевтического лечения и полипрагмазию, как факта, увеличивающего вероятность развития НЛР.

Исходя из полученных результатов, представляется актуальным назначать «новые» ЛС, особенно психоактивные и антигипертензивные из группы ЛСПРП, с учетом их негативного влияния на риск падения.

Проведение лекарственного аудита с целью сокращения количества назначенных ЛС, либо по отмене и/или уменьшению дозировки ЛСПРП (деприскрайбинг) в рамках профилактики падений, особенно при наличииотягощающего состояние синдрома старческой астении.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ И АНОМАЛИЯМИ ПРИКУСА

Шаферс А.Ш., клинический ординатор кафедры ортодонтии

Мусаев Р.М., студент 5 курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО

ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Руководитель: Малыгин Ю.М., д.м.н., проф., заведующий кафедрой
ортодонтии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Нарушение дыхания во сне считают, одной из наиболее часто встречающейся проблемой, но 80-92% подобных нарушений остаются не диагностированными, это касается взрослых пациентов. В частности, исследования проведенные в США, показали, что примерно 50-70 миллионов людей страдают хроническим нарушением дыхания во сне. В настоящее время, эта проблема является весьма актуальной.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости синдрома обструктивного апноэ у пациентов с аномалиями прикуса.

Материалы и методы. Изучены архивные материалы, т.е. истории болезни 284 пациентов школьного возраста с различными аномалиями прикуса, но при наличии у них нарушения носового дыхания. Методы исследования: (клинические - ортодонтический, отоларингологический, общеортопедический), спирометрический, рентгенологический.

Результаты. Синдром обструктивного апноэ во сне, это не что иное, как прекращение дыхания во время сна. Увеличенные миндалины, слабый мышечный тонус гортанно-глоточного комплекса — это 2 основных фактора,

которые вовлечены в данный процесс. Имеет значение размер языка, но не столько увеличенный его размер, сколько уменьшенная в размере верхняя челюсть. Для установления диагноза апноэ, задержка дыхания должна превышать 10 секунд. Синдром обструктивного апноэ во сне возникает тогда, когда воздушные дыхательные пути полностью заблокированы. На цефалометрических снимках, можно определить диаметр гортани и именно размер данной зоны является очень важным. Механизм нарушения прикуса взаимосвязан с нарушением дыхания. Кроме отоларингологов, все большее количество стоматологов сталкиваются с проблемой нарушения дыхания у пациентов во время сна. Сам по себе патофизиологический механизм нарушения дыхания во сне – является комплексным и до конца не изученным. Тем не менее, длительное нарушение носового дыхания приводит сначала к компенсаторному нарушению функции закрывания рта, а затем к парафункциям мягких тканей полости рта: изменению формы и тонуса губ, появлению симптома “напёрстка” за счёт нарушения работы подбородочной мышцы, ослаблению циркулярных волокон круговой мышцы рта, изменению позиции языка в полости рта. На язык постоянно воздействуют две противоположные физические силы – сила тяжести, т.е. гравитация и вакуум, возникающий между спинкой языка и твердым нёбом. Если нарушено носовое дыхание и при смешанном дыхании рот постоянно приоткрыт, но внешнее и внутреннее давление уравниваются и вакуум исчезает, а в силу тяжести язык опускается в нижнезаднюю позицию и тогда формируется дистальный прикус или в нижне-переднее положение и тогда формируется мезиальный прикус; особенно в тех случаях, когда имеются увеличенные миндалины. Последние способствуют перемещению языка вперед, который провоцирует перемещению нижней челюсти вперед и стимулирует её рост. При дистальном прикусе часто задненижняя позиция языка задерживает рост нижней челюсти вперед и не позволяет достаточно расширить верхнюю челюсть. Тормозит расширение верхней челюсти также натяжение щёк. В тоже время давление языка на передние зубы во время

глотания и речи не встречает сопротивления губ и поэтому верхние резцы отклоняются вперёд, а между губами укладывается губа. Она в свою очередь отклоняет верхние резцы вперёд, а нижние – назад и тормозит рост нижней челюсти вперёд. Тактика лечения: кроме отоларингологов, хотелось бы, чтобы ортодонты также занимались комплексным лечением, связанным с нарушением дыхания во сне (обструктивного апноэ сна). На развитие апноэ во сне влияют следующие симптомы: храп, сонливость днём, повышенный вес, принятие алкогольных напитков за 4 часа до сна, что касается ожирения, здесь особо важно увеличение в размерах шейно-воротниковой зоны за счет отложения жира. Мы должны измерить размер шеи и измерить непосредственно индекс массы тела. Если воздушные пути полностью перекрываются, возникает апноэ. При этом могут происходить структурные изменения с дыхательными путями; рассматривают 3 уровня апноэ, что зависит от количества эпизодов апноэ в час. Храп и нарушение дыхания во сне становится все большей проблемой в том числе и у молодых пациентов и очень часто у них наблюдается проблема со стороны прикуса, чтобы скорректировать храп или апноэ во сне, первое, что нам нужно, это максимально повлиять на размер дыхательных путей, а также уменьшить частоту дыхательных движений. Но кроме, непосредственно самого размера, еще более критически важным является тонус мышц, который участвует в формировании гортанно-глоточного кольца. Соответственно, фокус терапии еще больше смещён на коррекцию тонуса мышц, формирующих гортанно-глоточный комплекс, чем на увеличение размера данной зоны.

Выводы. Стойкое нарушение носового дыхания приводит к нарушению миодинамического равновесия в челюстно-лицевой области, а затем к морфологическим отклонениям в строении зубоальвеолярных дуг и челюстей. Затем появление “готического нёба” приводит к искривлению носовой перегородки, гипертрофии носовой раковины и другим уже морфологическим отклонениям в строении носовой области лица. Порочный круг замыкается и как “снежный ком” постоянно увеличивается, приводя

пациента за помощью в клинику не только к ЛОР врачу, но и к врачу стоматологу-ортодонт.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ С ЦЕЛЬЮ УПРАВЛЕНИЯ ПРОРЕЗЫВАНИЕМ ДРУГИХ.

Шаферс А.Ш., клинический ординатор кафедры ортодонтии

Зульпукарова Ш.Г., врач-ортодонт ООО “ММ Дентал Дизайн”

Руководитель: Малыгин Ю.М., д.м.н., проф., зав.кафедрой ортодонтии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Проблема удаления временных, а затем отдельных постоянных зубов по ортодонтическим показаниям с точки зрения методологического подхода в настоящее время считается уже достаточно неплохо решенной.

Цель исследования: уточнение алгоритма лечебных мероприятий, влияющих на прорезывание постоянных зубов для устранения их неправильного положения в зубной дуге.

Материалы и методы. Материалом для данного исследования послужили выписки из историй болезни 11 пациентов со сменным прикусом (в возрасте от 6 до 12 лет) с нейтральным прикусом, а также данные анализа: их диагностических моделей челюстей, ортопантомограмм, внутриротовых рентгенограмм, фотографий лица и прикуса до и после лечения.

Методы диагностики: клинический, биометрический, фотометрический и рентгенологический. Метод лечения комплексный включал в себя - хирургический (удаление отдельных временных, а затем постоянных зубов) и ортодонтический (применение съёмных механически-действующих ортодонтических аппаратов). Основным являлся метод последовательного серийного удаления отдельных зубов или групп по Хотцу (Hotz). Кроме того, были оценены результаты ускоренного метода комплексного лечения, предложенного на кафедре стоматологии детского возраста РМАНПО (проф.

Т.Ф. Виноградовой и её сотрудниками), когда при удалении временных первых моляров одновременно удалялись зачатки первых постоянных премоляров.

Результаты. На основании наших клинико-диагностических и лечебных наблюдений мы предлагаем следующий алгоритм лечебных мероприятий, влияющих на прорезывание постоянных зубов при устранении их неправильного положения в зубной дуге:

1) удаление временных латеральных резцов при неправильном прорезывании центральных резцов,

2) удаление временных клыков при неправильном прорезывании постоянных боковых резцов. При этом происходит регуляция положения боковых резцов в результате применения массажа; их положение и аномалию прикуса исправляют с помощью ортодонтических аппаратов;

3) удаление первых временных моляров при приближении зачатков первых премоляров к поверхности альвеолярного отростка, что ускоряет их прорезывание;

4) удаление преждевременно прорезавшихся первых премоляров, что способствует изменению расположения зачатков постоянных клыков и их правильному установлению в зубном ряду;

5) наблюдение за прорезыванием клыков и вторых премоляров и их установлению в зубных рядах после удаления вторых временных (молочных) моляров.

Выводы. На основании проделанной работы мы предлагаем рассматривать тактику ведения пациентов в виде двух фаз:

Первая фаза лечения проводится в возрасте 6-9 лет, когда происходит смена временных резцов на постоянные и, нередко, встаёт вопрос о необходимости удаления сначала временных боковых резцов, а затем временных клыков для установления в зубные дуги постоянных резцов. Вторая фаза лечения проводится в возрасте 9-12 лет, когда для растущих, прорезающихся постоянных клыков место отсутствует или его значительно

не хватает, так как раннее место временных клыков было пожертвовано постоянным резцам, приходится удалять первые премоляры, а затем назначать массаж для установления постоянных клыков на их место или использовать механически-действующую ортодонтическую аппаратуру.

При сравнении методики Хотца и ускоренной методики лечения, предложенной кафедрой стоматологии детского возраста РМАНПО, мы отмечаем следующее: при ускоренной методике достаточно использовать анестезию однократно при удалении сразу временных моляров и постоянных премоляров и это можно рассматривать как преимущество данной методики; сокращаются также сроки прорезывания постоянных клыков. Однако развитие альвеолярной кости в некоторой степени, наоборот, задерживается по сравнению с результатами лечения по классической методике, но для определённых выводов требуется накопление и последующий статистический анализ значительно большего количества материала.

УДАЛЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЗУБОВ ПО ОРТОДОНТИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ (анализ специальной литературы)

Шаферс А.Ш., клинический ординатор кафедры ортодонтии

Атаев Р.М., студент 5 курса стоматологического факультета ФГБОУ ВО
СОГМА Минздрава России, г. Владикавказ

Руководитель: Малыгин Ю.М., д.м.н., проф., заведующий кафедрой
ортодонтии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Цель исследования. Проанализировать специальную научно-практическую литературу по проблеме удаления отдельных зубов в целях ортодонтического лечения.

Материалы и методы. В качестве материала для данного исследования было использовано 86 источников научно-практической

литературы из них 58 отечественных и 28 – зарубежных. Метод исследования библиографический.

Результаты. Показания и противопоказания к удалению отдельных зубов в целях ортодонтического лечения дискутируются в течении последних 150 лет. Отношение к этой проблеме разделило ортодонтотв в конце XIX и начала XX века на две школы – противников удаления во главе с E. Angle и сторонников такого лечебного мероприятия во главе с Käse.

Показания к комплексному лечению.

Удаление отдельных зубов по ортодонтическим показаниям применяется как самостоятельный способ лечения зубочелюстных аномалий и деформаций, а также в сочетании с другими методами.

В случае планирования лечения таких больных с наличием у них сагиттальной щели между резцами целесообразно применять клинические функциональные пробы Ильиной-Маркосян, Эшлера-Биттера, Ю.М.Малыгина со смещением нижней челюсти вперед и в сторону до нейтрального соотношения первых постоянных клыков и моляров. Если после выдвижения нижней челюсти форма лица ухудшается, то дистальный прикус обусловлен мезиальным смещением боковых зубов. В таких случаях необходимо либо переместить боковые зубы дистально, либо удалить последовательно отдельные зубы на верхней челюсти.

На диагностических моделях челюстей можно выявить зубочелюстные аномалии, обусловленные тесным расположением зубов в результате: 1) наличия широких коронок зубов (чаще верхних центральных резцов); 2) несоответствие суммы ширины коронок отдельных групп зубов на одной челюсти или на обеих; 3) сужение зубных дуг и их апикального базиса; 4) укорочение зубных дуг и их апикального базиса в результате мезиального смещения боковых и ретрузии передних зубов; 5) нарушения кривизны окклюзионной поверхности зубных дуг приводящие: к зубоальвеолярному удлинению верхних боковых и нижних передних зубов и зубоальвеолярному укорочению и протрузии верхних передних зубов (резко

выраженная кривая Spee) или к зубоальвеолярному укорочению верхних боковых и нижних передних зубов, а также к зубоальвеолярному удлинению нижних боковых и верхних передних зубов (обратная кривизна окклюзионной плоскости “анти Spee”).

Удаление отдельных зубов показано: при тесном расположении передних зубов, когда центральные резцы шире 10 мм, а боковые - шире 7,5 мм; когда сужение зубного ряда в области премоляров и моляров превышает 6 мм; сужение его апикального базиса – 5 мм; когда сумма ширины коронок верхних резцов равна 35 мм и больше;

при узком лице сумма ширины верхних резцов, превышающая 33 мм, может быть признаком индивидуальной макродентии. Удалять отдельные зубы по ортодонтическим показаниям целесообразно в период сменного прикуса и в начальный период постоянного, в возрасте от 7 до 13 лет.

Закономерности смещения соседних зубов после удаления первых моляров и первых премоляров (по L.J.Baume): 1) после раннего удаления первых постоянных моляров соседние зубы перемещаются корпусно в сторону дефекта: премоляры — дистально, вторые моляры — мезиально; 2) на верхней челюсти перемещение зубов происходит быстрее, чем на нижней; 3) прорезывающиеся премоляры смещаются дистально медленнее, чем вторые моляры мезиально; 4) зачатки зубов смещаются в сторону удаленного зуба быстрее, чем прорезавшиеся зубы и зубы, установившиеся в окклюзию; 5) смещение зубов ускоряется при прорезывании зубов, расположенных через один или два зуба по отношению к удаленному; 6) зубы с несформированными корнями перемещаются быстрее, чем зубы с окончательно сформированными корнями.

Вывод. После удаления зубов в старшем возрасте для закрытия дефекта зубной дуги показано применение несъемных ортодонтических аппаратов. Правильный выбор зубов, подлежащих удалению, позволяет достигнуть множественных устойчивых контактов между зубными рядами и нормализовать функции зубочелюстной системы.

По мере совершенствования ортодонтической аппаратуры вновь и вновь появляется у врачей искушение устранить зубочелюстно-лицевую аномалию только ортодонтическим путём. Примером может служить появление системы Деймон и фирм продвигающих эту аппаратуру на рынок с обещанием всех вылечить без удаления отдельных зубов. Это, в свое время, обещал гениальный Энгл, предлагал свою аппаратуру, но оказался неправ. Одна из главных ошибок это попытка подменить недостатки диагностики улучшением конструктивных возможностей аппаратуры.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА C3435T ГЕНА ABCB1 С РАЗВИТИЕМ
АРТРАЛГИИ И ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ПАКЛИТАКСЕЛОМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шестакова Л.В., аспирант кафедры онкологии

Руководители: Сычев Д.А., д.м.н., проф., чл.-корр. РАН, проректор по
развитию и инновациям

Поддубная И.В., д.м.н., проф., акад. РАН, проректор по учебной работе и
международному сотрудничеству

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Определение влияния полиморфного варианта C3435T гена *ABCB1* на эффективность лечения паклитакселом и развитие побочных реакций у больных раком молочной железы.

Материалы и методы. В исследование включено 89 женщин с гистологически верифицированным раком молочной железы, получивших лечение паклитакселом на базе ФГАУ «Лечебно-реабилитационном центр» Минздрава России. Медиана наблюдения за больными составила 6 (3-12) месяцев. Возраст пациенток варьировал от 35 до 80 лет (средний возраст - $55,5 \pm 11,2$ лет; медиана – 57). В исследование были включены пациентки, которым проводилось лечение паклитакселом как в адъювантном, так и в

неoadьювантном режиме. Оценка эффективности лечения проводилась на основе послеоперационного гистологического заключения о степени лечебного патоморфоза (опухолевый ответ на проведенное лекарственное лечение). Оценка токсичности осуществлялась на основании данных анкетирования больных в соответствии с критериями NCI CTC AE V4.0. У всех пациенток был произведен забор буккального эпителия. Определение генотипов по исследуемому аллелю проводилось с помощью метода полимеразной цепной реакции в реальном времени. Все статистические расчеты выполнены в программе STATISTICA 10. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Для того, чтобы определить влияние полиморфизма C3435T гена *ABCB1* на эффективность лечения паклитаксел-содержащей схемой, использовался метод максимального правдоподобия (M-L Chi-square). Для определения взаимосвязи полиморфного варианта C3435T гена *ABCB1* на развитие токсичности при лечении рака молочной железы паклитакселом использовался метод логистической регрессии

Результаты. В результате исследования было обнаружено негативное влияние на эффективность терапии T - аллеля полиморфного варианта C3435T гена *ABCB1* – $\chi^2 = 4,42$; $p=0,035$ для группы пациенток, которым проводилось лечение таксан-содержащей схемой в неoadьювантном режиме: T аллель ассоциировался с отсутствием ответа на лечение на 29,41% чаще. Анализ развития побочных явлений продемонстрировал достоверную связь с полиморфным вариантом C3435T гена *ABCB1* только при развитии артралгии (OR= 3,48, 95% CI: 1,14-10,65, $p=0,029$): ключевую роль играл T аллель и на 29% чаще ассоциировался с отсутствием развития артралгии.

Выводы. Паклитаксел – один из наиболее часто применяемых химиопрепаратов для лечения рака молочной железы. Главная проблема, возникающая во время лечения паклитакселом – это высокий риск развития токсичности и лекарственной устойчивости, что ведет к вынужденной редукции дозы, либо смене режима лечения, и в результате негативно

сказывается на выживаемости и качестве жизни больной. Учитывая, что ген *ABCB1* участвует в метаболизме паклитаксела, мы попытались определить, на сколько сильным может быть влияние одного из полиморфных вариантов данного гена – С3435Т - на развитие токсичности и резистентности к паклитакселу. По результатам проведенного исследования можно сделать вывод о том, что полиморфный вариант С3435Т гена *ABCB1* может являться предиктором опухолевого ответа на лечение, а также развития артралгии во время терапии паклитакселом. Однако, получение результатов на относительно небольшой группе больных делает необходимыми дальнейшие исследования для подтверждения данной гипотезы.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЖИДКОСТНОЙ ЦИТОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИЙ ЭНДОМЕТРИЯ

Шестопалова А.Н., ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Крамарский В.А., д.м.н., проф., член РАЕН, профессор
кафедры акушерства и гинекологии

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Иркутск

Метод жидкостной цитологии является наиболее перспективным в скрининговой диагностике предраковых заболеваний шейки матки. В тоже время различные виды патологии эндометрия не всегда могут быть верифицированы на основе результатов жидкостной цитологии, не смотря на её высокую прогностическую ценность в диагностике онкологической патологии эндометрия.

Цель исследования. Сравнение гистологических результатов патологии эндометрия и заключений диагностики жидкостной цитологии.

Материалы и методы. Произведено проспективное сравнительное исследование. Забор материала из полости матки для жидкостной цитологии производили по стандартной методике во второй фазе менструального цикла с помещением полученного материала в специфическую жидкость.

Диагностическое выскабливание стенок полости матки производили после забора материала на жидкостную цитологию.

Всего было исследовано 88 женщин с подозрением на гиперплазию эндометрия, железисто-фиброзный полип, аденомиоз, хронический эндометрит, аденокарциному эндометрия и наличия миомы матки.

Из исследования исключались женщины с наличием в течении последних двух суток влагалищных манипуляций, гормональной терапии, недавними (в течении 2 суток) половыми контактами, признаков эндометрита, использующих с целью контрацепции КОКИ.

Средний возраст обследованных женщин составил $36,8 \pm 1,7$ лет. У всех женщин в анамнезе были роды. Медицинские аборт у 52 женщин. Осложнения после медицинского аборта у 18. Миома матки у 20 женщин.

Результаты. Совпадение цитологического заключения и гистологического исследования нами отмечено в 47(53,4%) наблюдениях. В 41(46,6%) наблюдении заключения гистологического исследования и жидкостной цитологии не совпадали. Из 7 наблюдений гистологически диагностированных аденокарцином эндометрия результат жидкостной цитологии совпадал с гистологическим заключением только в 3(42,9%) случаях. При наличии гиперплазии эндометрия (37 наблюдений) по данным гистологического исследования, посредством жидкостной цитологии идентичная патология подтверждена только в 12(32,4%) наблюдениях.

Атрофичный эндометрий на основании гистологического исследования был выявлен у 39 женщин. Цитологическое подтверждение гистологического результата исследования у этих женщин было подтверждено в 22(56,4%) случаях.

Таким образом, даже при видимых преимуществах жидкостной цитологии патологий эндометрия (скорость получения результата, качество материала, многократность исследования без повторного забора материала, ВПЧ и ПЦР исследование) частота совпадений гистологического результата

и результата жидкостной цитологии по разным патологическим состояниям эндометрия, по нашим данным, колебалась от 32,4% до 56,4%.

Выводы. Метод жидкостной цитологии при всех его преимуществах не имеет абсолютной степени точности в диагностике патологических состояний эндометрия.

Жидкостная цитология для скрининга патологии эндометрия должна сопровождаться дополнительным гистологическим его исследованием.

АНАЛИЗ ИСХОДОВ ПРЕРЫВАНИЯ НЕСОСТОЯВШИХСЯ ВЫКИДЫШЕЙ

Ширипова Ю.Г., ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Файзуллина Н. И., к.м.н., ассистент кафедры
акушерства и гинекологии

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Иркутск

Цель исследования. Изучить наиболее часто встречающиеся исходы прерывания несостоявшихся выкидышей в сроке беременности до 12 недель. Выделить характерные осложнения, возникшие при той или иной тактике завершения беременности. Провести анализ наиболее предпочтительного метода лечения выявленных осложнений.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 99 историй женщин, поступивших в ОГАУЗ ИГПЦ г. Иркутска гинекологическое отделение в 2017 году. Критерием включения женщин в исследование явилось постановка диагноза – несостоявшийся выкидыш (О02.1) в сроке беременности до 12 недель, требующий лечения. Были сформированы три группы женщин: 33 женщины, которым проводилось медикаментозное прерывание, 33 женщины, у которых была выбран метод вакуум-аспирации, и 33 женщины, которым было проведено выскабливание стенок полости матки. Проведен анализ гинекологического анамнеза, осложнений после

каждого метода прерывания несостоявшегося выкидыша, если таковые были зарегистрированы в группах, а также метод лечения осложнений.

Результаты. Общий процент осложнений (n-25) из всех случаев (n-99) составил 25,25%. Осложнения после прерывания неразвивающейся беременности зарегистрированы во всех трёх исследуемых группах: медикаментозное прерывание беременности (52%, n-13 из 25), вакуум-аспирация плодного яйца (24%, n-6 из 25) и выскабливание стенок полости матки (24%, n-6 из 25).

В 1-й группе (13 женщин, где проведено медикаментозное прерывание беременности препаратом Миролют (мизопростол) 800 мкг per os) было выявлено три вида осложнений – остатки плодного яйца (n-10), обильное маточное кровотечение (n-2), отсутствие эффекта (n-1). Лечение осложнений проводилось двумя методами: вакуум-аспирация - 5 пациенткам (4 женщины с остатками плодного яйца и 1 женщина с отсутствием эффекта); выскабливание стенок полости матки 8 пациенткам (6 женщин с остатками плодного яйца и 2 женщины с обильным маточным кровотечением).

Во 2-й группе, где использовался метод вакуум-аспирации плодного яйца, зарегистрировано осложнение – остатки плодного яйца (n-6). Лечение осложнения: выскабливание остатков плодного яйца.

В 3-й группе, где проведено выскабливание стенок полости матки, отмечено осложнение – остатки плодного яйца (n-6). Лечение осложнения - выскабливание остатков плодного яйца.

В лечении осложнений во всех группах применялись два метода: вакуум-аспирация (n-5, 20%) и выскабливание стенок полости матки (n-20, 80%).

Выводы. Наиболее эффективными методами прерывания несостоявшихся выкидышей в малом сроке беременности – до 12 недель является вакуум-аспирация и выскабливание стенок полости матки. У пациенток с положительным эффектом после вакуум-аспирации и выскабливания стенок полости матки в послеоперационном периоде

осложнений не наблюдалось. Осложнения в данных группах идентичны и статистически не различимы. Медикаментозное прерывание беременности является более щадящим методом прерывания, но как показало исследование, осложнений в виде остатков плодного яйца и маточного кровотечения после применения данной методики встречается достоверно больше в 2 раза, чем после вакуум-аспирации и выскабливания стенок полости матки.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Шовгенова Д.С., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Подзолкова Н.М., д.м.н., проф., заведующая кафедрой
акушерства и гинекологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

Задержка роста плода (далее - ЗРП) – актуальная проблема современного акушерства, занимающая одно из ведущих мест, наряду с инфекционными причинами и врожденными аномалиями развития плода, в структуре перинатальной заболеваемости и смертности, характеризующаяся неспособностью плода достичь своего генетически запрограммированного потенциала роста. В 2013 году задержка роста плода названа Американской Коллегией Акушеров и Гинекологов «наиболее распространенной и сложной проблемой современного акушерства». Несмотря на развитие и внедрение в клиническую практику методов прогнозирования, профилактики, диагностики и лечения плацентарной недостаточности и ЗРП, частота данной патологии не имеет тенденции к снижению.

Цель исследования. Неослабевающий интерес к ЗРП со стороны акушеров-гинекологов связан с высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью новорожденных, неблагоприятным течением адаптационного периода в первые дни жизни.

Среди множества причин СЗРП ведущее значение в современных условиях отдается нарушению процессов плацентации. Плацентарный фактор, который вследствие плацентарной недостаточности, вызывающей неадекватную передачу кислорода и питательных веществ плоду, является ключевым элементом в возникновении СЗРП. Происходит нарушение инвазии цитотрофобласта и нарушение трансформации спиральных артерий. При этом развивается ишемия плаценты и происходит выработка факторов (цитокинов, факторов роста, компонентов системы комплимента, комплимента, метаболиты кислорода, эйкозаноиды), которые повреждают эндотелий сосудов, усиливая и так нарушенную трансформацию спиральных артерий. Все эти факторы, находящиеся в дисбалансе при патологической плацентации, можно объединить под единым названием - «биохимические маркеры плацентарной ишемии и поражение плода». Среди достаточно большого числа факторов роста важную роль в процессах ангиогенеза, дифференцировки, инвазии, миграции трофобластов, в контроле за последующим развитием плацентарной ткани и ее сосудистой сети играют сосудисто-эндотелиальный фактор роста (VEGF), эпидермальный фактор (EGF), трансформирующий фактор роста (TGFB).

Применяемые в настоящее время в акушерской практике функциональные исследования фетоплацентарного комплекса (далее - ФГЖ) информативны лишь при клинически выраженных формах ПН. Точность диагностики ПН при ультразвуковой био- и плацентометрии составляет 55%, при кардиотокографии и доплерометрии сосудов системы мать-плацента-плод - 42,9%, а информативность этих тестов повышается при выраженной патологии до 87,5 и 83,3% соответственно. Однако, лечение ПН эффективно только на ранних стадиях патологического процесса. С появлением учения о факторах роста, которые определяют развитие плаценты, наметилось новое направление в изучении плацентарной недостаточности и синдрома задержки развития плода. Есть основания считать его перспективным, так как факторы роста, являясь основными переносчиками митогенного сигнала

клеток, способны стимулировать или тормозить рост тканей, в том числе железистой, и кровеносных сосудов. На сегодняшний день не существует специфической терапии СЗРП, позволяющей полностью скорректировать данное заболевание. В связи с этим, большинство исследований направлено на поиск точных прогностических критериев.

Выводы. Необходим дальнейший поиск эффективных, неинвазивных методов, позволяющих прогнозировать и диагностировать такое осложнение гестации, как синдром задержки роста плода на ранних стадиях их развития. Наиболее перспективным считается направление на комбинацию ультразвуковых и биохимических маркеров, поиск их идеальных сочетаний. Комбинирование нескольких прогностических инструментов позволит улучшить прогноз неблагоприятных исходов.

- Э -

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТНОГО ОПРОСА ВРАЧЕЙ О СИСТЕМЕ НМО И АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Экажева П.С., аспирант кафедры медицинской статистики и информатики

Руководитель: Кудрина В.Г., д.м.н., проф., заведующая кафедрой
медицинской статистики и информатики

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Одним из основных показателей Федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», является число (процент) специалистов, вовлеченных в систему непрерывного медицинского образования с использованием дистанционных образовательных технологий, с обучением через Портал НМО. От уровня 12,2% в 2019 году этот показатель планируется к 1921 году довести до 43,1%, а при завершении всего проекта (2024 год) фактически сделать всеохватывающим - 95,5%. НМО и

аккредитация для врачей в перспективе станут двумя основными составляющими новой системы повышения квалификации и аттестации.

Материалы и методы. Очевидным является предстоящий большой личный вклад самих врачей в эту новую по своей организационно-информационной сути работу. И чтобы понять, насколько информированы, готовы и как настроены на внедрение образовательных новаций специалисты, был проведен анкетный опрос 162 врачей, обучавшихся на кафедре медицинской статистики и информатики РМАНПО в 2017-2018 гг. Изъявившие желание участвовать в опросе специалисты проходили профессиональную переподготовку и повышали свою квалификацию на традиционных очных курсах в системе дополнительного профессионального образования.

Основная часть респондентов – женщины (68,5%). Самая представительная возрастная группа участвующих в опросе – 40-49 лет (26,5%). Почти поровну распределились специалисты организационных и клинических специальностей. К категории научных сотрудников себя отнесли единицы.

Результаты. Прибавляет оптимизма в оценке степени готовности и поддержки образовательной новации то, что 68,5% респондентов собирают своё «портфолио». Среди респондентов практически все (98,8%) слышали о новой системе обучения и предстоящей аккредитации. Но только для каждого четвертого (25,3%) эта информация понятна. Интересно соотношение: 42,6% «заходили» на Портал НМО, но Личный кабинет открыли лишь 28,4% опрошенных. Переход к новой системе обучения медицинских работников является официальным, законодательно определённым процессом, и реализовать его надо высокими темпами, поэтому не понятно, почему, судя по ответам, информация «от коллег» не уступает, как источник, позиции «от руководства» (соответственно, 55,6 и 53,1% при многокритериальных ответах).

Более 2/3 считают, что при неизбежности аккредитации, обучение по программам повышения квалификации нужно (что и предусмотрено нормативно-правовыми актами). Но, к сожалению, лишь 14,8% опрошенных верят в то, что аккредитация улучшит систему последиplomной подготовки врачей (14,8%), в равной мере присутствуют ответы: «ненамного» и «вряд ли» (по 36,4%).

Выводы. Изучив методом анкетного опроса степень, во-первых, готовности врачей и, во-вторых, их ожиданий от внедрения новой системы НМО и аккредитации, можно отметить весьма невысокий уровень по обеим составляющим. И, учитывая, что сама новация внедряется уже с 2016 года, а планируемые цифры роста уровня вовлечения в неё специалистов высокие, меры, оптимизирующие процесс, должны быть более адресными и обязательно ориентированными на повышение мотивации и информированности врачей.

О ПРОБЛЕМАХ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Эрмаханова Т.У., ассистент кафедры эндокринологии, докторант 1 года
обучение по специальности «Медицина»

Руководитель: Базарбекова Р.Б., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой
эндокринологии

АО «КазМУНО», г.Алматы, Казахстан

Введение. Врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром, врожденная гиперплазия надпочечников) - клинически гетерогенная группа наследственных заболеваний с аутосомно-рецессивным механизмом наследования, в основе которых лежат различные дефекты ферментов и транспортных белков, обеспечивающих синтез

кортизола. Самой частой (90-95%) причиной врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) является дефицит 21-гидроксилазы, обусловленный мутацией гена CYP21. Из-за врожденного дефицита фермента 21-гидроксилазы, необходимого для синтеза гормонов коры надпочечников, отмечается повышенная продукция андрогенов, начиная с внутриутробного периода. Неглубокий дефицита фермента у девочек приводит к вирилизации наружных гениталий, у мальчиков – к макрогенитосомии. При глубоком дефиците ситуация усугубляется появлением с рождения сольтеряющего синдрома, создающего высокий риск гибели детей в раннем возрасте. Раннее выявление заболевания возможно путем определения 17-гидроксипрогестерона в околоплодных водах и/или в пробе пяточной крови ребенка.

Клинический случай. Ребенок 1месяц 20 дней жизни поступил в ОРИТ с признаками эксикоза, дефицитом веса и неправильным строением наружных гениталий. От 4-ой беременности. Две предыдущие беременности закончились антенатальной гибелью плода, один ребенок умер на 3-и сутки после рождения, имел гермафродитное строение наружных гениталии. Вес при рождении 3180 гр., длина тела 51 см. В роддоме диагностирован крипторхизм. Присужден мужской паспортный пол.

С рождения у ребенка частый жидкий стул, адинамичен, беспокоен, гиперпигментация кожных покровов. Объективно. Вес 3100,0 г, длина тела – 57см. SDS веса-(-3.77), SDS ИМТ- (-6,06). Выраженные признаки эксикоза. Половой член напоминает клитор, мошонка расщеплена по типу больших половых губ, единственное мочеполовое отверстие, яички отсутствуют. Лабораторные данные: рН 6,8, гиперкалиемия – 6,8 ммоль/л, гипонатриемия – 101 ммоль/л, анемия 3 степени (НВ 52г/л); повышение 17-ОН прогестерона – 150 нмоль/л;

Диагностированы: врожденная дисфункция коры надпочечников, вирильная сольтеряющая форма; криз острой надпочечниковой недостаточности.

Проведенные неотложные мероприятия: инфузия 0,9% хлористого натрия, глюко- и минералокортикоиды, симптоматическая терапия.

Несмотря на проведенную интенсивную терапию, состояние прогрессивно ухудшалось: появились признаки ДВС синдрома, брадикардия, анурия, остановка сердца. Реанимационные мероприятия не дали эффект. На 24 час пребывания в клинике констатирована биологическая смерть.

Заключительный диагноз. Основной диагноз: Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма. ВУИ, неуточненное, генерализованное, пневмония. SIRS, инфекционно-токсический шок. Осложнения: Криз острой надпочечниковой недостаточности. ДВС 3ст. (желудочное кровотечение, легочное). Полиорганная недостаточность.

Патологоанатомический диагноз. 1. Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма: гипертрофия коркового слоя (клубочковая зона), тонкая сетчатая зона состоит из светлых клеток богатыми липидами, узелковая гиперплазия коры надпочечников; Гиперплазия надпочечников (размеры надпочечников: правый 6x4x1 см, левый 6x4x0,4 см, масса 26,7грамм при норме 11 грамм), выраженная вирилизация (пенисообразный клитор, мошонкообразные большие половые губы). 2. Острая вирусно-бактериальная инфекция, неуточненная.

В данном случае осложнением и причиной смерти стало острая надпочечниковая недостаточность исходом явился ДВС-синдром, который и стал причиной смерти.

Выводы. Отсутствие налаженной пренатальной диагностики и неонатального скрининга у детей из семей с отягощенной наследственностью привели к поздней диагностике заболевания, неправильному определению паспортного пола и поздно начатой терапии, что привело к гибели ребенка.

- Ю -

ВНЕДРЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЫЕ УЛЫБКИ» В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Юдина О.С., ординатор кафедры терапевтической, детской стоматологии и
ортодонтии

Руководитель: Рувинская Г.Р., к.м.н., доцент кафедры терапевтической,
детской стоматологии и ортодонтии

КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

Забота о здоровье подрастающего поколения относится к числу национальных приоритетов Республики Татарстан. Стоматологическая заболеваемость детей и подростков является одной из наиболее острых и актуальных медико-социальных проблем. Доказано, что профилактика стоматологических заболеваний является одним из эффективных методов, позволяющих снизить уровень распространённости основных стоматологических заболеваний. В настоящее время все профилактические усилия должны быть направлены на поиски новых моделей построения профилактической работы с детским населением. Достаточно весомым шагом в этом направлении является разработанная в 2016 году образовательно-профилактическая программа «Здоровые Улыбки» для детских дошкольных учреждений и средних школ Республики Татарстан.

Цель исследования. Формирование мотивации в сохранении стоматологического здоровья и снижение интенсивности стоматологических заболеваний у детей дошкольного и школьного возраста.

Материалы и методы. Образовательно-профилактическая программа «Здоровые Улыбки» включает ознакомление детей с анатомией и физиология рта, с основными стоматологическими заболеваниями, способами обнаружения таких заболеваний, а также с методами их предупреждения.

Форма обучения детей подбирается с учетом возраста, анатомических особенностей и эмоционального восприятия. В детских дошкольных учреждениях для детей 5-6 лет используется формат сказки, которая способствует поэтапному формированию у ребёнка привычки самому заботиться о своём здоровье. В начальных классах для детей от 7 до 10 лет выбран формат тематических игр, викторин. С подростками 10-14 лет практикуется формат интерактивных встреч. После обучения во всех возрастных группах проводится осмотр рта, изучается состояние зубов с определением распространённости и интенсивности кариеса. За 3 года работы данной программы охвачено 23 000 детей дошкольного и школьного возраста.

Результаты. За период работы программа показала положительный результат в повышении санитарно-гигиенических знаний и навыков по вопросам гигиены рта и методах предупреждения стоматологических заболеваний среди дошкольников, школьников на $31\% \pm 0,27$. Отмечено достоверное улучшение гигиенического состояния рта у $68\% \pm 0,37$ детей и подростков.

Выводы. Перспектива дальнейшей разработки темы исследования предполагает включение элементов профилактики стоматологических заболеваний в дошкольное и школьное обучение детей, внедрение предложенного алгоритма программы профилактики и оценку ее работы для обследованных групп населения с регулярным мониторингом осведомлённости населения по вопросам профилактики основных стоматологических заболеваний.

- Я -

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО
ВОПРОСАМ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-
ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ Г. ОРЛА И ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Якушева Т. А., студентка 2 курса лечебного факультета, кафедра
микробиологии, вирусологии и иммунологии
Руководитель: Халтурина Е. О., к.м.н., профессор РАЕ, доцент кафедры
микробиологии, вирусологии и иммунологии медико-профилактического
факультета
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва

Эпидемия ВИЧ/СПИДа продолжает оставаться одной из самых актуальных проблем современности и является глобальным бедствием, бросающим вызов развитию, прогрессу и стабильности общества и мира в целом, что требует принятия чрезвычайных и комплексных мер глобального реагирования.

Цель исследования. Изучение степени осведомленности по вопросам ВИЧ/СПИДа среди студентов г. Орла и Орловской области, а также повышение информированности молодежи об актуальных вопросах диагностики и профилактики этой инфекции посредством разработки информационных кластеров (программа тематического классного часа, информационный плакат).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 70 студентов БПОУ ОО «Орловский базовый медицинский колледж» и БПОУ ОО «Орловский техникум агротехнологий и транспорта» обоего пола в возрасте от 16 до 20 лет. Для реализации поставленных целей было проведено одномоментное (поперечное) когортное, проспективное эпидемиологическое исследование с использованием метода анкетирования.

Результаты. Выявлен низкий уровень осведомленности по вопросам эпидемиологии и профилактики ВИЧ- инфекции среди студентов. Вопросы эпидемиологии ВИЧ-инфекции вызвали затруднение у $40 \pm 5,3\%$ респондентов. Осведомленность о механизмах и путях передачи ВИЧ-инфекции составляла $45 \pm 6,7\%$. В то время как вопросы, определяющие

особенности образа жизни самих студентов, выявили неконтролируемое употребление алкоголя и наркотических веществ, беспорядочные сексуальные связи со значимыми статистическими различиями более чем в 2,5 раза между студентами техникума и колледжа.

Выводы. Итогом проведенного исследования явилась разработка информационного кластера профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи.

Таким образом, сведения об информированности молодежи в вопросах ВИЧ-инфекции в разных географических зонах необходима органам здравоохранения для принятия объективных административных решений.

Х Конференция молодых ученых с
международным участием
«ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА: ВОЗМОЖНОЕ И
РЕАЛЬНОЕ»

Материалы конференции Том I

Подписано в печать _____.04.2019

Формат 60x80 ¹/₁₆

Печ. л. _____

Тираж 500 экз.

Заказ № _____

Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993
Электронный адрес www.rmapo.ru
E-mail: rmapo@rmapo.ru

Отпечатано в ФГБОУ ДПО РМАНПО
ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993