

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

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

Материалы конференции

Москва

2020

УДК 61.001.053.2(061.3)

ББК 72ж

Т-654

XI Конференция молодых ученых с международным участием «Трансляционная медицина: возможное и реальное»: сборник материалов конференции; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России. – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2019. – 295 стр. ISBN 978-5-7249-3080-2

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 61.001.053.2(061.3)

ББК 72 ж

Вступительное слово

XX

[illegible]

ОГЛАВЛЕНИЕ

– А –.....	18
Anuriev A.M., Oshirov V.E.	
THE EXPERIENCE OF USING THE NEUROREGULATED MODE OF MECHANICAL VENTILATION IN PREMATURE NEWBORNS	18
Абакарова М.С.	
МИКРОАНГИОПАТИЯ И ИНСУЛЬТ	19
Абрамова О.И.	
АССОЦИАЦИЯ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА SIRT1 RS12778366 С ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ.....	21
Аильбаева Н.М., Даирбеков Е.Е., Аскарбекова А.С.	
АНАЛИЗ МАКРОСОМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ ЗА 2018–2019 ГОДЫ.	23
Акулова Л.Х., Овчаренко Н.Ю., Абдулаева М.К.	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОСТНОГО ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ ПО РЕНТГЕНОГРАММЕ КИСТИ РУКИ	25
Амергулов И.И.	
ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНАЯ АДЕНОМА НАДПОЧЕЧНИКА И АВТОНОМНАЯ СЕКРЕЦИЯ КОРТИЗОЛА: ВЫСОКИЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, САХАРНОГО ДИАБЕТА И ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ	27
Амиров М.З.	
ПЕРОРАЛЬНАЯ ТРАНСПАПИЛЛЯРНАЯ ХОЛАНГИОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОЦИФРОВОЙ СИСТЕМЫ SPYGLASS DS	29
Андреев Н.А.	
НЕОБХОДИМОСТЬ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ КРИОТЕРАПИИ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ В ПОВСЕДНЕВНУЮ ПРАКТИКУ ВРАЧА	31
Андреев Н.А., Аверина К.С., Снычева О.А.	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРИИ ПРОЦЕДУР КРИОТЕРАПИИ.....	33
Арутюнян А.С.	
ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ И ИХ БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА	35

Афанасьева В.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА.....38

– Б –..... 40

Бабанов Н.Д.

ДИНАМИКА ЭМГ-ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧЕЛОВЕКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОЗАХ В
ЭКЗОСКЕЛЕТЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....40

Бабанов Н.Д., Бирюкова Е.А., Юкало Е.В.

ВЛИЯНИЕ УПРАВЛЯЮЩИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ РУКОЙ НА СИЛОВОЙ ДЖОЙСТИК
В СЕРИИ МАЛОАМПЛИТУДНЫХ ДВИЖЕНИЙ.....41

Бабатов И.А.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА МЕТОДИКИ РАСЧЕТА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЫ В
БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....43

Балюк Т.Ю.

ВОЗМОЖНОСТИ ОФЭКТ-КТ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОМИЕЛИТА (КЛИНИЧЕСКИЙ
СЛУЧАЙ).....45

Баранов Д.А.

ПЛАСТИКА БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ БЕЗ ПОЛНОЙ МОБИЛИЗАЦИИ И
ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ЗАДНЕЙ ПОЛУОКРУЖНОСТИ СПОНГИОЗНОГО ТЕЛА КАК
АЛЬТЕРНАТИВА КЛАССИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ47

Баранова Е.В., Бендерский Н.С., Беседина Д.Ю.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА 88 ЛЕТ С ОККЛЮЗИЕЙ АРТЕРИЙ ГОЛЕНЕЙ И СТЕНОЗОМ
АРТЕРИЙ БЕДРА49

Баранова Е.В., Бендерский Н.С., Беседина Д.Ю.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИЕЛОИДНОЙ САРКОМЫ У МУЖЧИНЫ 22 ЛЕТ51

Бартош И.С.

СВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА
У БЕРЕМЕННЫХ С РОСТО-ВЕСОВЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ НОВОРОЖДЕННЫХ.....53

Белова М.В.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ. ВРОЖДЕННЫЕ И
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ
ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ.....55

Белова М.В., Бабатов И.А.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ И
ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ56

Бельская К.И.

ПРОФИЛАКТИКА УХУДШЕНИЯ ЗРЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
СКРИНИНГ58

Бережная Е.В., Ескин А.А.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ UREOPLASMA SPP НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ..... 60

Берсенева А.А.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ЧЕРЕЗ
СМЕЩЕННЫЙ ЕДИНЫЙ ДОСТУП.....62

Биткова О.С.

ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ,
ВЫЗВАННОЙ NEISSERIA MENINGITIDIS СЕРОГРУППЫ W..... 64

Болотова Э.Г.

ПРОГНОЗ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У «КОМОРБИДНЫХ» ПАЦИЕНТОВ
С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ 66

Болотокова А.В.

ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЯ НЕРЕКОМЕНДОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У
ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ПАДЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ68

Борейчук Л.А.

СИНДРОМ ИНДУЦИРОВАННОЙ МЕДИКАМЕНТАМИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ..... 70

Брыксин Д.А.

ДИАГНОСТИКА СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ВЫДЕЛЕНИЯ МОЧИ В
ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ 72

– В –..... 74

Васильева А.К., Близнюк Н.А.

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С
ГИПЕРТРОФИЕЙ НЕБНЫХ МИНДАЛИН..... 74

Верюгина Н.И.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: КЛИНИЧЕСКИЕ И
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ76

Воеводина С.Г., Баринов Е.Х.

НЕУКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД
КАК ПРИЧИНА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ
В РАБОТЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 78

Восканян А.Э., Ткачева Д.Н., Краснослободцев К.Г.

ГРИППОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ В СТРУКТУРЕ ОРВИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД СЕЗОННОГО
ПОВЫШЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ 80

Восканян А.Э.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ У РЕБЕНКА С СОЧЕТАННОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ 82

– Г – 84

Габриелян А.Р.

СОЧЕТАНИЕ АКРОМЕГАЛИИ И АНОМАЛИИ КИАРИ I 84

Габриелян А.Р.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ
МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 86

Гариева М.А., Косян А.А.

ВЛИЯНИЯ НАРУШЕННОГО ЦИРКАДНОГО РИТМА НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН И НА
СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2
ТИПА 88

Глухова А.Ю.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В Г.САРАНСКЕ 89

Горбанева А.Н.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У БОЛЬНОЙ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ
ЭНОДМЕТРИОИДНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ 91

Гордиенко Р.О.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА
АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ ИЗ СУХОЖИЛИЯ ДЛИННОЙ МАЛОБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ 93

Горячева А.А., Журавель П.К.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ
ДЕТЕЙ 95

Гюльмамедов А.М.

РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИСТОСКАНИРОВАНИЯ В СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. СПЕЦИФИЧНОСТЬ МЕТОДА И СПОСОБЫ ИСКЛЮЧЕНИЯ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫХ УЧАСТКОВ.....97

– Д –..... 99

Дарбишгаджиев Ш.О.

МЕСТО НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В РАЗВИТИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ.....99

Дгебуадзе А.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА КЛИНИКО-МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА НА ФОНЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА..... 101

Деева А.В.

ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕНСОРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОЗЫ В КРАТКОМ КУРСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ТРЕНИНГОВ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ..... 103

Дементьева А.А.

ДИАБЕТИЧЕСКИЙ МАКУЛЯРНЫЙ ОТЕК. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР 105

Дмитриева Е.А., Агаширинова А.А., Стрекова М.Н.

ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ИБРУТИНИБ: ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ..... 106

Дмитриева Е.А., Агаширинова А.А., Стрекова М.Н.

ФАРМАКОКИНЕТИКА И ВНЕЦЕЛЕВЫЕ ЭФФЕКТЫ ИБРУТИНИБА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ..... 109

Драчева Н.А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОКЛЮША У ДЕТЕЙ..... 111

Држевецкая К.С.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ПО РАННЕМУ ДОКЛИНИЧЕСКОМУ ВЫЯВЛЕНИЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ..... 113

Држевецкая К.С.

ПЛОТНОСТЬ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МАММОГРАФИЯ. ОПЫТ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН 115

– Е – 116

Егорова Ю.О.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ 116

– Ж – 118

Жданова Ю.С., Рыбкина К.С., Назаренко А.Б.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА И НАЧАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ НА ПРИЕМЕ У ДЕТСКОГО СТОМАТОЛОГА 118

Жуперин А.А., Егорова Д.С., Максакова И.А., Сосин Д.Н.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ 120

Журбенко А.А.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ФОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 122

– З – 124

Завьялов О.В.

РОЛЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ 124

Захарова А.С.

СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ДИСТАЛЬНОГО КОЛИТА У ПОДРОСТКА: ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ 127

– И – 129

Иванчукова М.Г.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ 129

Исмат А.О.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕТРОГРАДНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ

ПРОТОКОВ РАЗЛИЧНЫМИ СТЕНТАМИ ПРИ НЕРЕКТАБЕЛЬНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.	131
---	-----

– К –..... 132

Казанцев А.Д., Фадеева Э.П., Казанцева Э.П.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРОДОНТИТ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: ЦИТОМОРФОГЕНЕЗ И СОСТАВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО КЛЕТОЧНОГО ИНФИЛЬТРАТА.....	132
--	-----

Казанцева Э.П., Казанцев А.Д., Фадеева Э.П.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ПРОГРАММ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ	134
---	-----

Казанцева О.М.

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ СИСТЕМ ИММУНИТЕТА И ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ И ТУБЕРКУЛЕЗ	136
---	-----

Калашников М.В.

ПОРАЖЕНИЕ ЛЁГКИХ ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ	138
---	-----

Калиничева А.С.

ГЕТЕРОГЕННОСТЬ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ	140
---	-----

Кауфов М.Х.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ	142
---	-----

Качанова А.А.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНА NAT2 НА РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРИЕМЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА	143
---	-----

Кашоян А.Р., Сафонова Н.Е., Апсалямова А.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИМУЛЬТАННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СИНДРОМЕ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА С ФОРМИРОВАНИЕМ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ	145
--	-----

Керимова Л.Н., Корошвили В.Т.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИИ ГРЫЖ: МЕЧТЫ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?	147
---	-----

Кечиян Д.К.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДИНАМИКА СОПРОТИВЛЕНИЯ ЭЛЕКТРОДОВ У ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНЫМИ ИМПЛАНТАМИ	149
--	-----

Ким В.Э., Соколова Е.П.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПУЛЬС-РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ 151

Кованцев С.Д.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ СОЛИТАРНОЙ АДЕНОМОЙ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ..152

Кованцев С.Д.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОЙ ЛИМФОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА 154

Кокорева К.Д.

КОМБИНИРОВАННАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РЕКОМБИНАНТНЫМ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩИМ И ХОРИОНИЧЕСКИМ ГОНАДОТРОПИНОМ У МАЛЬЧИКОВ С ГИПОГОНАДОТРОПНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ..... 156

Кочеткова Н.А.

МАГНИТОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ 159

Кошкина А.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА..... 161

Крылова К.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРЕНОСОВ ДЕВИТРИФИЦИРОВАННЫХ ЭМБРИОНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ 163

Кузнецова О.А.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТЕСТИРОВАНИЯ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ PD-L1 В ТРОЙНОМ НЕГАТИВНОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОССИИ..... 165

Куликова О.А.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТА У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНУСИТОМ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ..... 167

Куров М.А.

ПРИНЦИПЫ УЛУЧШЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА 169

– Л – 171

Лапушко В.Ю., Никифорова К.И., Изабакарова Ф.И.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ СБОРНО-РАЗБОРНАЯ ЛОЖКА ДЛЯ СНЯТИЯ ОТТИСКОВ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ..... 171

Лапушко В.Ю., Никифорова К.И., Изабакарова Ф.И.

ВРЕМЕННАЯ ФИКСАЦИЯ НЕСЪЕМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ 173

Лисеенко О.Г.

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ГНОЙНЫЕ МЕНИНГИТЫ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА..... 175

– М – 177

Масс Е.Е.

ПРОТЕОМИКА, МЕТАБОЛОМИКА, ГЕНОМИКА НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА: КЛИНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ 177

Моисеева Ю.П.

ГЕНОТИПИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФЕНОТИПОВ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА..... 179

Морозова Ю.С.

СТРУКТУРНО-БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРНЕОСКЛЕРАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГЛАУКОМЫ 181

Мурадян А.А.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТОКОЛА УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ 183

– Н – 185

Назарова А.С., Нуртдинова Л.Р.

РАЗРАБОТКА АИС ПРИНЯТИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ИНЖЕНЕРНОЙ СЛУЖБЫ КДЛ..... 185

Назарова Е.В.

ГЕНОТИПИРОВАНИЕ И ФЕНОТИПИРОВАНИЕ CYP2D6 У ПОДРОСТКОВ С ОСТРЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ: ПОИСК ФАКТОРОВ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕАКЦИЙ НА АНТИПСИХОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ 187

Насытко А.Д.

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЛИПОФИЛЬНЫМИ СТАТИНАМИ КАК ФАКТОР
РИСКА РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС 189

Нафедзов И.О.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ 191

Нашатырева М.С.

ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ
ТКАНИ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ
В Г. ИРКУТСКЕ 193

Николина К.О.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО
ФУРУНКУЛЕЗА У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА 195

– О – 197

Озерова Д.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМОЙ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ БОТКИНСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ 197

Олюшина Е.М.

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОСАТЕЛЛИТНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ В УРОТЕЛИАЛЬНОМ
РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 199

Орлова А.В., Насонкина О.М.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ
ЗАВИСИМОСТИ 201

Осипов А.С., Акмалова К.А., Созаева Ж.А., Смирнов В.В.

СВЯЗЬ АКТИВНОСТИ СУРЗА С ПАРАМЕТРАМИ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ
ПРИМЕНЕНИИ АНТИПСИХОТИКОВ У ПОДРОСТКОВ С ОСТРЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ
ЭПИЗОДОМ 203

– П – 205

Пархоменко А.А.

УРОВЕНЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО
ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ 205

Пирумова А.А.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА PVLL ГЕНА РЕЦЕПТОРА ЭСТРАДИОЛА АЛЬФА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДДМЖ).....207

Пирумова В.А.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ (НБ)208

Полухин Н.В.

АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩИХ МЕТОДИК ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ВЕБ-САЙТОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....209

Полякова А.С., Соколов Е.А., Метелев А.Ю., Ивкин Е.В., Томилов А.А., Мулабаев Н.С., Марченко В.В.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ, ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ.....211

Полякова О.А.

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК – МАРКЕР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА213

Поплевченков К.Н.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ И СОЧЕТАННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ДРУГИХ ПАВ С УЧЕТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ.....215

Потапов А.С.

ИНИЦИАТИВА КОКРЕЙН РОССИЯ В РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВИКИПЕДИИ ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВ НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ.....218

Прошакова М.А., Игошин П.А.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ КРОНА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....219

– Р – 221

Рафикова Ю.Э.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОПАТИЙ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....221

Рублевская А.С.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ШКОЛЫ ПО БОРЬБЕ С КУРЕНИЕМ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ223

Рустамова Р.Н.

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ, СВЯЗАННЫЕ С НАРУШЕНИЕМ ПОЗОТОНИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ.....225

– С –..... 227

Сафарова Г.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ДРУЗ ПРИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ.....227

Сафонова Т.Д.

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕГОЧНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ВАСКУЛИТАХ, АССОЦИИРОВАННЫХ С АНТИТЕЛАМИ К ЦИТОПЛАЗМЕ НЕЙТРОФИЛОВ.....229

Сафонова В.В.

РИСК РАЗВИТИЯ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА К.....231

Сафонова Н.Е.

ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЦИСТЭКТОМИИ.....233

Степанова В.В.

ПЕРВЫЙ УСПЕШНЫЙ МЕТОД РЕКАНАЛИЗАЦИИ ТРАХЕИ МЕТОДОМ РЕЗЕКЦИИ ОПУХОЛЕВОГО УЗЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ YAG-LASER В ГКБ ИМ. БОТКИНА.....235

Стрежнева Д.А., Дамбаева Б.Б.

ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА ФОНЕ НЕСКОЛЬКИХ ВАРИАНТОВ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ.....237

Сычев С.И.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОМИКРОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....239

– Т –..... 240

Тазагулова М.Х., Акмалова К.А., Созаева Ж.А.

АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ *CYP3A*, *CYP2D6*, *ABCB1*, *DRD2* С БЕЗОПАСНОСТЬЮ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ОСТРОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА У ПОДРОСТКОВ240

Тарилова Е.А.

МАГНИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....242

Торопова О.С.

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПО ГЕНУ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО РЕЦЕПТОРА И ЦИТОХРОМА P450 У БОЛЬНЫХ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ244

Трифопова Г.В.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ246

Трошнева А.Ю.

ПОИСК РАННИХ ПРЕДИКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ОНМК.....248

Трухина А.В.

ЧТО СКРЫВАЕТСЯ ПОД МАСКОЙ «ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ»?250

Трухина А.В.

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПОЗВОЛЯЕТ СОРВАТЬ МАСКИ «ЧБД» (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ).....252

Тумгоева Л.Б.

ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ: ИСТОРИЯ ВОПРОСА254

Тучина О.Д.

ДЕЗАДАПТИВНЫЕ МОДЕЛИ КОГНИТИВНОГО БУДУЩЕГО ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ: СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ.....257

– У –..... 259

Усманова Л.Р.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЗНАЧЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ НАРУШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ И РАЗВИТИИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ.....259

Ушарова С.А.

ОККЛЮЗИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ.....261

– Ф – 263

Физицкая В.Д., Бесланеев А.А., Брыксин Д.А., Каблукова А.В., Шмелева И.Э.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ОГРАНИЧЕНИЙ В КАТЕГОРИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
«ОБЩЕНИЕ» НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ
(МКФ).....263

– Х – 265

Харазов А.Ф., Кульбак В.А., Басирова Н.М.

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С РЕДКОЙ
СОСУДИСТОЙ АНАМАЛИЕЙ – ГИПОПЛАЗИЕЙ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА
АОРТЫ.....265

Хасиев А.А.

ЗРЕЛАЯ ТЕРАТОМА МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
ВРАЧА-НЕЙРОХИРУРГА267

– Ч – 269

Чеботарь Н.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – ДЕТСКОГО
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА.....269

Чехонацкий В.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТАКТИК ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ
ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ.....270

Чехонацкий В.А.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВОГО
ДИСКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА273

Чехонацкий И.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ В
УРОЛОГИИ.....275

– Ш – 277

Шаферс А.Ш., Никифорова К.И.

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА277

Шаферс А.Ш., Никифорова К.И.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРОЕНИЯ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ДУГ В НОРМЕ И ПРИ ДИСТАЛЬНОМ ПРИКУСЕ В ПРОЦЕССЕ РОСТА ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ 279

Шеденко К.Ю.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕРЕСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПАРАМЕТРОВ, А ТАКЖЕ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ..... 282

Шерагулова В.С.

СОМАТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПО СХЕМЕ ХИТ-КАРТЕРА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО БИОИМПЕДАНСНОЙ ОЦЕНКИ 283

Шестопалова А.Н.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ХОФИТОЛА ПРИ НАРУШЕНИИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВотоКА НЕВЫРАЖЕННОЙ СТЕПЕНИ 285

– Ю – 288

Югай О.М.

ТОННЕЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОДСЛИЗИСТАЯ ДИСЕКЦИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ КРУПНОЙ АДЕНОМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ 288

Юртова Е.В.

ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДОКУМЕНТАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ РАДИАЦИОННЫМИ ОБЪЕКТАМИ..... 290

Юсупова А.Р.

ДЕСТРУКТИВНЫЕ И НЕЙРОСТИМУЛЯЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ДИСКИНЕЗИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА 291

Юсупова А.Р.

РЕТРОПЛЕВРАЛЬНАЯ ТЕРАТОМА 293

THE EXPERIENCE OF USING THE NEUROREGULATED MODE OF MECHANICAL VENTILATION IN PREMATURE NEWBORNS

Anuriev A.M., graduate student of Department of anesthesiology and intensive care

Oshirov V.E., doctor o of Department of anesthesiology and intensive care

A chief: Gorbachev V.I., doctor of medical Science, Professor

Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Academy of Continuing Professional Education, Irkutsk

Background: Currently, more specific ventilation modes have been appearing. They allow controlled ventilation of lungs and provide respiratory support in accordance with the needs of a patient.

Objective: To evaluate the effectiveness of the NAVA-mode of mechanical ventilation (MV) in preterm infants with extremely low body weight (ELBW) and very low body weight (VLBW) at birth.

Materials and methods: A prospective study was conducted with the stress on effectiveness of using the NAVA-mode of MV in premature infants with ELBW and VLBW at birth. Depending on the ventilation mode, two groups of children were formed. 20 children of the first group underwent mechanical ventilation in the mode pressure control, 20 children of the second group in the NAVA mode. In laboratory conditions, the gas composition of venous blood, lipid peroxidation markers, and antioxidant system were studied.

Results: In the gas composition of blood in children of the first group, hypocapnia and respiratory alkalosis prevailed. $p\text{CO}_2$ - 28.6 ± 4.9 mm Hg, pH 7.48 ± 0.05 . In children of the second group, the indicators were within the normal values. In children of the first group, increase of the level of malondialdehyde and decrease of the concentration of glutathione were observed, while the indicators correlated with the gravity of the condition.

Conclusion: Mechanical ventilation in NAVA mode in premature infants

ensures the constancy of the gas composition of the blood, and also helps to prevent the activation of the lipid peroxidation system.

МИКРОАНГИОПАТИЯ И ИНСУЛЬТ

Абакарова М.С., кафедра неврологии с курсом рефлексологии
и мануальной терапии

Научный руководитель: д.м.н., доцент Васенина Е.Е.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Микрокровоизлияния - это специфические структурные изменения мелких сосудов головного мозга, которые выявляются на МРТ и имеют как подкорковую так и корковую локализацию. Подкорковое расположение микрокровоизлияний связано с наличием артериолосклероза у больных с артериальной гипертензией и часто сочетается с лейкоареозом на снимках МРТ. Корковые микрокровоизлияния соответствуют амилоидной ангиопатии и часто сочетаются с атрофическими изменениями головного мозга, болезнью Альцгеймера. Целью нашей работы было оценить частоту встречаемости микрокровоизлияний и попытаться выявить их причины у больных с инсультом.

Материал и методы: В исследование были включены 22 пациента с инсультом, госпитализированные в сосудистый центр ГKB им.С.П. Боткина. Средний возраст больных составил 65.5 ± 14.9 лет. 20 пациентов были с геморрагическим инсультом (90,9 %) и 2 пациента с ишемическим инсультом (9,1 %). Все больные были сопоставимы по выраженности микроангиопатий, независимо от характера инсульта. Оценка лейкоареоза проводилась по шкале Fasekas, выраженность атрофического процесса по шкале кортикальной атрофии (Global cortical atrophy, GCA –шкала) и шкале оценки атрофии гиппокампа (Medial temporal atrophy, МТА –шкала). У всех пациентов учитывались данные коагулограммы, общего анализа крови, проводимая

лекарственная терапия.

Результаты: Микрокровоизлияния выявлялись у пациентов не зависимо от характера инсульта. Всего было выявлено 56 микрокровоизлияний: 38 подкорковой локализации (67,9 %) и 18 корковой локализации (32,1 %). Высокий процент микрокровоизлияний корковой локализации вероятно связан с наличием сопутствующей амилоидной ангиопатии, которая сама по себе может являться причиной геморрагического инсульта. Лейкоареоз был выявлен в 86 % случаев, что говорит о возможности развития кровоизлияния у больного с хронической микроангиопатией. Атрофия области гиппокампа была у 27 % пациентов, а глобальная кортикальная атрофия у 45 % пациентов. Была выявлена тенденция к более редкому приему статинов и более низкому уровню тромбоцитов для пациентов с большим количеством микрокровоизлияний (число микрокровоизлияний более 2) ($p=0,07$), что требует дальнейшего изучения влияния приема антиагрегантов на риск развития микрокровоизлияний и потенциальное вазопротективное действие статинов. У пациентов с единичными микрокровоизлияниями уровень фибриногена был статистически достоверно выше ($p<0,05$), что позволяет предположить потенциальный механизм образования данного единичного кровоизлияния в рамках начального этапа течения ДВС-синдрома у больного с инсультом, что требует подтверждения на большей выборке больных.

Заключение: У пациентов пожилого возраста существует риск развития и ишемического, и геморрагического инсульта, при этом кровоизлияние может быть следствием амилоидной ангиопатии. Атрофические изменения головного мозга у больного с инсультом говорят о сопутствующем нейродегенеративном процессе, а при атрофии гиппокампа- возможной болезни Альцгеймера, что должно учитываться при ведении больного. Наличие микрокровоизлияний и их количество непосредственно или опосредованно может быть связано с нарушением свертывающей системы крови. Влияние статинов и антиагрегантов на образование микрокровоизлияний необходимо оценить на большем количестве человек, так как это позволит модернизировать как

первичную, так и вторичную профилактику ишемического и геморрагического инсульта. Интересным является факт возможного развития элементов ДВС-синдрома у больных с инсультом, что также требует дальнейшего подтверждения.

АССОЦИАЦИЯ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА SIRT1 RS12778366 С ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ

Абрамова О.И., аспирант кафедры офтальмологии

Руководитель: Мошетьева Л.К., д. м. н., проф., академик РАН

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Сиртуины относятся к NAD-зависимым деацетилазам класса III(SIRT1-SIRT7). SIRT1 – один из основных регуляторных факторов по контролю базовых биологических процессов (клеточное старение, дифференцировка, воспалительные процессы). В клетках SIRT1 регулирует некоторые клеточные функции: клеточный цикл, реакция на повреждение ДНК, метаболизм, апоптоз и аутофагия. Экспрессия SIRT1 в сетчатке носит изменчивый характер, что подтверждает его регуляторный механизм в сетчатке. Считается, что возрастная макулярная дегенерация (ВМД) связана со старением организма и такими патологическими процессами, как окислительный стресс, воспаление, изменения внеклеточного матрикса, нарушение липидного обмена и аномальный рост новообразованных сосудов. В сетчатке и в клетках РПЭ при ВМД отмечается снижение экспрессии SIRT1. Различия в экспрессии гена SIRT1 в большей степени связаны с изменением транскрипционной активности в области промотора гена SIRT1, где расположен однонуклеотидный полиморфизм rs1277836619. Предполагается, что носители различных генотипов в полиморфных регуляторных участках генов обладают различным базовым уровнем экспрессии гена SIRT1.

Цель: выявление ассоциации полиморфизма гена SIRT1rs12778366 с

риском развития возрастной макулярной дегенерации.

Материал и методы: использовались образцы буккального эпителия 36 пациентов с диагнозом ВМД, из них 33 образца буккального эпителия женщин (91,7 %) и 3 образца буккального эпителия мужчин (8,3 %). Средний возраст 71 ± 9 . В качестве сравнения использовали образцы буккального эпителия 40 человек с отсутствием глазной патологии в аналогичном возрасте. Критериями невключения являлись пациенты с другой сочетанной патологией глаза, а также терапевтическими заболеваниями в стадии суб- и декомпенсации. Выделение геномной ДНК из клеток буккального эпителия фенол-хлороформным методом и генотипирование полиморфного локуса rs12778366 в гене SIRT1 методом ПЦР в реальном времени с использованием технологии конкурирующих зондов TaqMan и специфических праймеров проводилось в ФГБНУ «Научно-исследовательский институт патологии и патофизиологии». Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью тестов на соблюдение равновесия Харди-Вайнберга и выявление ассоциаций методом χ^2 в программе DeFinetti.

Результаты: анализ полиморфизма rs12778366 в гене SIRT1 позволил оценить частоту встречаемости аллелей, генотипов полиморфного локуса у пациентов с ВМД. Тест на соответствие равновесию Харди-Вайнберга для выборки основной группы и группы сравнения не показал смещения частот генотипов от нормального распределения. При анализе частот генотипов выявлено, что полиморфный locus rs12778366 ассоциирован с ВМД (отношение шансов для носителей аллеля Т составило 1,235 ($P = 0,656$)).

Выводы: выявлена ассоциация полиморфного локуса rs12778366 в гене SIRT1 с риском развития ВМД для носителей аллеля Т. Основным ограничением исследования является небольшой размер выборки исследуемых групп. Тем не менее, полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения ассоциации полиморфизма rs12778366 с параллельным исследованием других генетических вариаций гена SIRT1, которые так же могут оказывать влияние на развития данной патологии.

АНАЛИЗ МАКРОСОМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ ЗА 2018–2019 ГОДЫ.

Аильбаева Н.М., ассистент кафедры педиатрии имени Д.М.Тусуповой
Даирбеков Е.Е., ассистент кафедры педиатрии имени Д.М.Тусуповой
Аскарбекова А.С., врач-интерн кафедры педиатрии имени Д.М.Тусуповой.

Руководитель: Алимбаева А.Р., к.м.н.,
заведующая кафедрой педиатрии Д.М.Тусуповой.
НАО МУС, г. Семей, Республика Казахстан

Актуальность: Крупный плод (макросомия)-это проблема рождения детей с избыточным весом свыше 4000 грамм. В Казахстане ежедневно рождается свыше 1 тысячи детей, в год около 400 тысяч детей. Частота макросомии составляет от 8,2 до 16,5%. В середине XX века крупный плод встречался в 8,8% всех родов, а гигантские (вес более 5000 грамм)-1:3000 родов. В последние десятилетия отмечена тенденция к увеличению массы тела новорожденных. Ежегодный рост показателей рождаемости крупного плода делает проблему макросомии плода актуальной как во всем мире, так и в Республике Казахстан. Высокая заболеваемость требует детального изучения распространенности, эпидемиологии и смертности, которые имеют различные значения, как между странами, так и в областях внутри одной страны.

Целью настоящего исследования является изучение заболеваемости детей раннего возраста, рожденных крупным весом по городу Семей за период с 2018 по 2019 годы.

Материалы и методы: Дизайн исследования-ретроспективный анализ. За период с 2018 по 2019 гг. были проанализированы «карты выкопировки», созданные на основе документаций лечебно-профилактических учреждений родовспоможения: книги записи родов-ф. № 10/у, обменные карты-ф. № 113/у, истории родов ф. № 096/у, истории развития новорожденных ф. № 097/у,

история развития ребенка ф. № 112/у. 1021 новорожденных, рожденных крупным весом. Определены критерии включения в основную группу, которые представлены следующим образом: вес плода при рождении 4000г и более, одноплодные, живорожденные, срок 37–42 недели. Критерии исключения: недоношенность, многоплодие, вес менее 4000 г. и более 5000 г.

Результаты: Проведенный анализ показал, что общее количество родов по городу Семей с 2018 по 2019 годов снизилось на 103 родов. Частота крупного плода составляла в 2018 году 460 случаев, а в 2019 году 584, что на 101 случай чаще чем в предыдущем году, то есть на 9,67 % больше. Наибольший удельный вес крупных новорожденных городской принадлежности – 684, что составило 66,95 % от общего числа зарегистрированных новорожденных с макросомией. По уровню заболеваемости диабетическая фетопатия встречалась в 9 случаях в 2017 году, в 2018 году – 13, в 2019 году – 17, то есть в динамике наблюдается возрастание показателей. Соответственно, по заболеваниям, ввиду увеличения крупных новорожденных, уровень их заболеваемости увеличился. Так кефалогематома у новорожденных развивалась у 109 детей в 2018 году, а в 2019 году у 120 новорожденных. Перелом ключицы встречался в 43 случаях в 2018 году и 49 случаях в 2019 году.

Вывод: Ретроспективный анализ демонстрирует тенденцию увеличения новорожденных с макросомией и повышает их фоновые заболевания, что в свою очередь влияет на их качество жизни и адаптацию к внешним условиям.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОСТНОГО ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ ПО РЕНТГЕНОГРАММЕ КИСТИ РУКИ

Акулова Л.Х., ординатор кафедры ортодонтии

Овчаренко Н.Ю., ординатор кафедры ортодонтии

Абдулаева М.К., ординатор кафедры ортодонтии

Руководитель: доцент, к.м.н. Минаева Ирина Николаевна

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Ортодонтическое лечение зубочелюстно-лицевых аномалий у пациентов в разные периоды роста и формирования зубочелюстной системы осуществляется разными методами. Клинические решения, касающиеся выбора аппаратов, действующих механически и функционально, тактики лечения с удалением отдельных зубов или без, а также использование возможностей челюстно-лицевой хирургии, обосновываются на результатах определения стадии роста пациента.

Цель исследования. По данным литературы проанализировать методы прогнозирования и определения периодов активного роста челюстей.

Задачи.

Найти по данным литературы методы определения костного возраста.

Проанализировать степень их достоверности.

Обсуждение и результаты. Ни хронологический, ни зубной возраст, ни абсолютные значения роста тела не являются адекватными критериями оценки роста челюстей пациента. Наиболее тесно с ростом челюстей связан параметр костного возраста (степень зрелости костной системы).

Для определения костного возраста выполняется прямая рентгенограмма кисти, как правило, левой, с захватом лучезапястного сустава. На рентгенограммах кистей рук по Бюрку определяют степень формирования эпифизов и диафизов фаланг I, II и III пальцев, соединение эпифизов и диафизов, период появления сесамовидных костей. Уточняют стадию формирования кистей рук.

Особое внимание уделяют началу минерализации сесамовидных костей (4 стадия – SH2), располагающихся в области межфалангового сочленения I пальца в толще сухожилий мышц. Их выявление свидетельствует о приближении периода интенсивного роста скелета, в частности челюстей, предшествующего периоду наступления половой зрелости. Учет этого признака важен для прогноза ортодонтического лечения аномалий прикуса, сочетающихся с недоразвитием или чрезмерным развитием челюстей. В этой стадии рекомендовано применение функционально-действующих аппаратов (регуляторы функции Френкля, активаторы, бионаторы и т. п.)

Соединение эпифиза и диафиза лучевой кости свидетельствует об окончании формирования скелета ребенка (9 стадия – Ru). На этой стадии рекомендуется планировать сложные челюстно-лицевые операции, которые необходимо проводить после окончания формирования скелета.

Аналогичные результаты получаются при использовании эхографии кисти.

Выводы.

Для уточнения возможности роста челюстей, выбора оптимального метода лечения и уточнения прогноза целесообразно определять степень оссификации скелета и ее соответствие возрасту.

Использование в качестве дополнительного метода диагностики рентгенографии или эхографии кисти руки позволяет выявлять возрастные особенности формирования зубочелюстной системы у пациентов с зубочелюстными аномалиями, что позволяет врачу-ортодонту с большей степенью достоверности прогнозировать сроки лечения.

ГОРМОНАЛЬНО-НЕАКТИВНАЯ АДЕНОМА НАДПОЧЕЧНИКА И АВТОНОМНАЯ СЕКРЕЦИЯ КОРТИЗОЛА: ВЫСОКИЙ РИСК СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, САХАРНОГО ДИАБЕТА И ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНКОВ

Амергулов И.И., ординатор кафедры эндокринологии № 1
Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского
Руководитель: Павлова М.Г., к.м.н., доц.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

Введение. ИНП (инциденталомы надпочечника) – случайно выявленное при визуализирующем исследовании образование не по поводу патологии надпочечника, а в связи с другими причинами. В структуре ИНП наиболее часто выявляют гормонально-неактивные аденомы (ГНА) (71–84 %) и аденомы, автономно секретирующие кортизол (АСК) (1–29 %). Актуальность проблемы автономной секреции кортизола объясняется наличием коморбидной патологии, патогенетически связанной с гиперпродукцией кортизола (артериальная гипертензия, нарушение углеводного обмена, остеопороз) и отсутствием четкой общепринятой лечебной тактики при ГНА и АСК. При этом при изначальном отсутствии гормональной активности аденомы за 6,5 лет наблюдения отмечено развитие АСК в 8,2 % случаев.

Цель исследования: оценить риски развития и распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, переломов позвонков и сахарного диабета у пациентов с ГНА надпочечника, АСК и в здоровой популяции.

Материалы и методы: анализ литературы.

Результаты.

1. Артериальная гипертензия (АГ)

При АСК, в отличие от гормонально-неактивных ОНП, наблюдается бóльшая масса миокарда левого желудочка, более выраженная диастолическая дисфункция левого желудочка и бóльшая скорость распространения пульсовой волны. В динамике отмечено значительное увеличение распространенности АГ

среди пациентов с АСК, по сравнению с пациентами с ГНА в течение 6,5 лет наблюдения (количество пациентов с АГ при АСК возросло с 25 % до 87,5 %, при ГНА – с 53,9 % до 62,9 %).

2. Нарушения углеводного обмена

Распространенность сахарного диабета 2 типа (СД 2) и нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) среди АСК выше, чем при ГНА (СД 2 – 33,3 % vs 16,8 %, НТГ – 19,2 % vs 17,6 %). При этом количество новых случаев сахарного диабета и НТГ в течение 6,5 лет наблюдения больше при АСК, чем при ГНА (количество пациентов с СД 2 при АСК возросло на 12,5 %, при ГНА – на 5,4 %). Следует отметить, что, в целом, СД 2 у пациентов с ГНА встречался чаще, чем в общей популяции (27,3 % vs 11,7 %).

3. Снижение минеральной плотности костной ткани

В течение 2-х лет наблюдения при АСК регистрировалось большее количество новых переломов позвонков, чем при ГНА (количество пациентов с переломами позвонков при АСК возросло до 48,1 %, при ГНА – до 13,2 %). При этом маркеры костной резорбции и костеобразования при АСК оказались достоверно ниже, чем при ГНА. В целом, при ГНА темпы как костеобразования, так и остеорезорбции ниже, чем среди людей без ИНП.

Выводы. Аденомы надпочечника, сопровождающиеся АСК, ассоциированы с бóльшим сердечно-сосудистым риском и бóльшей сердечно-сосудистой смертностью по сравнению с ГНА (смертность от сердечно-сосудистых заболеваний за 15-летний период наблюдения при АСК – 22,6 %, при ГНА – 2,5 %). А риск развития СД 2 у всех пациентов с ГНА выше, чем в популяции. Таким образом, как АСК, так и ГНА требует большей настороженности врача в отношении развития коморбидных состояний (АГ, СД 2, переломы позвонков), что требует своевременного выявления этих состояний и начала терапии для повышения качества и увеличения продолжительности жизни.

ПЕРОРАЛЬНАЯ ТРАНСПАПИЛЛЯРНАЯ ХОЛАНГИОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОЦИФРОВОЙ СИСТЕМЫ SPYGLASS DS

Амиров М.З., ординатор кафедры эндоскопии

Руководитель: Коржева И.Ю., д.м.н., профессор.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение: Диагностические возможности пероральных эндоскопических исследований желчных и панкреатического протоков впервые были продемонстрированы рядом авторов еще в конце 1970-х годов с помощью системы «Mother-Baby» фирмы Olympus (Япония).

В 2015 году компания BostonScientific (США) предложила к клиническому применению подобную «Mother-Baby» модель эндоскопического прибора- SpyGlass DS, предназначенного для проведения пероральной холангиопанкреатикоскопии.

В России аппарат SpyGlass DS начал использоваться с декабря 2017 г.

Одно из основных показаний для пероральной эндоскопической холангиоскопии – дифференциальная диагностика опухолевых и неопухолевых поражений желчевыводящих путей. Видеоцифровая система SpyGlass позволяет выполнять биопсию специальными ультратонкими биопсийными щипцами (\varnothing 1 мм), проводимыми через инструментальный канал холангиоскопа, что повышает диагностическую чувствительность метода до 96–99 %.

Цель исследования: оценить диагностические возможности эндоскопа SpyGlass DS в диагностике патологии внепеченочных желчных протоков.

Материалы и методы: В хирургической клинике Боткинской больницы в период сентябрь–февраль 2019–2020 гг. было выполнено 5 пероральных транспапиллярных вмешательства с применением SpyGlass DS. Показаниями для проведения этого внутрипротокового исследования явились стриктуры внепеченочных желчных протоков неясного генеза. Пациенты: женщины –

4 (80 %), мужчины – 1 (20 %), средний возраст– 60 лет. Во всех случаях холангиоскопии предшествовала эндоскопическая папиллосфинктеротомия, а каждое исследование со SpyGlass DS завершилось щипцовой биопсией под визуальным контролем для морфологической верификации диагноза.

Результаты: Время выполнения пероральной транспапиллярной холангиоскопии составило в среднем 30 мин. Наиболее продолжительным оказалось исследование у пациента, перенесшего трансплантацию печени, осложнившуюся формированием рубцовой стриктуры холедохо-холедохоанастомоза и холангиогенным абсцессом печени. У 2-х пациентов был выявлен аденомиоматоз холедоха, у 1-го – подтверждено подозрение на наличие холангиокарциномы, высказанное по данным предоперационного обследования (КТ, МРХПГ, ЭРХПГ, ЭУС). В 2-х случаях стриктура была доброкачественного характера на фоне холедохолитиаза.

Осложнений и летальных исходов в исследуемой группе пациентов не было.

Выводы: Пероральное эндоскопическое транспапиллярное внутрипротоковое вмешательство в системе желчевыводящих путей с применением видеоцифрового эндоскопа SpyGlass DS (пероральная транспапиллярная холангиоскопия) – объективный и информативный диагностический метод, позволяющий осуществлять визуальную оценку патологических поражений желчевыводящих путей, выполнять прицельную биопсию с получением адекватных образцов биологической ткани для морфологического исследования и верификации диагноза.

НЕОБХОДИМОСТЬ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ КРИОТЕРАПИИ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ В ПОВСЕДНЕВНУЮ ПРАКТИКУ ВРАЧА

Андреев Н.А., студент МГТУ им. Н.Э. Баумана.

Руководитель: Пушкарев А.В., к.т.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Криотерапия – раздел физиотерапии, который включает физические методы лечения с применением холода в качестве основного воздействующего физического фактора. Методы криотерапии могут быть разделены на две группы: использование умеренных температур от плюс 20 до минус 30°C; применение низких температур от минус 30 до минус 150°C. В зависимости от площади тела, подвергаемой воздействию, различают: локальную криотерапию (отведение теплоты от отдельных участков тела человека) и общую криотерапию (отведение теплоты одновременно от всей поверхности тела человека). Различий в механизме лечебных действий локальной и общей криотерапии замечено не было. После процедур общей криотерапии все физиологические изменения, возникающие в организме, проявляются более явно. Поэтому подробно будет рассмотрено применение общей криотерапии.

Материалы и методы. При общей криотерапии используются криосауны (в том числе криобассейны, криокапсулы, криокабины), открытого или закрытого типа, для индивидуальных или групповых (несколько пациентов в одном помещении) процедур. Криосауна - ограниченное, теплоизолированное пространство, в которое помещается человек и затем подается охлаждающая среда (минус 120 - минус 150°C) для проведения криотерапии (в течение 60–180 секунд).

Результаты. При общей криотерапии возможно управлять степенью лечебных воздействий, с помощью регулируемых параметров процедуры: интенсивность, длительность, динамика воздействия, площадь охлаждаемой поверхности тела, временной интервал между воздействиями. Данные

параметры назначаются специалистом перед процедурой и зависят от характера патологии, индивидуальных особенностей и возраста пациента. Чем меньше время процедуры, тем выше тонизирующая способность криотерапии. Более продолжительная процедура, наоборот, оказывает спазмолитическое действие.

Показания к общей криотерапии: патология опорно-двигательного аппарата; сосудистые расстройства; психосоматическая патология; заболевания кожи. Холод оказывает болеутоляющее действие при травмах костно-мышечной системы. Холод влияет на скорость нервной проводимости и тем самым увеличивает порог болевой чувствительности и переносимость боли. Еще одно важное воздействие криотерапии - снижение метаболизма. Холод уменьшает потребность клеток в энергии, а тканей в кислороде. Понижение температуры тела сопровождается уменьшением притока крови к пораженному участку. Холод вызывает снижение уровня метаболизма в поврежденном органе или ткани, тем самым создает условия для восстановления или дает возможность не сразу потерять жизнеспособность при неблагоприятных условиях.

Также общая криотерапия оказывает благоприятное воздействие на состояние периферической нервной и мышечной систем. По данным многих авторов, общая криотерапия усиливает выработку АКТГ (гормон «отвечающий» за устойчивость к стрессовым ситуациям) передней долей гипофиза. Стимуляция лимбической системы («эмоциональный» мозг) головного мозга приводит к усилению выработки эндорфинов, обладающих мощным обезболивающим, седативным, эйфоризирующим действием.

Выводы. Криотерапия полезна как сопутствующий вид лечения при широком спектре заболеваний. В связи с этим необходимо расширять области применения криотерапии, а также совершенствовать оборудование для криопроцедур, давая возможность врачу индивидуализировать процедуру с помощью регулирования параметров, перечисленных выше.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СЕРИИ ПРОЦЕДУР КРИОТЕРАПИИ

Андреев Н.А., студент МГТУ им. Н.Э. Баумана.

Аверина К.С., кафедра медицинская техника, РМАНПО.

Снычева О.А., ФГБУ ИБХ РАН.

Руководитель: Пушкарев А.В., к.т.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Со стороны обывателя оценить прохождение серии процедур криотерапии в индивидуальной азотной криосауне. Выявить результаты влияния низких температур при изменении длительности, интенсивности, временного интервала между воздействиями. Описать ощущения организма человека во время процедуры, а также психоэмоциональное состояние после процедуры. Выявить положительные и отрицательные стороны прохождения криопроцедуры в конкретном типе криосауны.

Материалы и методы. Криосауна - ограниченное, теплоизолированное пространство, в которое заходит человек и затем подается охлаждающая среда (минус 120 - минус 150°C) для проведения криотерапии. Серия криотерапевтических процедур проводилась в азотной криосауне индивидуального типа (в одной терапевтической процедуре участвует один человек). Реализовывалась идея посещения криосауны подряд, в течение 5 дней, с увеличением времени воздействия каждый день на 15–60 секунд в зависимости от ощущений пациента. В первый день время процедуры составило 180 сек., второй день – 240 сек., третий, четвертый, пятый дни – 255, 270, 300 сек. соответственно. Исследование производилось под контролем врача-физиотерапевта, работающего с данной установкой, увеличение времени воздействия каждый раз согласовывалось с врачом.

Результаты. В первый день (180 сек.), в начале процедуры испытывался психологический стресс, но он быстро прошел, и сложилось впечатление, что

времени процедуры недостаточно. Охлаждение было заметно только ниже пояса. Состояние организма после процедуры имеет сходство с посещением бассейна, ощущение бодрости и притока сил. Во второй день (240 сек.), в начале процедуры возникло желание интенсивно двигать руками и поворачиваться на месте. Вследствие чего, воздействие процедуры показалось более выраженным. При этом все равно ощущается неравномерность охлаждения тела. В третий (255 сек.), четвертый (270 сек.), пятый (300 сек.) дни наблюдались следующие тенденции: выраженная гиперемия, но в основном на хорошо обдуваемых участках тела, следствием которой является кратковременное жжение кожи после процедуры (ответная реакция организма на понижение температуры тела, преимущество криотерапии), после процедуры заметно повышается настроение (выброс эндорфинов), также увеличивается работоспособность в день прохождения процедуры.

Выводы. Криотерапия может быть полезна не только как сопутствующий вид лечения при широком спектре заболеваний, но и как повседневная процедура для стимуляции работы организма, поднятия тонуса тела, улучшения состояния кожного покрова. Также следует отметить, что при прохождении нескольких процедур подряд повышается выносливость организма, вследствие чего возможно увеличивать время воздействия. Тем самым подтверждается эффективность небольших серий процедур. Также криотерапия тренирует центры терморегуляции организма, что может приводить к улучшению переносимости резких перепадов температурных условий.

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ И ИХ БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА

Арутюнян А.С.^{1,2}, аспирант кафедры неотложной и общей хирургии.

Руководитель: Благовестнов Д.А.^{1,2}, профессор, д.м.н., врач-хирург.

1. ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

2. ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ

Актуальность. Благодаря современным достижениям диагностики, доля операций по поводу острого аппендицита за последние 20 лет сократилась с 40,3 % до 26,4 %. Тем не менее, эти операции так же занимают первое место по оперативной активности среди вмешательств по поводу острых заболеваний органов брюшной полости. В 20–30 % случаев острый аппендицит осложняется перитонитом, что является основной причиной летальности (0,13 %, из которых 0,12 % – послеоперационная).

На сегодняшний день, общепринятым хирургическим доступом при аппендиците является лапароскопический. Однако, при распространенном перитоните, хирургический доступ до сих пор остается предметом дискуссии. При лапароскопическом доступе представляется перспективным использование санационных релапароскопий. При развитии интраабдоминальной инфекции (ИАИ), возможно использование дренирующих вмешательств под ультразвуковым и рентгенологическим контролем для профилактики и лечения в послеоперационном периоде. Использование данных методик минимизирует количество и тяжесть послеоперационных осложнений, сокращает срок пребывания больного в стационаре, время реабилитации и восстановления трудоспособности, что так же уменьшает финансовые затраты.

В настоящее время, единой точки зрения о возможности лапароскопического (ЛС) лечения пациентов с острым аппендицитом, осложненным распространенным перитонитом, среди авторов нет.

Цель исследования: определить возможности минимально инвазивных

вмешательств в лечении больных с распространенным аппендикулярным перитонитом.

Материалы и методы. За 2018–2019 гг., у 776 при выполнении лапароскопии установлен диагноз острый аппендицит, у 398 больных он был осложнен различными формами перитонита. У 49 (100 %) пациентов были диагностированы распространенные формы перитонита. Анализ результатов лечения данной группы больных составил предмет нашего исследования. Средний возраст – 42,2 лет \pm 18,1 лет (19–94 лет), 30 – мужчины (74,6 %), 19 – женщины (25,4 %). В 38 наблюдениях форма перитонита была диффузная, в 11 – разлитая.

Для классификации спаечного процесса в брюшной полости использовалась классификация Блинникова О.И. (1993 г.), для классификации распространенности перитонита – рекомендации РАСХИ (2017 г.), для оценки послеоперационных осложнений – классификация Clavien-Dindo (2004 г.). Для оценки явлений перитонита и показаний к энтеральной декомпрессии, был использован мангеймовский индекс перитонита (МИП, 1987 г.).

Первым этапом, всем пациентам производилась аспирация выпота из брюшной полости, затем выполнялась аппендэктомия лигатурным способом без погружения культи в купол слепой кишки. Операция завершалась санацией и дренированием брюшной полости.

У двух пациентов с разлитым перитонитом была выполнена программная лапароскопическая санация через 24 часа. Первые 96 часов пациенты находились в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), где проводилась комплексная интенсивная консервативное лечение, включающее сеансы продленной гемодиофильтрации.

Результаты. Среди 49 больных с распространенным перитонитом, 38 больным было выполнено и завершено оперативное вмешательство лапароскопическим методом. Все пациенты по шкале МИП имели 1 степень тяжести, в связи с чем интубация тонкой кишки не выполнялась.

Интраоперационных осложнений при выполнении оперативного

вмешательства не наблюдалось.

Послеоперационные осложнения в группе ЛС аппендэктомии были отмечены у 3 (5,6 %) пациентов с диффузной формой перитонита: у одного больного – несостоятельность культи червеобразного отростка с формированием абсцесса, у двух пациентов – послеоперационный инфильтрат с кишечной непроходимостью.

Внутрибрюшной абсцесс был дренирован под УЗ-наведением, лечение в условиях ОРИТ не потребовалось. У двух пациентов с послеоперационным инфильтратом и кишечной непроходимостью была эффективна комплексная терапия. Все случаи были расценены как IIIa тип осложнения по классификации Clavien-Dindo. Послеоперационных осложнений у пациентов перенесших программную лапароскопическую санацию при разлитой форме перитонита не отмечалось.

Средний койко-день при неосложненном течении послеоперационного периода в группе пациентов с диффузной формой перитонита составил – $7 \pm 1,25$ день, при наличии разлитой формы – 14. У пациентов с осложненным послеоперационным периодом средней срок стационарного лечения составил 11 дней $\pm 1,4$.

Летальных исходов не было.

Выводы. Минимально инвазивные вмешательства эффективны и безопасны при лечении пациентов с острым аппендицитом, в том числе при лечении распространенных форм перитонита.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Афанасьева В.А., кафедра хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России, очная форма обучения

Руководитель работы: Шабунин А.В., д.м.н., проф., чл.-корр. РАН

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Экстрагенитальный эндометриоз (ЭГЭ) – редкая патология с локализацией эндометриоидных гетеротопий за пределами органов половой системы. Поражение слепой кишки и червеобразного отростка при ЭГЭ встречается крайне редко, однако представляет собой высокий интерес вследствие ряда сложностей диагностического поиска, а также определения оптимального доступа для хирургического лечения. В данном клиническом случае описан ЭГЭ червеобразного отростка с применением комбинированного хирургического лечения (лапароскопического и эндоскопического методов).

Клинический случай. У пациентки 42 лет в декабре 2019 г. при диспансеризации по УЗИ органов малого таза выявлено кистозное образование правого яичника, рекомендовано хирургическое лечение. При дообследовании по УЗИ брюшной полости в правой подвздошной области гипоехогенное неоднородной структуры образование размерами 58х17 мм. Червеобразный отросток не визуализируется. При видеоколоноскопии (ВКС) в слепой кишке - образование 7,0х1,5 см, с гиперемией слизистой с наложениями фибрина. Функция Баугиниевой заслонки не нарушена. Взята биопсия – фрагмент слизистой оболочки кишки с изъязвленной поверхностью, покрытой фибриноидно-некротическими массами, диффузной гранулоцитарной инфильтрацией. По КТ – утолщение стенки кишки в илеоцекальной области с визуализацией в слепой кишке образования до 27х36 мм мягкотканной плотности, неправильной продолговатой формы с четкими ровными контурами, без признаков накопления контрастного препарата. Лабораторные

показатели в пределах нормы. Предварительный диагноз: инвагинат флегмонозно измененного червеобразного отростка. Показана резекция купола прямой кишки, цистэктомия правого яичника. 03.02.2020 проведена лапароскопическая операция. Купол слепой кишки визуально не изменен, пальпаторно уплотнен. Левые придатки не изменены. Правый яичник представлен образованием 4х5 см, маточная труба без патологии. Фимбриальный отдел свободен. Выполнена цистэктомия справа. Другой патологии в брюшной полости не выявлено. При интраоперационной ВКС образование купола слепой кишки 1х2х3 см синюшно-багрового цвета – резецировано при помощи 3-рядного сшивающего аппарата под эндоскопическим контролем с эвакуацией газа из просвета кишки перед аппаратным прошиванием. Расстояние от линии шва до Баугиниевой заслонки 2 см. Линия резекции погружена обвивным серозно-мышечным швом. По данным гистологического исследования элементы стенки эндометриоидной кисты, в области «образования» фокусы эндометриоза. По данным иммуногистохимии (ИГХ) подтвержден эндометриоз стенки кишки. Заключительный диагноз: Экстрагенитальный эндометриоз червеобразного отростка. Цистаденома правого яичника. С противорецидивной целью назначен прием комбинированного контрацептивного средства (этинилэстрадиол + диеногест) по контрацептивной схеме в течение года.

Выводы. Наибольшую проблему при ЭГЭ представляет диагностика заболевания вследствие неспецифичности и вариабельности симптоматики, отсутствия четких диагностических признаков по данным неинвазивных лабораторно-инструментальных методов исследования, а также возможность установки окончательного диагноза только по результатам ИГХ. Лечение может быть хирургическим либо консервативным, однако с целью верификации диагноза и определения дальнейшей тактики лечения предпочтительна оперативная тактика. Методом выбора в условиях современных возможностей хирургического сектора является лапароскопическое либо роботическое вмешательство, которое может быть при

необходимости дополнено эндоскопическими и другими визуализирующими методиками с целью улучшения интраоперационного контроля и профилактики послеоперационных осложнений.

– Б –

ДИНАМИКА ЭМГ-ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЧЕЛОВЕКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПОЗАХ В ЭКЗОСКЕЛЕТЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бабанов Н.Д., лаборант-исследователь

Научный руководитель: Кубряк О.В., д.б.н.

Лаборатория физиологии функциональных состояний человека
ФГБНУ «НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина», Москва

Цель исследования. Подготовить ориентирующее описание результатов применения экзоскелета нижних конечностей при различных статических положениях.

Материалы и методы. В выборке из здоровых 16 мужчин-добровольцев (21–25 лет) оценивались параметры поверхностной ЭМГ мышц ног и опорных реакций (на силовой платформе – стабилометрия) в последовательных статических позициях «высокий присед» и «низкий присед» длительностью фаз по 30 секунд, с контрольными фазами (без экзоскелета). В статистическом анализе – критерий Вилкоксона, уровень значимости 0.05.

Результаты. Наблюдалось значительное повышение параметра стабилометрии «А», (оценка «энергоемкости статокинезиограммы», в Джоулях) во время «низкого» приседа без экзоскелета, по сравнению с фазой в экзоскелете. Результаты по ЭМГ в случае использования устройства и при его отсутствии статистически значимо различались, демонстрируя снижение показателей при одетом экзоскелете: квадрицепс бедра (правая, низкий присед) $p < 0,001$, квадрицепс бедра (левая, низкий присед) $p < 0,001$, передняя

большеберцовая (правая, низкий присед) $p=0,491$, передняя большеберцовая (левая, низкий присед) $p=0,402$, квадрицепс бедра (правая, высокий присед) $p<0,001$, квадрицепс бедра (левая, высокий присед) $p<0,001$, передняя большеберцовая (правая, высокий присед) $p<0,001$, передняя большеберцовая (левая, высокий присед) $p<0,001$.

Выводы. Показана высокая эффективность применения подобных устройств для снижения напряжения исследуемых мышц при статических вертикальных позах. Полагаем, что дальнейшие исследования по теме могут быть полезны для трансляции в практическую медицину количественных подходов, касающихся управления процессом вертикализации лежащих пациентов, а также других случаев.

ВЛИЯНИЕ УПРАВЛЯЮЩИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ РУКОЙ НА СИЛОВОЙ ДЖОЙСТИК В СЕРИИ МАЛОАМПЛИТУДНЫХ ДВИЖЕНИЙ

Бабанов Н.Д.¹, лаборант-исследователь; Бирюкова Е.А.², к.б.н., доц.,

Юкало Е.В.² очная магистратура,

кафедра физиологии человека и животных и биофизики

Научный руководитель: Кубряк О.В.¹, д.б.н.

¹ФГБНУ «НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина», Москва

²ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,
Симферополь

Цель исследования. Исследовать электромиографическую активность мышц-сгибателей и обеих рук в поисках признаков мышечной адаптации при повторяющихся кратких сеансах целенаправленного управления с помощью руки по прикладываемой силе, в течение разгибателей короткого курса.

Материалы и методы. В выборке из условно здоровых 20 мужчин-добровольцев (18–25 лет) оценивались параметры поверхностной ЭМГ мышц предплечья и кисти. БОС-тренинг проводили с использованием специального

джойстика, установленного на силовую платформу ST-150. Процедура БОС в режиме визуального канала связи по опорной реакции предполагала мануальное управление меткой на экране монитора с помощью специального джойстика, установленного на стабилометрической платформе. Всего проведено четыре основных сеанса (ежедневно в течение 4-х дней).

Результаты. При выполнении целевых сеансов 1–4 для поверхностного сгибателя пальцев для правой руки отличия проявились, начиная со второго целевого сеанса. Для левой руки, в группе, статистически значимых отличий максимальных амплитуд ЭМГ от «пустого» сжатия в фоне не наблюдалось.

Выводы. Анализ, описанный выше, указывает на различия в адаптациях правой и левой рук испытуемых, проявляющиеся в естественно большей для правшей координированности мышц правой руки и более быстрой адаптации к стандартной задаче управления силовым джойстиком.

Выполнение добровольцами даже нескольких кратких заданий по визуальному управлению с обратной связью путем приложения силы к рукоятке сопровождалось развитием мышечных адаптаций, которые проявлялись преимущественно в снижении максимальной амплитуды ЭМГ исследуемых мышц руки в течение 2–3 сеансов из 5, с учетом первого контрольного сеанса (фона).

Исследование выполнено в рамках поддержанного федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского» гранта № АААА-А20-120012090164-8.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА МЕТОДИКИ РАСЧЕТА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЫ В БОКОВОЙ ПРОЕКЦИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Бабатов И.А., клинический ординатор кафедры ортодонтии ФГБОУ ДПО
РМАНПО Минздрава России; Рамазанов М.А., клинический ординатор
кафедры ортодонтии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России;
Руководитель: Тайбогарова С.С., д.м.н., проф., зав. кафедрой
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Клиническое и биометрическое обследование пациентов с аномалиями прикуса не всегда бывает достаточным для установки дифференциального ортодонтического диагноза, определение лечебной тактики и уточнения прогноза предстоящего лечения. Одним из распространенных методов применяемого изучения строения зубочелюстно-лицевой области является телерентгенологический метод, основанный А.М. Schwarz.

Анализ телерентгенограммы дает возможность определить направление передвижения зубов, спрогнозировать результат ортодонтического лечения, спланировать проведение челюстно-лицевой операции. Эта методика позволяет предвидеть развитие патологии положения зубных рядов пациентов и, следовательно, заблаговременно принять меры для формирования правильного прикуса.

Цель работы. Сравнить возможности и ограничения некоторых методик анализа телерентгенограмм головы.

Материалы и методы исследования. Телерентгенограмма представляет собой обзорный снимок головы в боковой и прямой проекциях, который получают методом лучевого рентгеновского исследования и применяют для изучения геометрии различных отделов черепа относительно друг друга, а затем планирования лечения.

Существуют различные методики.

Нами был проведен анализ телерентгенограмм в боковой проекции по четырем наиболее распространенным методикам: Jarabak, Slavicek, Arnett и Sato у пациентов находившихся на лечении по поводу зубочелюстно-лицевых аномалий в возрасте с 6 до 32 лет.

Содержание. В результате исследования была дана оценка каждому из использованных методов анализа ТРГ головы. Анализ Jarabak используется для определения направления роста и развития челюстно-лицевой области в горизонтальном и вертикальном направлении у растущих пациентов.

Основой анализа Slavicek является возможность математического расчета и прогноза наиболее оптимальной высоты нижней части лица и определение выраженности кривой Spee, т. е. кривизны окклюзионной поверхности зубных дуг при планировании комплексной ортодонтической и протетической реабилитации пациентов.

Предложенный Арнеттом мягкотканый цефалометрический анализ мягких тканей лица позволяет оценить гармонию и эстетику профиля лица относительно установленных стандартов красоты, что определяет целесообразность применения данного вида анализа при планировании комплексного, т. е. ортодонтического и хирургического лечения

Анализ Sato позволяет наиболее точно выявить горизонтальные и вертикальные взаимоотношения челюстей, а также оценить какой требуется план лечения, т. е с удалением или без удаления отдельных зубов. В связи с чем анализ Sato целесообразно применять при планировании ортодонтической компенсации в процессе устранения вертикальных и сагиттальных аномалий окклюзий.

Выводы.

1. При планировании ортодонтического лечения растущих пациентов наиболее целесообразно применение методики Jarabak для определения общих тенденций развития зубочелюстной области и направления роста челюстей.

2. При подготовке пациентов к комплексному ортодонтическому или хирургическому лечению предпочтение необходимо отдавать методикам

Slavicek или Arnett в зависимости от направленности реабилитации, объема и последовательности проведения зубочелюстных мероприятий в лицевой области.

3. Цефалометрический анализ по Sato эффективнее для оценки состояния окклюзии при планировании ортодонтического лечения в сформированном прикусе.

ВОЗМОЖНОСТИ ОФЭКТ-КТ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОМИЕЛИТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Балюк Т.Ю., аспирант кафедры радиотерапии и радиологии

Руководитель: Каралкин А.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение: методы ядерной медицины играют важную роль в диагностике патологии опорно-двигательного аппарата, в частности остеомиелита. Развитие гибридных систем, таких как ОФЭКТ-КТ, ПЭТ-КТ, позволило увеличить информативность радионуклидных исследований путем совмещения анатомической и функциональной визуализаций.

Представляем клинический случай применения трехфазной сцинтиграфии костей с препаратом «^{99m}Tc-Фосфотех» и ОФЭКТ-КТ в обследовании пациента с хроническим гематогенным остеомиелитом левой бедренной кости, осложненным патологическим диафизарным переломом.

Пациентка А., 45 лет. Из анамнеза: гематогенный остеомиелит левой бедренной кости, осложненный патологическим переломом в области нижней трети диафиза левой бедренной кости. После проведенной репозиции костных отломков с установкой стержневого аппарата внешней фиксации признаки консолидации перелома отсутствовали в течение года. Для определения состояния причин несращения перелома была проведена трехфазная сцинтиграфия костей, совмещенная с ОФЭКТ-КТ. По данным трехфазной

сцинтиграфии установили снижение кровотока и перфузии тканей в области ср/3 и н/3 бедра на 50 %, по сравнению со здоровой конечностью. Выявлено диффузное повышение метаболизма костной ткани ниже середины диафиза левой бедренной кости, а также его локальная гиперфиксация в ср\3 бедра (+100 %), выше линии перелома, что свидетельствовало об активном очаговом процессе ремоделирования кости. Система ОФЭКТ-КТ расширила наши диагностические возможности за счет совмещения трехмерного сцинтиграфического изображения высокого разрешения с рентгеновским томографическим изображением.

По данным КТ было установлено: псевдоартроз левой бедренной кости, склероз дистального отломка протяженностью в 2 см, выраженный склероз проксимального отломка с облитерацией костномозгового канала протяженностью в 10 см с плотностью до 1700 НУ, сочетающийся с участками разряжения (некроз) костной ткани и деформацией кортикальной кости. Кроме этого в средней трети диафиза, на границе со здоровой костью определялся участок разряжения кортикальной пластины (500 НУ) протяженностью до 2 см с наибольшей метаболической активностью, который был расценен, как очаг диссеминации инфекции. Таким образом, объем пораженной кости составлял 14 см, было принято решение о резекции левой бедренной кости в пределах здоровых тканей, определенных методом ОФЭКТ-КТ на основании метаболических и морфологических изменений. При изучении макропрепаратов был подтвержден выраженный склероз и некроз проксимального отломка. Высокая метаболическая активность в очаге диссеминации была вызвана активной резорбцией некротизированной кости и формированием новых костных трабекул за счет сохраненного костного кровотока, регистрируемого на трехфазной сцинтиграфии.

Вывод: ОФЭКТ-КТ в сочетании с трехфазной сцинтиграфией является высокоэффективным диагностическим инструментом для обследования пациентов с гематогенным остеомиелитом. Комплексная оценка информации о состоянии перфузии тканей, костного метаболизма и морфологической

картины позволяет дать оценку активности и распространенности патологического процесса, жизнеспособности костной ткани, что актуально при персонализированном подходе к лечению пациентов с остеомиелитом, но может применяться и при другой патологии опорно-двигательного аппарата.

ПЛАСТИКА БУЛЬБОЗНОГО ОТДЕЛА УРЕТРЫ БЕЗ ПОЛНОЙ МОБИЛИЗАЦИИ И ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ЗАДНЕЙ ПОЛУОКРУЖНОСТИ СПОНГИОЗНОГО ТЕЛА КАК АЛЬТЕРНАТИВА КЛАССИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Баранов Д.А., ординатор кафедры 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: Представить собственную ранее не описанную технику пластики уретры и ее результаты.

Материалы и методы 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. С июня 2016 года по март 2020 года в клинике урологии РМАНПО 16 пациентам была проведена анастомотическая пластика уретры по поводу стриктуры бульбозного отдела уретры. Этиология стриктур уретры значительно различалась. При этом 3 пациента имели в анамнезе перелом костей таза (3), пятеро перенесли гонорейную инфекцию (5), двое имели в

анамнезе тупую травмы промежности (2) и шесть пациентов имели стриктуры ятрогенного генеза (6). Все 16 пациентов перенесли пластику уретры конец в конец без полного пересечения дорсальной стенки спонгиозного тела. Из этих пациентов 9 (56,25 %) 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 53 лет. Средняя протяженность стриктуры составила 2,1 см, а среднее время оперативного вмешательства – 131 минуту. Ни у одного пациента не отмечено ранних послеоперационных осложнений. Медиана послеоперационного койко-дня составила 4,5 суток. Уретральный катетер удалялся на 10 день после оперативного вмешательства. Медиана объемной максимальной скорости мочеиспускания оценивалась через 3 месяца после операции и составила – 21,1 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). По данным уретрографии в течение года наблюдений ни у одного пациента не выявлено признаков констрикции в зоне анастомоза.

Вывод: Учитывая объективное снижение объема прямой хирургической травмы, сохранение иннервации и кровоснабжения уретры, отсутствие ранних и поздних послеоперационных осложнений, удовлетворительное качество мочеиспускания, сохранение удовлетворительной эректильной функции, а также тот факт, что данная методика была осуществлена, несмотря на различную степень спонгиоза, анастомотическая пластика уретры без полного пересечения спонгиозного тела может быть рекомендована как альтернатива классической техники. И, по нашему мнению, после накопления достаточного опыта и подтверждения ее высокой эффективности должна быть

рассмотрена как «базовая» хирургическая техника для разных «этиологических» групп больных с короткими стриктурами уретры.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА 88 ЛЕТ С ОККЛЮЗИЕЙ АРТЕРИЙ ГОЛЕНЕЙ И СТЕНОЗОМ АРТЕРИЙ БЕДРА

Баранова Е.В., студентка 4 курса лечебно-профилактического факультета

Бендерский Н.С., студент 4 курса лечебно-профилактического факультета

Беседина Д.Ю., студентка 4 курса лечебно-профилактического факультета

Руководитель: Простов И.И., к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Введение: Атеросклеротическое поражение артерий нижних конечностей, приводящее к их стенозу и окклюзии, является часто встречающейся патологией в структуре сердечно-сосудистой заболеваемости. Распространенность ее среди населения старше 50 лет составляет 5–8 %, а при наличии таких факторов риска как гиперлипидемия, курение, артериальная гипертензия или сахарный диабет достигает 30 % [1]. Однако лечение пациентов с данной патологией часто бывает затруднено в связи с присутствием в анамнезе сопутствующих заболеваний, что особенно характерно для людей старше 50 лет, а также риском развития осложнений при проведении хирургических вмешательств. Клинический случай больного К. демонстрирует возможность терапии пациента 88 лет, с использованием как консервативного, так и оперативного лечения.

Клинический случай: пациент К. 88 лет 04.10.19 поступил в больницу с жалобами на длительно незаживающую трофическую язву правой стопы, боли в обеих нижних конечностях, онемение пальцев стоп. Из анамнеза жизни известно, что у больного СД 2 типа. В 2010 году была произведена резекция миксомы. На данный момент у пациента К. в сопутствующих заболеваниях ИБС, ХСН, ГБ III степени, по поводу которых он принимал ацекардол,

периндоприл, бисопролол, прадаксу, аторвастатин. При осмотре пациента пульсация не определяется на подколенных артериях и артериях голени, на тыльной поверхности правой стопы – язва 8*9 см. Установлен диагноз: Атеросклероз. Стеноз поверхностной бедренной артерии, подколенной артерии, окклюзия артерий голени с обеих сторон. В течение трех дней проводилась антикоагулянтная терапия, но в связи с ее неэффективностью и гемодинамически значимым поражением артерий нижних конечностей была выполнена ангиография с выполнением транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБАП) бедренной артерии для купирования ишемии. В послеоперационном периоде был назначен гепарин 5000 МЕ п/к, который стал одним из факторов, способствовавших открытию мочепузырного кровотечения, которое было купировано консервативным путем. Антикоагулянтная терапия была отменена.

На результатах КТ от 10 октября подтверждена нижнедолевая пневмония, гидроторакс, ТЭЛА мелких ветвей артерий обоих легких, назначены антибиотики. Помимо этого, была произведена некрэктомия правой стопы. К концу октября состояние пациента стабилизировалось, 11 ноября он был выписан. К 20 декабря больной К. вновь госпитализировался с жалобами на вялозаживающие трофические язвы, болями в правой нижней конечности. Была выполнена повторная ангиография с ТЛБАП правой подколенной артерии и артерий голени. К 10 января 2020 года состояние пациента К. улучшилось, боли в нижних конечностях более его не беспокоят, трофические язвы зажили вторичным натяжением, стопы пациента теплые на ощупь, пульсация артерий определяется на обеих нижних конечностях. Пациент продолжает лечиться амбулаторно.

Выводы: таким образом, пациенту К. 89 лет удалось сохранить обе нижние конечности путем последовательного проведения двух ангиопластик, некрэктомии по поводу язв, а также консервативного лечения. Были устранены последствия антикоагулянтной терапии путем ее отмены, что не привело к тромбозам сосудов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИЕЛОИДНОЙ САРКОМЫ У МУЖЧИНЫ 22 ЛЕТ

Баранова Е.В., студентка 4 курса лечебно-профилактического факультета
Бендерский Н.С., студент 4 курса лечебно-профилактического факультета
Беседина Д.Ю., студентка 4 курса лечебно-профилактического факультета

Руководитель: Волошин В.В., к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Введение: Миелоидная саркома [МС] – изолированная экстрamedулярная лейкемическая опухоль, наблюдения которой представлены в литературе единичными ретроспективными исследованиями и клиническими случаями в связи с низкой частотой встречаемости. В статье описан пациент с МС, развившейся de novo и осложнившейся ОМЛ.

Клинический случай: в декабре 2011 года у пациента появились кашель, боли в грудной клетке, лихорадка. Лечился по поводу двухсторонней нижнедолевой пневмонии с тяжелым течением, успешно. На контрольной рентгенограмме [РГ] обнаружено расширение тени средостения. Заключение КТ: образование средостения, вероятнее всего, лимфома с признаками инвазии стенок крупных сосудов, перикарда, правосторонний гидроторакс, перикардит. Заключение гистологического исследования биоптата лимфоузлов [ЛУ] шеи – лимфопролиферативное заболевание. При иммуногистохимии – иммунофенотип лимфомы/лейкоза из предшественников с неопределенным фенотипом.

Проведено 5 курсов ПХТ с положительной РГ динамикой. После 3 курса были пересмотрены гистологические препараты, диагностирована миелобластная саркома.

В мае 2013 года госпитализирован по поводу лихорадки одышки и похудания. В июле обнаружено 66 % бластных клеток в плевральной жидкости,

миелобласты в мазке крови. После курса ПХТ с положительной клинической и РГ динамикой в миелограмме от 02.09.13 выявлено 37 % бластных клеток, что свидетельствует о присоединении ОМЛ.

Ухудшение самочувствия с 08.10.13, в общем анализе крови [ОАК] лейкоциты $134,7 \times 10^9/\text{л}$, 94 % бластов. Назначена ПХТ, в результате которой снизилось количество лейкоцитов. Ухудшение состояния 22.10.13 в виде нестабильности гемодинамики. В ОАК от 22.10.13 лейкоцитоз до $75,5 \times 10^9/\text{л}$, бластоз до 96 %, что свидетельствовало о прогрессии лейкоцитарного процесса. КТ: признаки образования средостения с поражением ткани и плевры правого легкого, осумкованного правостороннего, левостороннего плеврита, экссудативного перикарда, гепатоспленомегалии, гиперплазия ЛУ. Состояние пациента прогрессивно ухудшалось. В 22:40 констатирована биологическая смерть.

Выводы: на вскрытии диагноз МС был подтвержден на основании изменений в мышцах и мягких тканях грудной клетки, плевре, ЛУ различной локализации, печени и селезенке. Опухоль занимала переднее и заднее средостения, образуя конгломерат $17,0 \times 12,5 \times 1,5$ см.

Таким образом, несмотря на точный диагноз и проводимое лечение, заболевание прогрессировало и трансформировалось в ОМЛ, что привело к летальному исходу вследствие отека головного мозга, ДВС-синдрома и ОМЛ. Такой исход может быть связан с одной стороны с несвоевременностью диагностики, а с другой – с неэффективностью лечения, обусловленной возможным изменением иммунофенотипа опухоли и применение ПХТ в отсутствии лучевой терапии.

СВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА У БЕРЕМЕННЫХ С РОСТО-ВЕСОВЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Бартош И.С., аспирант кафедры терапии, общей врачебной практики,
эндокринологии, гастроэнтерологии и нефрологии

Руководитель: Денисова А.Г., д.м.н., доцент

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

Цель исследования. Выяснить наличие и характер связи артериальной гипертонии (АГ), анемии у беременных женщин с ростом и весом новорожденных.

Материалы и методы. В исследование включено 143 беременных в возрасте от 18 до 43 лет. Женщины разделены на группы: 41 беременная без анемии и без АГ, 33 беременные без анемии с АГ, 31 – с анемией без гипертонии, 38 – с гипертонией и анемией. Наличие гипертонии определялось как повышение артериального давления ($АД \geq 135/85$ мм рт. ст.) по результатам суточного мониторирования артериального давления, мониторирование осуществлялось прибором МнСДП-2 (ООО «Петр Телегин»). Анемией считалось снижение гемоглобина менее 110 г/л в I и III триместрах и менее 105 г/л во II триместре.

Результаты. В группе без анемии и артериальной гипертонии средний уровень САД составил $123,2 \pm 6,9$ мм рт. ст., ДАД – $72,9 \pm 6,7$ мм рт. ст. Средние длина и масса тела новорожденных $51,9 \pm 2,7$ см и $3302,7 \pm 648,8$ г соответственно. У беременных без анемии с АГ средний уровень САД – $140,152 \pm 5,2$ мм рт. ст., ДАД – $84,7 \pm 8,7$ мм рт. ст. Средняя длина тела новорожденных в этой группе $51,7 \pm 4,6$ см, вес – $3177,6 \pm 709,8$ г.

В группе с анемией и без АГ средний уровень САД составил $119,6 \pm 8,2$ мм рт. ст., ДАД – $70,5 \pm 5,4$ мм рт. ст. Средние длина тела и вес новорожденных $52,8 \pm 2,5$ см и $3474,7 \pm 574,5$ г соответственно. У беременных и с анемией, и с гипертонией средний уровень САД – $141,5 \pm 6,7$ мм рт. ст., ДАД –

87,3±7,3 мм рт. ст. Средняя длина тела новорожденных в этой группе 50,0±7,6 см, вес – 2983,9±972,2 г.

Между артериальной гипертонией и длиной тела и весом новорожденных прослеживается обратная зависимость: у женщин с АГ при беременности вес новорожденных статистически значимо ниже, чем у без АГ ($p=0,045$ в группах без анемии, $p=0,0058$ в группах с анемией), у беременных с АГ длина тела новорожденных статистически значимо ниже, чем у беременных без АГ только в группах с анемией ($p=0,019$). В данной выборке беременных не было выявлено достоверной закономерности между уровнем гемоглобина и длиной тела и весом новорожденных. Самые низкие показатели длины тела и веса зафиксированы в группе беременных с анемией и артериальной гипертонией.

Заключение. Как в русскоязычной, так и в иностранной литературе расходятся данные об изолированном влиянии анемии на плод и в сочетании с гестационной артериальной гипертонией. Многие считают, что анемия (в частности железодефицитная) не оказывает отрицательного воздействия на развитие плода, его рост, вес и гематологические показатели не отклоняются от нормы, в то время как в других работах подчеркивается, что дефицит железа у беременных неблагоприятно отражается на состоянии новорожденного.

Результаты данного исследования подтверждают наличие корреляции между уровнем артериального давления, длиной тела и весом новорожденных у беременных как с анемией, так и без нее, при этом в группах с анемией закономерность более выраженная. Средние длина тела и вес новорожденных у женщин с артериальной гипертонией во время беременности в сочетании с анемией значимо меньше, чем у женщин без патологии.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ. ВРОЖДЕННЫЕ И НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

Белова М.В., ординатор кафедры ортодонтии

Руководитель: Тайбогарова С.С., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Зубочелюстные аномалии возникают в результате взаимодействия генетических и разнообразных факторов внешней и внутренней среды организма как общего, так и местного характера. Принято рассматривать эндо- и экзогенные факторы риска возникновения этой патологии.

Различают следующие эндогенные факторы: генетическая обусловленность, нарушение внутриутробного развития, болезни детей раннего возраста. Генетические факторы – первичная адентия; сверхкомплектные зубы; микро- и макродентия; дистопия и транспозиция; аномалии прикрепления уздечек языка и губ; глубина преддверия полости рта; микро- и макрогнатия; микро- и макрогения. Нарушение внутриутробного развития вызывают резкое нарушение строения лицевого скелета. К этой группе заболеваний относятся: врожденная расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, Синдром Крузона, Синдром Франческетти. Также к этой группе относится нарушение развития эмали и дентина зубов – несовершенный амелогенез и дентиногенез. К болезням детей раннего возраста относятся нарушение минерального обмена и эндокринные заболевания.

К экзогенным факторам относятся: нарушение правильного искусственного вскармливания ребенка; нарушения функций зубочелюстной системы – жевания, глотания, дыхания, речи; вредные привычки – сосание пустышки, пальцев, языка, щек, различных предметов, неправильная осанка и поза; перенесенные воспалительные заболевания мягких и костных тканей лица, височно-нижнечелюстного сустава; травмы зубов и челюстей; кариес

зубов и его последствия; недостаточная физиологическая стираемость временных зубов; преждевременная потеря временных и постоянных зубов; задержка выпадения временных зубов (ориентир – сроки прорезывания постоянных зубов); задержка прорезывания постоянных зубов (ориентир – сроки прорезывания постоянных зубов); отсутствие трем и диастемы к 5–6-летнему возрасту ребенка.

Патогенез. В основе формирования аномалии лицевого скелета лежат физиологические механизмы формообразования, т. е. роста и развития – челюстей, зачатков зубов и т. д. В зависимости от того, какой из этих компонентов подвергся воздействию неблагоприятных факторов, формируется характерная клиническая форма аномалии. Основные патогенетические механизмы развития ЗЧА: действие повреждающих факторов на хромосомы родителей до, в момент или после слияния клеток и обмена хромосом; повреждение растущих и развивающихся тканей и органов в пренатальном и постнатальном периодах до их созревания; приобретенные деформации, возникающие после завершения роста и формирования организма.

Выводы. Ранняя диагностика факторов риска развития зубочелюстных аномалий, их ранних признаков, активное сотрудничество пациента и его родителей с ортодонтом в процессе устранения экзогенных причин зубочелюстных аномалий, позволит своевременно провести ортодонтическое лечение и предупредить стойкие нарушения прикуса и изменения лица.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ И ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

Белова М.В., Бабатов И.А., ординаторы кафедры ортодонтии

Руководитель: Тайбогарова С.С., к. м. н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Целью обследования пациента с патологией жевательных

мышц и височно-нижнечелюстного сустава является установление точного диагноза, выявление различных местных и общих факторов, способствующих развитию болезни, определение степени тяжести заболевания и его возможных последствий. Диагностика заболевания височно-нижнечелюстного сустава основывается на данных анамнеза, наружной и внутренней пальпации, функциональных проб, результатов рентгенологических исследований.

Сбор анамнеза. Чаще больные жалуются на щелканье в суставе, боль, ограничение открывания рта, хруст, головную боль, понижение слуха. Пальпацию ВНЧС проводят через кожу впереди козелка уха или через переднюю стенку наружного слухового прохода при смыкании челюстей в положении центральной окклюзии, а также во время движения нижней челюсти. При патологии суставов движения челюсти сопровождаются локальной болью, может быть ограничение или отсутствие движений, пальцы врача ощущают хруст, щелчки. Задний отдел сустава можно пропальпировать кончиком мизинца, введенного в слуховой проход. Пальпация проводится при открывании и закрывании рта.

При пальпации собственно жевательной мышцы пациента просят сжать зубы и обнаруживают переднюю границу ее поверхностного брюшка. Указательным пальцем другой руки пальпируют мышцу со стороны полости рта, находят болезненные участки, сравнивая их с аналогичными участками противоположной стороны.

При пальпации медиальной крыловидной мышцы одна рука врача лежит на собственно жевательной мышце. Опуская указательный палец другой руки к углу нижней челюсти, обнаруживают место прикрепления медиальной крыловидной мышцы. Можно пальпировать мышцу через кожу кнутри от угла нижней челюсти. При этом голова исследуемого должна быть опущена и повернута в сторону обследования.

Переднюю часть височной мышцы пальпируют в области виска и угла глаза, среднюю часть — над ухом, заднюю часть — над ухом и за ухом. Для пальпации сухожилия мышцы указательный палец при полуоткрытом рте

помещают в конец верхней вестибулярной переходной складки за верхними молярами.

Наружную крыловидную мышцу пальпируют экстраорально кпереди от суставной головки, нижнюю ее часть — интраорально, указательный палец направляют по слизистой оболочке вестибулярной поверхности альвеолярного отростка дистально и вверх за верхнечелюстной бугор.

К функциональным пробам относится проверка экскурсии нижней челюсти при открывании и закрывании полости рта. При этом могут быть отмечены два типа ее движений: прямая или зигзагообразная. К рентгенологическим методам обследования суставов относятся обычная обзорная рентгенография и томография. В особых случаях применяется контрастная рентгенография, при которой в полость сустава вводят специальное контрастное вещество.

Выводы. Выявляя патологические признаки в работе мышц и суставов, мы получаем ценную информацию, которую необходимо проанализировать и сопоставить с другими диагностическими данными. На основании полученных данных врач может наметить направление дальнейшего обследования больного, составить план лечения, предположить прогноз и исход болезни.

ПРОФИЛАКТИКА УХУДШЕНИЯ ЗРЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ

Бельская К.И., ординатор кафедры офтальмологии

Руководитель: Алексеев И.Б. д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Практика показывает, что большинство наших соотечественников не уделяет должного внимания гигиене зрения, профилактике заболеваний глаз и редко обследуется у офтальмолога. Особое значение имеет диагностика и профилактика у детей. Дети не могут

самостоятельно заметить и сообщить взрослым об изменениях зрения, поэтому родители зачастую не подозревают о надвигающейся проблеме. В результате многие заболевания глаз у детей выявляются при позднем обращении.

Цель. Исследовать остроту зрения у школьников 23 регионов-участников исследования.

Материалы и методы. Исследование остроты зрения школьников проводилось в рамках партнерского проекта Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики» и РНИМУ им. Н.И. Пирогова – Федеральная Программа по мониторингу и профилактике ухудшения зрения у школьников «#ПроЗрение». Скрининг проводится с помощью специальной компьютерной программы КПА-01, которая проверяет остроту зрения с 0,05 до 1,4. Каждому школьнику выдается на руки лист с результатом исследования. Если зрение снижено и составляет меньше 1,0, на листе с результатами указываются рекомендации обратиться к офтальмологу по вопросу снижения зрения. Данные о сниженных результатах передаются в медкабинет учебного учреждения для повышенного внимания к такому школьнику.

Результаты. За все время обследовано 9150 школьников – 18300 глаз. Во всех классах показатель средней остроты зрения у девочек (0,944) ниже, чем показатель средней остроты зрения у мальчиков (0,999). Почти во всех классах острота зрения правого глаза ниже остроты зрения левого глаза. Сниженная острота зрения наблюдалась у 4518 глаз (49,38 %). У 9,2 % из общего числа исследованных школьников хотя бы один глаз имел очень низкую остроту зрения ниже 0,4. Причем у 6,07 % школьников от общего числа была выявлена очень низкая острота зрения (ниже 0,4) обоих глаз. По результатам опроса было выявлено, что 23,5 % школьников не знали, что их зрение снижено. Учитывая результаты скрининга и опроса, были созданы уроки здоровья, квесты, викторины для проведения классных часов в школах. Для Федеральной программы создана памятка о здоровье органа зрения и способах профилактики заболеваний глаз.

Выводы. В результате исследования острота зрения снижена почти в

половине случаев. Около четверти школьников не знали, что их зрение снижено. Учитывая полученные результаты, становится понятно, что необходима масштабная профилактическая и просветительская работа со школьниками и их родителями.

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ UREOPLASMA SPP НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Бережная Е.В., студент 3 курса

Ескин А.А., студент 3 курса

Руководитель: Набока Ю.Л., д.м.н., проф., зав. кафедрой микробиологии
ФГБОУ ВО РостГМУ, г. Ростов-на-Дону

Цель исследования. Изучить влияние *Ureaplasma spp* на репродуктивное здоровье женщины, течение беременности и роды.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 120 беременных на базе Ростовского областного перинатального центра, включающее осмотр гинеколога, взятие урогенитального соскоба с последующим проведением ПЦР и посевом на питательные среды в режиме реального времени. Критерии включения женщин в исследование: средний возраст – $31,12 \pm 2,8$; наличие воспалительных заболеваний (эндоцервицит, бактериальный вагинит, эндометрит, кольпит, вульвовагинит), отсутствие ИППП. Все женщины (n=120) разделены на 2 группы: у первой – А (57,5 % n=69) *Ureaplasma spp.* отсутствовала; у второй группы – Б (42,5 % n=51) микроорганизм был обнаружен. В зависимости от результатов бактериологического обследования группа Б разделена на две подгруппы: Б₁ (21,7 % n=26) – с концентрацией уреаплазм $\geq 10^4$ КОЕ/мл (клинически значимый титр) и Б₂ (20,8 % n=25) – с меньшей концентрацией уреаплазм.

Группа А — *Ureaplasma spp.* не обнаружена 57,5 % n=69

Группа Б — *Ureaplasma spp.* Обнаружена 42,5 % n=51

Б₁ — концентрация $\geq 10^4$ КОЕ 21,7 % n=26

Б₂ — концентрация $\leq 10^4$ КОЕ 20,8 % n=25

Результаты. Установлено, что в группе Б чаще, чем в группе А возникали инфекционные заболевания органов малого таза – 90,2 % (n=46) 50,7 % (n=35) и соответственно. По частоте возникновения экстрагенитальных заболеваний у инфицированных и неинфицированных уреаплазмами женщин существенных различий не выявлено. Преждевременные роды чаще встречались у инфицированных уреаплазмами женщин: в группе Б₁ – 30,7 % (n=8), Б₂ – 15% (n=4), тогда как у неинфицированных этот показатель составил 5,8 % (n=4). Осложнения течения беременности наблюдались в обеих группах ввиду индивидуальных различий, но с наибольшей частотой у инфицированных женщин. Так, угроза прерывания беременности в первом триместре была выше у группы Б (47,06 % n=24), у группы А этот показатель составил 27,53% (n=19). Нарушение нормального течения беременности из-за развития хориоамнионита наблюдалось только в подгруппе Б₁ – 23,08 % (n=6). В остальных случаях в группах Б₁ и Б₂ выявлено отсутствие значимых различий в отношении осложнений беременности. Так, угроза невынашивания на ранних сроках встречалась практически с одинаковой частотой 53,8 % (n=14) и 50 % (n=12). Гипоксию плода, маловодие и многоводие диагностировали только в Б₁ и Б₂ группах наблюдения. Преэклампсию легкой степени диагностировали только у пациенток, инфицированных *Ureaplasma* spp. (Б группа, 13,7 %, n=7), среди подгрупп были выявлены различия (в Б₁ – 71,4 %, в Б₂ – 28,6 %). Оперативное родоразрешение потребовалось 17,6 % (n = 9) женщинам из группы Б и 10,1 % (n=7) из А. Показаниями к оперативному родоразрешению явились следующие состояния: преэклампсия (43,75 %, n = 7), дистресс плода (31,25%, n = 5), преждевременная отслойка плаценты (25 %, n = 4).

Выводы. *Ureoplasma* spp отрицательно влияет на течение беременности и роды, откуда вытекает необходимость обследования беременных женщин на наличие уреаплазменной инфекции.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ЧЕРЕЗ СМЕЩЕННЫЙ ЕДИНЫЙ ДОСТУП

Берсенева А.А.

ГБУЗ КО «НГКБ № 29», г. Новокузнецк

Цель исследования – совершенствование способа видеоассистированной аппендэктомии с использованием единого лапароскопического доступа при остром аппендиците, обоснование места выбора постановки порта для монодоступа и анализ результатов методики.

Материалы и методы. При статистическом анализе анатомического исследования 98 трупов выявлено, что основание червеобразного отростка равноудалено от пупочного доступа и доступа располагающегося ниже пупка по средней линии живота на расстоянии, равном $1/3$ расстояния между пупком и проекцией лонного симфиза ($p=1.0$). Статистический анализ СКТ исследования 101 человека показал, что ближайшим к основанию червеобразного отростка является доступ располагающийся ниже пупка по средней линии живота на расстоянии, равном $1/3$ расстояния между пупком и проекцией лонного симфиза ($p<0.05$). Учитывая данные статистического анализа, был разработан и внедрен в практику способ лапароскопически ассистированной аппендэктомии через смещенный единый доступ (патент Российской Федерации на изобретение № 2703706 от 21.10.2019).

В ГБУЗ КО «НГКБ № 29» за 2019 год прооперировано 38 пациентов с острым аппендицитом по разработанной методике лапароскопически ассистированной аппендэктомии через смещенный единый доступ. Женщин было 15 (39,5 %), мужчин (60,5 %). Возраст составил от 18 до 61 года. Длительность заболевания от 8 до 44 часов. Для трактовки данных обследования использовали шкалу Alvarado.

Результаты. Лапароскопически ассистированная аппендэктомия из

смещенного единого доступа выполнена у 26 пациентов (68.4 %) с острым флегмонозным аппендицитом, у 7 (18.4 %) с острым гангренозным аппендицитом, 2-х (5.3 %) с эмпиемой червеобразного отростка и 3-х (7.9 %) с острым гангренозно-перфоративным аппендицитом. У 2 пациентов (5.3 %) был фибринозно-гнойный перитонит, в 4 случаях (10.5 %) – местный гнойный перитонит. В 5 случаях (13.2 %) потребовалась установка дополнительного 5 мм троакара над лоном из-за осложнений острого аппендицита или его забрюшинного расположения. Доступ от дополнительного троакара использовался для постановки дренажа в брюшную полость. Продолжительность операции составляла от 25 до 90 минут (41.9 ± 5.2). Длина основного доступа во всех случаях 20–25 мм. Послеоперационное осложнение в 1 случае – жидкостное скопление в правой подвздошной ямке, у пациента с гангренозно-перфоративным аппендицитом и диффузным фибринозно-гнойным перитонитом, разрешено консервативно. ИОХВ, повторных операций, летальных случаев не было. Обезболивание проводилось ненаркотическими анальгетиками. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 5.4 ± 0.8 суток.

Выводы.

1. На основании данных СКТ и анатомического исследования доказано, что данный способ является оптимальным для выполнения лапароскопически ассистированной аппендэктомии из монодоступа.
2. Данный доступ обеспечивает профилактику грыжеобразования за счет восстановления прямой мышцы живота на место.
3. Разработанный метод лапароскопически ассистированной аппендэктомии через смещенный единый доступ может использоваться у пациентов с различными формами острого аппендицита и обладает всеми признаками малоинвазивной операции.

ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, ВЫЗВАННОЙ NEISSERIA MENINGITIDIS СЕРОГРУППЫ W

Биткова О.С., ординатор кафедры детских инфекционных болезней

Руководитель: Мазанкова Л.Н., проф., д.м.н., зав. кафедрой

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Менингококковая инфекция в настоящее время не перестает быть актуальной проблемой педиатрии в связи с высоким риском развития жизнеугрожающих состояний и летальных исходов. За последнее десятилетие в России наблюдается смена сероваров *Neisseria meningitidis*, играющих этиологическую роль в развитии генерализованных форм менингококковой инфекции (ГФМИ), с увеличением в пользу серогруппы W. Согласно литературным данным, ГФМИ, ассоциированные с серогруппой W, отличаются от «классических форм».

Цель исследования – изучение клинико-лабораторных особенностей течения ГФМИ у детей, вызванных *N. meningitidis* серогруппы W.

Материалы и методы. Нами были проанализированы истории болезни 5 детей от 11 месяцев до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в детском инфекционном боксированном отделении (ДИБО) ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница № 2» Департамента здравоохранения г. Москвы в 2019 г.

Результаты. За период 2019 г. в ГБУЗ «ИКБ № 2» ДЗМ на стационарном лечении с диагнозом «Менингококковая инфекция» находились 154 пациента, в том числе 39 детей в возрасте до 16 лет (25 % от общего числа пациентов) проходили лечение в ДИБО. Около 80 % детей (n=31) переносили ГФМИ. Среди всех форм МИ 43,6 % (n=17) приходилось на долю менингококка группы A, второе место занимала МИ, вызванная менингококком W (n=10), группы B и C составляли 7,7 % (n=3) и 5,1 % (n=2) соответственно. В 12,8 % (n=5) случаев не удалось определить группу возбудителя (диагноз был установлен с помощью метода ПЦР), в 5,1 % (n=2) случаев анализы были отрицательными (дети из очага МИ). Среди детей, у которых была выделена *N. meningitidis* гр. W (n=10), 5 детей переносили

локализованную форму и были обследованы по поводу контакта с больными ГФМИ, положительные результаты анализов могут свидетельствовать о высокой частоте бессимптомного, но эпидемиологически значимого носительства. Из ГФМИ у 2 детей регистрировались сочетанные формы (менингит + менингококцемия), у 3 – гнойный менингит. «Классическое» начало болезни с повышения температуры, вялости, присоединения на следующий день геморрагической сыпи отмечалось только у одного ребенка, у остальных детей преобладали катаральный, кишечный, абдоминальный болевой синдромы, что в совокупности с лихорадкой и симптомами интоксикации расценивалось как кишечная инфекция или острый аппендицит. Позднее диагностирование менингеальных знаков и характерной геморрагической сыпи приводило к более поздней госпитализации детей (2 ребенка были госпитализированы лишь на 5 сутки заболевания). У 3 детей был диагностирован отек головного мозга, в 1 случае на фоне инфекционно-токсического шока; отмечалась инфекционно-токсическая кардиомиопатия (n=2), пневмония (n=1), в исходе заболевания – астенический синдром. Среди лабораторных показателей обращали на себя внимание высокий лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, развитие анемии, тромбоцитопении с последующим тромбоцитозом, высокие значения СОЭ, СРБ, лактата крови, гипопроteinемия. Изменения в ликворе носили патогномоничный для гнойного менингита характер: высокий плеоцитоз нейтрофильного характера (1100–9500 кл/мкл), повышение концентрации белка (0,96–4,0 г/л), лактата (максимально до 15,2 ммоль/л).

Выводы. В настоящее время отмечается изменение эпидемиологической ситуации с ростом ГФМИ, вызванных *N. meningitidis* гр. W, при высокой частоте выявления локализованных форм и носительства. Нехарактерное начало заболевания, полиморфизм клинических проявлений приводят к поздней госпитализации детей и к увеличению риска осложнений и неблагоприятных исходов. Проведение вакцинопрофилактики всех групп населения, введение в Национальный календарь вакцины против менингококка способно значительно улучшить эпидемиологическую обстановку и снизить смертность от

менингококковой инфекции.

ПРОГНОЗ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У «КОМОРБИДНЫХ» ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Болотова Э.Г., ординатор кафедры неврологии и нейрохирургии

Руководитель: Шпрах В.В., д.м.н., проф., директор, зав.кафедрой

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

Актуальность. Известно, что сосудистые заболевания головного мозга являются глобальной проблемой медицинской и социальной значимости. Это обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности. Прогноз восстановления нарушенных функций у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) во многом зависит от наличия и степени тяжести у них сопутствующих заболеваний.

Цель исследования. Изучить реабилитационный потенциал у «коморбидных» пациентов с ишемическим инсультом по сравнению с таковым у больных ишемическим инсультом, имеющих не более одного «коморбидного» заболевания.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 249 пациентов с ишемическим инсультом, проходивших лечение в неврологическом отделении для больных с ОНМК на базе ОГАУЗ «ИГКБ № 1» г. Иркутска, госпитализированных в период с 01.01.2019 по 01.06.2019, 205 (82,3 %) больных страдали артериальной гипертензией. Выделены две группы пациентов с учетом наличия или отсутствия у них «коморбидности». Известно, что под «коморбидностью» понимается наличие у пациента одновременно двух и более заболеваний.

Результаты. К первой группе были отнесены 115 пациентов (46,2 %),

имеющих два и более «коморбидных» заболевания, из них 32 пациента (27,8 %) имели три «коморбидных» заболевания. При этом в этой группе преобладали пациенты в возрасте 60–74 лет (59,1 %). Среди «коморбидных» заболеваний были выявлены нарушения ритма сердца (34,4 %), сахарный диабет (23,2 %), заболевания печени (18,1 %), облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (8,6 %), заболевания почек (8,2 %). Вторую группу составили 134 (53,8 %) пациента, у которых имелось только одно сопутствующее заболевание. В возрасте 18–44 года было 42 пациента (31,3 %), 45–59 лет – 54 (40,2 %), 60–74 года – 21 (15,6 %), 75–90 лет – 17 (12,9 %). У 43 (32,3 %) пациентов наблюдался сахарный диабет, у 36 (26,8 %) – нарушения ритма сердца, у 21 (15,6 %) – облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, у 18 (13,4 %) – заболевания печени, у 16 (11,9 %) – заболевания почек. В острейшем периоде ишемического инсульта частота и выраженность двигательных, речевых, когнитивных расстройств в обеих группах была одинаковой. После завершения первого этапа реабилитации двигательные нарушения у пациентов первой группы значительно регрессировали в 7,9 % случаев, регрессировали – в 14,8 % случаев, незначительно регрессировали – в 35,6 % случаев, остались без изменений – в 41,7 % случаев, а у пациентов второй группы – в 38,1 %, 47,4 %, 11,1 %, 3,4 % соответственно ($p < 0,05-0,01$). Речевые нарушения у пациентов первой группы значительно регрессировали в 3,5 % случаев, регрессировали – в 22,3 % случаев, незначительно регрессировали – в 44,7 % случаев, остались без изменений – в 29,5 % случаев, а у пациентов второй группы – в 32,3 %, 48,5 %, 14,1 %, 5,1 % соответственно ($p < 0,05-0,01$).

Выводы. Реабилитационный потенциал у «коморбидных» пациентов с ишемическим инсультом значительно ниже, чем у больных без «коморбидной» патологии. Двигательные, речевые и когнитивные нарушения после первого этапа реабилитации у «коморбидных» пациентов регрессируют в значительно меньшей степени, чем у пациентов, имеющих не более одного сопутствующего заболевания. Необходим дифференцированный подход к реабилитационным

мероприятиям у больных ишемическим инсультом в зависимости от наличия у них различных сопутствующих заболеваний.

ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЯ НЕРЕКОМЕНДОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ПАДЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ

Болотокова А.В., ординатор первого года, кафедра гериатрии и МСЭ

Руководитель: Ильина Е.С., преподаватель, кафедра клинической
фармакологии и терапии

Богова О.Т., д.м.н., профессор кафедра гериатрии и МСЭ

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель работы: изучить частоту назначения потенциально нерекомендованных лекарственных средств (далее – ЛС) согласно критериям «STOPP/START» у пациентов старческого возраста, перенесших падение в стационаре.

Введение. Тенденция увеличения срока жизни, приводит к возрастанию в когорте пациентов старческого возраста бремени хронических болезней, лечение которых сопряжено с применением большого количества ЛС, назначенных обоснованно, согласно предписаниям клинических рекомендаций и руководств. Полипрагмазия, возникающая в данной ситуации, приводит к возрастанию риска развития неблагоприятных лекарственных реакций (далее – ННЛР).

Материалы и методы: были проанализированы 96 историй болезней пациентов (74 жен. и 22 муж.) в возрасте $84 \pm 5,2$. Все пациенты находились на лечении в кардиологическом стационаре, у всех в анамнезе отсутствовал факт падения. Падение рассматривалось, как возможная потенциально неблагоприятная лекарственная реакция на применение ЛС, прием которых

ассоциирован с повышенным риском падений (лекарственное средство, повышающее риск падения ЛСПРП). Для аудита использовались ограничительная часть критериев *STOPP/START*.

Результаты и их обсуждение Было проанализировано 96 историй болезней пациентов (74 жен. и 22 муж.), госпитализированных в кардиологическое отделение многопрофильного стационара и испытавших падение в период госпитализации в 2019 году. Пациенты получали в среднем $7,41 \pm 2,85$ препаратов, полипрагмазия (одновременное назначении ≥ 5 ЛС) отмечалась у 86,8 % пациентов.

Все пациенты в качестве основной патологии имели заболевание сердечно-сосудистой системы. В качестве коморбидных заболеваний выступали артериальная гипертензия (98,4 %), цереброваскулярная болезнь (97,1 %), сахарный диабет 2 типа (46,3 %). В качестве сопутствующей патологии наиболее часто встречались патология опорно-двигательного аппарата (92,6 %), офтальмологические заболеваний (54,2 %), заболевания бронхолегочного аппарата (47,6 %) и ЖКТ (42,8 %). Индекс коморбидности, рассчитанный согласно индексу Charlson составил 7,56.

Затем был проведен анализ фармакотерапии из листа лекарственных назначений на предмет наличия потенциально не рекомендованных ЛС (по критериям «*STOPP/START*»). По критериям «*STOPP*», ограничительной части критериев «*STOPP/START*» в листах назначений было выявлено 57 потенциально нерекомендуемых ЛС (далее ПНЛС), что составляет 8,12 % от всех назначений (702 ЛС), применения которых следует избегать у пожилых людей при определенных клинических ситуациях.

Количество пациентов, которым были назначены ПНЛС, составило 44 человека (46,1 % от всех пациентов).

Наиболее часто встречающиеся ПНЛС, применения которых следует избегать у пожилых людей с определенными заболеваниями и синдромами, представлены ниже. Нестероидные противовоспалительные средства (далее – НПВС) при сердечной недостаточности (повышается риск обострения

сердечной недостаточности) у 15 (15,63 %); глибенкламид и хлорпропамид при сахарном диабете 2 типа выявлены у 12 (13,1 %); НПВС при артериальной гипертензии средней степени тяжести и выше (риск усиления артериальной гипертензии) у 10 (11,3 %); блокаторы H1-гистаминовых рецепторов первого поколения (обладают седативным эффектом, могут ухудшить сенсорику) 5 (5,19 %); НПВП без ингибиторов протонной помпы или H2 блокаторов при язвенной болезни 3 (3,4 %). К подгруппе ЛСПРП из выявленных потенциально не рекомендованных ЛС относятся блокаторы H1-гистаминовых рецепторов первого поколения и НПВС.

Заключение Полученные данные свидетельствуют о частом назначении ПНЛС пациентам старших групп, особенно на фоне полипрагмазии, следовательно, использование критериев «STOPP» необходимо для прогнозирования развития неблагоприятных клинических исходов и оптимизации фармакотерапии. ПНЛС, в том числе ЛСПРП, способны вызвать развитие неблагоприятных клинических исходов и существенно снизить качество жизни. Аудит фармакотерапии с использованием критериев «STOPP», могут с успехом использоваться у людей старше 65 лет, с целью повышения эффективности и безопасности фармакотерапии.

СИНДРОМ ИНДУЦИРОВАННОЙ МЕДИКАМЕНТАМИ ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Борейчук Л.А., студентка 6 курса факультета «Лечебное дело» КрасГМУ
Руководитель: Собко Е.А., д.м.н., проф., заведующая отделением аллергологии
КГБУЗ ККБ г. Красноярска

Синдром индуцированной медикаментами гиперчувствительности (DRESS-синдром, лекарственно-индуцированная псевдолимфома, тяжелая реакция лекарственной гиперчувствительности) – острая генерализованная

реакция на медикаментозные препараты, которая возникает через 1–8 недель после начала приема препарата и проявляется в виде кожных поражений (мультифокальная эритема, эритродермия, поверхностный гранулематозный дерматит), лихорадки, лимфаденопатии, изменений со стороны крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз, эозинофилия, наличие атипичных мононуклеаров), системных проявлений в виде гепатита, нефрита, энцефалопатии, панкреатита, эозинофильного инфильтрата и др.

Клинический случай. Пациент С., 35 лет был экстренно доставлен в отделение аллергологии КГБУЗ ККБ с жалобами на повышение температуры (39°C–40°C), кореподобные высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, болезненность в области миндалин, увеличение шейных л/у, отеки на лице и нижних конечностях, слабость. Из анамнеза известно, что в детстве был выставлен диагноз «Нейродермит», но в подростковом возрасте он был нивелирован. Отмечал проявления тяжелого лабиального герпеса 5 раз за последние 6 месяцев. В декабре лечился «Сульфасалазином ЕН» 1000 мг по поводу эрозивного проктосигмоидита, после чего, в начале января появилась сильная боль в горле, температура 39°C, озноб. После осмотра участковым врачом был выставлен диагноз «Острый тонзиллит» и назначено лечение «Ципрофлоксацином». Через 4 дня появилась макулопапулезная сыпь с тенденцией к слиянию, сильный зуд. Был госпитализирован в больницу г. Боготола. Там он получал лечение: Дексаметазон; Рингер + но-шпа; Глюкоза; Супрастин; Гептрал, однако проведенная терапия не способствовала положительной динамике. Более того, у больного усилились отеки, и появилась желтушность кожи и склер. Был транспортирован СМП в ККБ г. Красноярска. На момент поступления: АЛТ 728.3 ед/л; АСТ 374.3 ед/л; ГГТП 911 ед/л; ЩФ 305 ед/л; СРБ 52.2 мг/л; атипичные моноциты < 5%. На УЗИ: гепатоспленомегалия. Был консультирован врачом-инфекционистом с подозрением на инфекционный мононуклеоз, но диагноз не подтвердился. На основании анамнестических данных (прием препарата «Сульфасалазин», как триггера), шкалы RegiSCAR (Registry of Severe Cutaneous Adverse Reactions),

по которой больной набрал 6 баллов (лихорадка, кореподобная сыпь, лимфаденопатия, атипичные мононуклеары, отеки, поражение печени) был выставлен диагноз DRESS-синдром. После проведенного лечения: Преднизолон 60 мг; Гептор 800 мг; Урсодезоксихолевая к-та 500 мг; Веро-Лоратадин 10 мг; Стерофундин изотонический 1000 мл; Омепразол 20 мг уменьшились высыпания, снизилась температура (36.6°C), исчезла желтушность. В анализах: АЛТ 61.0 ед/л; АСТ 23.8 ед/л; ГГТП 213 ед/л; ЩФ 102 ед/л; СРБ 2.7 мг/л; отсутствуют атипичные мононуклеары. На УЗИ гепатоспленомегалия сохраняется.

Выводы. Данный клинический случай показывает, что синдром индуцированной медикаментами гиперчувствительности является сложным для диагностики, ввиду своей мимикрии под различные заболевания, такие как инфекционный мононуклеоз, острый тонзиллит, гепатиты различной этиологии. Успех лечения зависит в первую очередь от опыта врача, его умения грамотно дифференцировать DRESS-синдром с другими, по клинике похожими.

ДИАГНОСТИКА СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ВЫДЕЛЕНИЯ МОЧИ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Брыксин Д.А.¹, ординатор кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы

Руководители: Волынец Г.В.², д.м.н., Шургая М.А.¹, д.м.н.,

Пирожкова Т.А.³, д.м.н.

¹ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

² ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

³ ФГБУ Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России,
г. Москва

Цель исследования. Разработка балльной системы оценки нарушения

урогенитальных функций на основе МКФ.

Материалы и методы. Для разработки системы определения степени нарушения функции выделения мочи оценивали 10 показателей, характеризующих указанные функции согласно МКФ. При этом каждый критерий оценивался в баллах. Показатели, своим числовым значением входящие в диапазон референсных значений нормы, оценивались в 4 балла и расценивались как отсутствие нарушений. Для определения показателей, характеризующих абсолютные нарушения функции выделения мочи, были проанализированы истории болезни 15 пациентов, умерших от заболеваний мочевыводящей системы. Показатели этих пациентов оценивались в «0» баллов. Уровень показателей, составляющий 50 % от абсолютных, согласно рекомендациям МКФ, оценивались в «2» балла и расценивались, как умеренные нарушения. Уровень показателей, располагающихся в диапазоне между показателями, характеризующими «отсутствие нарушений» и «умеренные нарушения», расценивались как «незначительные нарушения» и оценивали в «3» балла, а между показателями, характеризующими «умеренные нарушения» и «абсолютные нарушения» как «тяжелые нарушения», и оценивали в «1» балл. Затем баллы суммировались. Снижение количества набранных при исследовании баллов на 0–4 % расценивалось как отсутствие нарушений, на 5–24 % – как незначительные нарушения, на 25–49 % – как умеренные нарушения, на 50–95 % – как тяжелые нарушения, >95 % – как абсолютные нарушения функции выделения мочи.

Результаты исследования. При отсутствии у пациента нарушений функции выделения мочи (снижение функции на 0–4 %) суммарное число набранных баллов равно 38–40, при незначительных нарушениях (снижение на 5–24 %) – 30–37 баллов, при умеренных нарушениях (снижение на 25–49 %) – 20–29 баллов, при тяжелых нарушениях функции выделения мочи (снижение на 50–95 %) – 2–19 баллов, при абсолютных нарушениях (снижение на 96–100 %) – 0–1 балл. В ходе проведенного исследования была составлена таблица, состоящая из 10 анализируемых показателей, которые совокупно

характеризовали функцию выделения мочи у взрослых и позволяли объективно ее оценить. Необходимо отметить, что значения некоторых показателей у мужчин и у женщин существенно отличались.

Заключение. Разработанная балльная система определения степени нарушения функции выделения мочи позволяет проводить их объективную оценку, мониторировать их изменения в динамике и оценить эффективность лечения и проводимой медико-социальной реабилитации.

– В –

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ НЕБНЫХ МИНДАЛИН

Васильева А.К., ординатор кафедры лучевой диагностики детского возраста;

Близнюк Н.А., ординатор кафедры лучевой диагностики детского возраста

Руководитель: Возгомент О.В., д.м.н., профессор.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель: Обосновать актуальность применения ультразвукового метода исследования у детей с ГНМ

Материал и методы исследования.

Объект исследования.

Дети обоего пола в возрасте от 2–12 лет с гипертрофией небных миндалин.

Методы исследования.

- Анамнестический метод (частота ОРИ, наличие или отсутствие апноэ сна).
- Клинический метод (жалобы, данные риноэндоскопии полости носа и носоглотки, фарингоскопии).

- Ультразвуковой метод исследования небных миндалин и лимфоидных органов.

Исследуемые группы.

В исследование включен 91 ребенок в возрасте от 2-х до 12-ти лет с диагнозом гипертрофия небных миндалин (ГНМ) и имеющие показания к тонзиллотомии.

В процессе исследования сформированы 2 исследуемые группы:

Группа 1 – дети, с гипертрофией небных миндалин 2–4 степени.

Группа 2 (контрольная) – дети без гипертрофии небных миндалин; дети с I группой здоровья, без отклонения от норм (после консультации педиатра).

Результаты исследования.

1. По данным УЗИ, при проведении сравнительной оценки линейных размеров миндалин с двух сторон у детей с ГНМ (группа 1) и контрольной группой (группа 2) достоверных различий не получено ($p \leq 0,5522$). А при сравнении рассчитанных объемов миндалин с двух сторон, по данным УЗИ, получены достоверные различия ($p \leq 0,01455$) у детей обеих групп.

2. Получены достоверные ($p \leq 0,05$) различия при сравнительном анализе объемов миндалин (см^3) справа и слева в зависимости от значения коэффициента массы селезенки (КМС), по данным УЗИ.

3. В группе детей с ГНМ (группа 1) было достоверно ($p \leq 0,05$) увеличено среднегрупповое значение КМС в среднем до 5,11; в сравнении с контрольной группой детей, где КМС в среднем составил 3,41. Анализ показал, что среди детей с ГНМ (группа 1), процент детей с гиперплазией лимфоидной ткани составил 25,3 %, что достоверно ($p \leq 0,05$) выше, чем в контрольной группе детей без ГНМ (группа 2), где процент детей с гиперплазией лимфоидной ткани составил – 19 %.

Выводы:

1. Достоверным критерием ультразвуковой оценки миндалин является оценка объема миндалин.

2. Объем миндалин в зависимости от КМС достоверно коррелирует с гипертрофией небных миндалин при клиническом осмотре.

3. Дети с гипертрофией небных миндалин более чем в 25,5 % случаев имеют признаки системной гиперплазии лимфоидной ткани, что свидетельствует об их иммунокомпрометированности и необходимости комплексного подхода к их лечению.

4. Комплексная ультразвуковая оценка состояния периферических органов иммунной системы позволяет оценить объем миндалин, различить местную и системную гиперплазию лимфоидной ткани у детей с гипертрофией небных миндалин и может быть использована как метод определения исходного состояния органов иммунного комплекса.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Верюгина Н.И., аспирант кафедры неврологии

Руководитель: Левин О.С., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

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

Материалы и методы. Проведено единовременное обследование серийной выборки из 150 пациентов (75 мужчин и 75 женщин) с БП. 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. При сравнении моторных симптомов выявлена большая ригидность по шкале MDS-UPDRS у мужчин. Мужчины имели меньший уровень повседневной активности среди пациентов с левосторонним дебютом БП.

У мужчин с БП выявлены более выраженные когнитивные нарушения. При сравнении вегетативных симптомов у мужчин выявлены более выраженные нарушения потенции. Среди пациентов в возрасте 60–69 лет у мужчин выявлены более выраженные вегетативные нарушения. Аналогичные результаты получены при сравнении пациентов с левосторонним дебютом БП.

У женщин с БП выявлены более выраженные проявления тревоги. Кроме того, у женщин с БП в большей степени были выражены галлюцинации.

При сравнении пациентов с первой степенью моторных нарушений по шкале Hoehn-Yahr у женщин выявлена большая эквивалентная доза леводопы, приходящаяся на 1 кг массы тела.

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.

Заключение. 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.

НЕУКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД КАК ПРИЧИНА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ В РАБОТЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Воеводина С.Г., ординатор, кафедра судебной медицины

Баринов Е.Х., заслуженный врач Российской Федерации, заслуженный
работник науки и образования РАЕ, профессор, д.м.н., профессор кафедры
судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО МГМСУ

им. А.И. Евдокимова

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва;

ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова, г. Москва

Цель исследования. Выявление закономерности увеличения основных диагностических и лечебно-тактических дефектов в работе скорой медицинской помощи в условиях неукomплектованности выездных бригад.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью работы, для получения достоверной информации по данным вопросам было проанализировано 7279 талона к сопроводительному листу, взятых на одной подстанции СМП г. Москвы за один год.

Результаты собственных исследований. В исследовании использованы 7279 талона к сопроводительному листу, взятых на одной подстанции СМП за один год. Выбраны были только талоны по нарядам, выполненными фельдшерами СМП. Из проанализированного материала выяснено, что в 3504 случаях наряды были выполнены неукomплектованными выездными бригадами в составе одного фельдшера.

Из проанализированного материала выяснено, что в условиях

неукомплектованности выездных бригад повышается количество случаев постановки неверного диагноза (до 3,2 %), гипердиагностики (до 40,2 %) и дефектов заполнения первичной медицинской документации (до 7,9 %) на догоспитальном этапе, а при снижении нагрузки – снижение данных показателей (0 %, 23,1 % и 2,9 % соответственно) и, как следствие, увеличение случаев постановки правильного диагноза.

Из приведенных данных можно заключить, что имеется закономерность увеличения основных диагностических и лечебно-тактических дефектов в работе скорой медицинской помощи в условиях неукомплектованности выездных бригад.

Выводы. Из приведенных данных можно заключить, что в условиях неукомплектованности выездных бригад повышается количество случаев постановки неверного диагноза, гипердиагностики и дефектов заполнения первичной медицинской документации, что в итоге приводит к:

1. неправильной тактике ведения пациента на догоспитальном этапе вследствие переоценки/недооценки симптомов;
2. непрофильной медицинской эвакуации или медицинской эвакуации в непрофильный стационар вследствие переоценки/недооценки симптомов;
3. удлинению времени, необходимого для постановки верного клинического диагноза и, как следствие, несвоевременности оказания медицинской помощи пациенту в стационаре;
4. замене нозологической единицы ее симптомами или осложнениями.

Из всего вышеперечисленного следует, что необходимо проводить дальнейшие исследования с участием пациентов и сотрудников СМП с целью разработки рекомендаций по уменьшению и предупреждению случаев диагностических и лечебно-тактических дефектов, которые способны привести к различным неблагоприятным исходам.

ГРИППОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ В СТРУКТУРЕ ОРВИ У ДЕТЕЙ
В ПЕРИОД СЕЗОННОГО ПОВЫШЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Восканян А.Э., ординатор кафедры педиатрии им. академика Г.Н. Сперанского

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Ткачева Д.Н., ординатор кафедры педиатрии им. академика Г.Н. Сперанского

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Краснослободцев К.Г., научный сотрудник лаборатории этиологии и
эпидемиологии гриппа Института вирусологии им. Д.И. Ивановского

ФГБУ «ФНИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России

Руководители: Заплатников А.Л., д.м.н., профессор

Бурцева Е.И., д.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Институт вирусологии им. Д.И. Ивановского ФГБУ «ФНИЦЭМ

им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России, г. Москва

Цель: определить удельный вес вирусов гриппа в этиологической структуре острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у госпитализированных детей в период сезонного подъема заболеваемости.

Материалы и методы: в период сезонного подъема заболеваемости острыми респираторными инфекциями (январь–март 2020 г.) проведено изучение этиологической структуры ОРВИ у 90 детей в возрасте от 1 месяца до 10 лет (средний возраст $24,01 \pm 2.62$ мес.), госпитализированных в инфекционное отделение № 3 ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой» ДЗМ. Детекцию вирусов гриппа А и В проводили методом полимеразной цепной реакцией с обратной транскрипцией в режиме реального времени (коммерческие наборы «Амплиценс® Influenzavirus A/B-FL», «Амплиценс® Influenzavirus A/H1-swine-FL», «Амплиценс® Influenzavirus A-тип-FL» (ООО Интерлабсервис, Москва); приборы RotorGene 6000 (CorbettResearch, Австралия) и DTliteReal-Time PCR System (ДНК-технология, Россия).

Результаты: грипп выявлен у 32,2 % госпитализированных (у 1 из 26 детей первого года жизни, у 15 из 44 детей в возрасте от 1 до 3 лет; у 10 из 16 пациентов 4–6 лет и у 3 из 4 детей в возрасте 7 лет и старше). В этиологической структуре гриппозной инфекции преобладали вирусы гриппа А – 69,03 %. При этом вирусы гриппа А(Н1N1)pdm09 выявляли в 51,72 %, вирусы гриппа А(Н3N2) – в 3,45 %, в 13,79 % случаев вирусы гриппа А оставались неуточненными. На вирусы гриппа В приходилось 31,04 %. Установлено, что осложненное течение гриппа имело место у 56,8 % детей. При этом пневмония встречалась у 9 детей, инфекционный токсикоз – у 3, острый средний отит – у 2 пациентов, геморрагический синдром – у 1 ребенка. У 4 детей с гриппом, кроме респираторных симптомов, имели место гастроинтестинальные проявления. В 3 случаях пневмония имела смешанную этиологию (гриппозно-хламидийная – у 2 детей, гриппозно-хламидийно-микоплазменная – у 1 ребенка). Особо следует отметить, что среди госпитализированных детей с гриппом только 2 ребенка (6,9 %) были вакцинированы.

Выводы: в период подъема заболеваемости в эпид. сезоне 2019–2020 гг. вирусы гриппа занимают существенное место (32,2%) в этиологической структуре ОРВИ у детей. Основными возбудителями гриппозной инфекции при этом являются вирусы гриппа А(Н1N1)pdm09(51,72%) и вирусы гриппа В (31,04%). Подавляющее большинство госпитализированных детей с гриппом (93,1%) не были вакцинированы против гриппозной инфекции.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ У РЕБЕНКА С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Восканян А.Э., клинический ординатор кафедры педиатрии
им. академика Г.Н. Сперанского ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Руководители: Захарова И.Н., д.м.н., профессор

Дмитриева Ю.А., к.м.н., доцент

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Представленный клинический случай демонстрирует ассоциацию целиакии с эндокринным заболеванием и первичным иммунодефицитным состоянием, а также влияние целиакии на дебют и клиническое течение сахарного диабета 1 типа.

Клинический случай. Девочка 4 лет 8 месяцев с установленным диагнозом Сахарный диабет I типа поступила в Эндокринологическое отделение ДГКБ им. Башляевой для планового обследования с жалобами на лабильные показатели гликемии, увеличение в объеме живота, неустойчивый стул. Анализ клинико-анамнестических данных позволил установить, что дебют сахарного диабета 1 типа выявлен у ребенка в возрасте 3 лет 11 месяцев. На момент поступления ребенок находился на комбинированной инсулинотерапии, однако стабилизации показателей гликемии в течение 8 месяцев терапии достигнуто не было. В клинической картине дополнительно обращали на себя внимание патологическая задержка роста (SDS роста – 2,15 SD), множественный кариес временных зубов, значительное увеличение живота в размере, учащенный разжиженный стул, что с учетом результатов проведенных лабораторных исследований, позволивших верифицировать у ребенка железодефицитную анемию средней степени тяжести (HGB 85 g/l, RBC 4,26, MCV 64,1 fl, MCH20 pg, сывороточное железо 3 мкмоль/л, ферритин 3,03 нг/мл) и гипокальцемию (Ca общий 1,8 ммоль/л, Ca ионизированный 1,07 ммоль/л), стало основанием для обследования на целиакию. При первичном серологическом скрининге у ребенка было выявлено выраженное

снижение уровня общего IgA сыворотки ($<0,01$ г/л) при нормальном уровне иммуноглобулинов класса М и G. На этом фоне уровень специфических антител к тканевой трансглутаминазе IgA (анти-ТТГ) определялся в пределах нормальных значений (анти-ТТГ IgA 9,8 ед/мл (N 0–10). В соответствии с рекомендациями Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов ESPGHAN при повторном серологическом исследовании у пациентки был определен уровень специфических для целиакии антител класса IgG: антитела к тканевой трансглутаминазе IgG 280 ед/мл (N 0-10), антитела к эндомизию IgG 1:1280 (N $<1:5$). При последующем исследовании биоптатов слизистой двенадцатиперстной кишки были выявлены морфологические признаки атрофической энтеропатии с межэпителиальным лимфоцитозом в стадии Marsh 3В.

На основании данных анамнеза, клинической картины и результатов проведенных лабораторно-инструментальных исследований был выставлен диагноз «Сахарный диабет I типа, медикаментозная субкомпенсация. Целиакия. Первичное иммунодефицитное состояние: селективный дефицит IgA. Железодефицитная анемия средней степени тяжести».

Рекомендовано строгое пожизненное соблюдение безглютеновой диеты, прием препаратов кальция, железа, контроль иммунограммы через 1 месяц, наблюдение гастроэнтеролога и иммунолога по месту жительства.

Выводы. В данном клиническом примере нелеченая целиакия явилась фактором, усугубляющим течение сахарного диабета у ребенка, не позволяющим достичь стабилизации показателей гликемии, несмотря на проводимую инсулинотерапию. Представленный случай также акцентирует внимание специалистов на необходимости определения общего уровня IgA в ходе диагностики целиакии, поскольку селективный дефицит IgA, часто ассоциируемый с целиакией, может приводить к ложноотрицательным результатам серологических тестов.

СОЧЕТАНИЕ АКРОМЕГАЛИИ И АНОМАЛИИ КИАРИ I

Габриелян А.Р., ординатор кафедры нейрохирургии

Руководитель: Камбиев Р.Л., к.м.н., заведующий нейрохирургическим
отделением для больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга ГБУЗ
ГКБ им. Ф.И. Иноземцева

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Осветить вопросы этиологии сочетания акромегалии и аномалии Киари I и определить тактику лечения данной группы пациентов.

Материалы и методы. Описан и проанализирован клинический случай сочетания акромегалии и аномалии Киари I. Также проведен обзор имеющейся литературы по вопросам лечения пациентов с сочетанием представленных патологий, опубликованной за период с 1994 по 2019 годы.

Результаты. Согласно результатам литературного обзора на настоящий момент существует теория о прямом влиянии СТГ на несоответствие объема интракраниальных структур объему задней черепной ямки. Выявлено превалирование опущения миндалин мозжечка у пациентов с акромегалией. При этом диспропорции объема мозговых структур объему ЗЧЯ способствуют изменения в мягких тканях. СТГ и ИФР-1 оказывают трофическое воздействие на процессы олигодендрогенеза и нейрогенеза, а также вызывают диффузное увеличение клеточной массы и объема внеклеточной жидкости, что приводит к увеличению внутричерепного давления. Повышение внутричерепного давления способствует смещению мозговых структур в ростро-каудальном направлении и опущению миндалин мозжечка через большое затылочное отверстие. В литературе встречаются различные варианты хирургического лечения пациентов с сочетанием акромегалии и аномалии Киари I. В каждом описании клинического случая приведена своя тактика хирургического лечения,

основанная на наличии сопутствующей патологии, превалировании определенной симптоматики, возможных рисках оперативного вмешательства. Так, ряд авторов первым этапом выполняют декомпрессию задней черепной ямки с пластикой твердой мозговой оболочки, а вторым этапом в отдаленном периоде (3–6 месяцев) проводят удаление аденомы гипофиза. Другие же первоочередно выполняют трансфеноидальную резекцию аденомы гипофиза и лишь при сохраняющейся симптоматике аномалии Киари I проводят декомпрессивную трепанацию задней черепной ямки. В нашем случае, учитывая преобладание клинической симптоматики аномалии Киари, высокую степень опущения миндалин мозжечка ниже линии Чамберлена, риск вклинения при необходимости установки люмбального дренажа, была выбрана тактика поэтапного хирургического лечения: первым этапом была выполнена субокципитальная краниоэктомия с резекцией дужки I шейного позвонка и пластикой твердой мозговой оболочки в области краниовертебрального перехода, а затем, спустя 2 недели, вторым этапом проведено эндоназальное трансфеноидальное эндоскопическое удаление объемного образования хиазмально-селлярной области. В послеоперационном периоде отмечено улучшение состояния пациентки в виде уменьшения атаксии при ходьбе, улучшения координации движений, регресса головокружения и болевого синдрома в шейно-затылочной области.

Выводы. Сочетание акромегалии и аномалии Киари I встречается крайне редко. В литературе описаны единичные случаи сочетания представленных заболеваний. В связи с редкостью сочетания данных патологий на настоящий момент нет единой концепции ведения пациентов данной группы. В выборе тактики ведения и хирургического лечения больных с сочетанием представленных патологий исключительно важен индивидуальный подход, оценка общей клинической картины, неврологического статуса, риска возможных осложнений. Целью хирургического лечения пациентов с сочетанием акромегалии и аномалии Киари I, в первую очередь, является стабилизация состояния пациента и улучшение качества его жизни.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Габриелян А.Р., ординатор кафедры нейрохирургии

Руководитель: Гуца А.О., д.м.н., проф. РАН, заведующий отделением нейрохирургии Научного центра неврологии ФГБНУ Научный центр неврологии, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника выходят на первое место по частоте встречаемости в практике нейрохирурга. Наиболее частой причиной неврологического дефицита, возникающего в результате поражения шейного отдела позвоночника, является грыжа межпозвонкового диска. На данный момент общепризнанным «золотым» стандартом в хирургическом лечении грыж межпозвонковых дисков на шейном уровне позвоночника является передняя шейная дискэктомия с межтеловым спондилодезом. Однако данный вид хирургического вмешательства сопряжен с риском возникновения ряда доступ-ассоциированных осложнений. Технологические разработки последних десятилетий, развитие новых способов хирургического вмешательства позволили перейти от традиционной открытой хирургии к мини-инвазивным эндоскопическим методам.

Цель. Определение показаний для проведения эндоскопического хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника и сравнение результатов данного метода с результатами передней шейной дискэктомии со спондилодезом.

Материалы и методы. Произведен анализ научных публикаций по вопросам эндоскопического лечения грыж межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника, опубликованных за период с 2000 по 2019 годы. По вопросу эндоскопического лечения грыж межпозвонковых дисков шейного

отдела позвоночника было найдено 27 публикаций. Среди них 13 систематических обзоров, 11 ретроспективных исследований и всего 3 проспективных рандомизированных исследования.

Результаты. Эндоскопический метод хирургического вмешательства является эффективным при лечении грыж межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника. По клиническому исходу, оцениваемому по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), NDI, критерию Odom, этот способ не уступает открытой хирургии. А по таким показателям, как продолжительность операции, интраоперационная кровопотеря, интенсивность послеоперационной боли превосходит переднюю микрохирургическую дискэктомию. Применение эндоскопического метода оперативного вмешательства позволяет снизить риск возникновения доступ-ассоциированных осложнений, что свидетельствуют о безопасности данного метода по сравнению с традиционными методами передних микрохирургических операций, сопровождающихся, как правило, межтеловым спондилодезом. За счет отсутствия необходимости в фиксации сегмента эндоскопическое хирургическое лечение позволяет избежать болезни смежного диска в отдаленном периоде. Представленный метод превосходит другие операции с позиции скорости реабилитации и социальной адаптации пациентов, а также позволяет сократить время послеоперационного пребывания в стационаре. Ключевым фактором в достижении положительного клинического эффекта при проведении эндоскопического хирургического лечения является правильное определение показаний и противопоказаний к применению данного метода оперативного вмешательства.

ВЛИЯНИЯ НАРУШЕННОГО ЦИРКАДНОГО РИТМА НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН И НА СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Гариева М.А. аспирант кафедры эндокринологии,

Косян А.А. аспирант кафедры эндокринологии,

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В последние годы в процессе всестороннего изучения механизмов регуляции метаболических процессов и в частности углеводного и липидного обмена, а также разработки дальнейших алгоритмов ранней диагностики сахарного диабета (СД) особый интерес представляют пациенты с нарушенным циркадным ритмом.

Целью исследований является оценка влияния нарушенного циркадного ритма на углеводный обмен и на степень выраженности ожирения у пациентов с СД 2 типа.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 37 человек с СД 2 типа в возрасте 35–65 лет. В первую группу включили 22 человека, с дневным графиком работы, а во вторую группу в качестве модели нарушенного циркадного ритма включили 15 человек с ночным графиком работы.

Результаты исследования

Диагноз СД 2 типа у пациентов первой группы был выставлен в возрасте 51,5; 8,25 лет, а у пациентов второй группы – в 43;6,75 лет ($p < 0,05$), при этом у пациентов первой группы минимальный возраст составил 38 лет, а у пациентов второй группы – 33 года.

В первой группе в крови уровень HbA1c составила 7,3;1,5 %, уровень прандиальной глюкозы – 6,1;1,1 ммоль/л и постпрандиальной глюкозы – 7,8;1,5 ммоль/л, что статистически значимо выше ($p < 0,05$), чем уровни HbA1c (6,6;1,5 %), прандиальной глюкозы (5,6;1,9 ммоль/л) и постпрандиальной

глюкозы (7,2;3,4 ммоль/л) в крови во второй группе.

Несмотря на сравнительно плохой гликемический контроль в первой группе, разница между уровнями постпрандиальной и прандиальной глюкозы, как показателя вариабельности гликемии, значительно выше во второй группе 1,9;1,3 ммоль/л, по сравнению с первой группой 1,43;1,48 ммоль/л ($p < 0,05$).

Вес и степень выраженности ожирение по показателям ИМТ в обеих группах статистически не отличалась. В первой группе вес составил 93,7; 35 кг, во второй группе – 106;33 кг ($p > 0,05$). ИМТ в первой группе составил 32,5;10,5 кг/м², во второй группе – 34;9 кг/м² ($p > 0,05$). Но важно отметить, что во второй группе с увеличением вариабельности гликемии увеличивался вес ($r=0,449$; $p < 0,05$) и значение ИМТ ($r=0,571$; $p < 0,05$).

Выводы:

У пациентов с нарушенным циркадным ритмом нарушение углеводного обмена с более высокой вариабельностью гликемии наступает значительно раньше, а последняя отрицательно влияет на степень выраженности ожирения.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

В Г. САРАНСКЕ

Глухова А.Ю.

Руководитель: Минаева И.Н., к.м.н., доцент.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, кафедра ортодонтии, г. Москва

Во время беременности организм женщины претерпевает значительные изменения, касающиеся различных видов гомеостаза: иммунного, гормонального, метаболического, водно-солевого обмена и т. д., что делает беременную женщину более восприимчивой к различным заболеваниям полости рта.

Цель: Оценка показателей стоматологического статуса у беременных женщин, проживающих в г. Саранске.

Задачи:

1. Провести клиническое стоматологическое обследование беременных женщин в разные периоды беременности.
2. Сравнить исследуемые показатели на двух сроках беременности в динамике при постановке на учет и на 30-й неделе беременности.
3. Проанализировать наличие корреляции между общесоматической патологией и стоматологическим статусом у беременных женщин.

При физиологическом течении беременности и беременности, осложненной гестозом, в организме женщины происходят изменения, которые влияют практически на все органы и системы, в том числе на ткани и органы полости рта.

При проведении клинического обследования было выявлено, что у беременных женщин происходит существенный прирост значения КПУ с момента постановки на учет к 30-й недели беременности.

При постановке на учет женщин, у которых отсутствуют хронические соматические заболевания имели индекс КПУ в среднем 3,5. К 30-й неделе беременности он увеличился до значения 5,9. Таким образом, прирост интенсивности кариеса составил 2,4.

У беременных женщин, имеющих хроническую соматическую патологию, индекс КПУ при постановке на учет составил 5,3, а к 30-й недели беременности был равен 9,3, т. е. прирост интенсивности кариеса составил 4,0.

Также у 67 % обследованных женщин было выявлено заболевания пародонта, а именно в абсолютном большинстве – гингивиты легкой и средней степени тяжести, из которых 81 % был связан с осложненным течением беременности, а именно гестозом.

Также заболевания пародонта были выявлены у женщин с заболеваниями ЖКТ (36 %), 73 % из которых имели заболевания пародонта, а также с нарушениями эндокринной системы (21 %), из которых 86 % также имели заболевания пародонта.

Выводы:

1. В результате исследования было выявлено, что при физиологическом течении беременности и беременности, осложненной гестозом, в организме женщины происходят существенные изменения органов и тканей полости рта.

2. Индекс КПУ был ниже в группе беременных женщин, не имеющих хронической соматической патологии, чем в группе с хронической соматической патологией на 1,8.

За период беременности прирост интенсивности КПУ также был ниже на 1,6 в группе женщин, не имеющих хронической соматической патологии.

3. Заболевания тканей пародонта преобладали при обследовании женщин на 30-й недели беременности.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У БОЛЬНОЙ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНОДМЕТРИОИДНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ

Горбанева А.Н., ординатор кафедры акушерства и гинекологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. В течение последних двух десятилетий во всем мире отмечается увеличение частоты развития гормонозависимых опухолей репродуктивной системы. В первую очередь относится к раку тела матки и раку молочной железы. Рак тела матки чаще встречается у женщин в возрасте старше 50 лет. Однако, в последние годы заметна тенденция к омоложению контингента больных с данной патологией.

Как правило, ранняя диагностика неопластического процесса эндометрия осуществляется не по клиническим, а по морфологическим критериям.

К факторам риска развития эндометриоидной аденокарциномы относятся: бесплодие, синдром поликистозных яичников, нарушение менструального цикла, связанных с ановуляцией, которая приводит к гиперэстрогении на фоне снижения секреции прогестерона. Немаловажное значение в этиологии возникновения неопластических процессов в эндометрии имеют вирусные агенты, подавляющие процессы апоптоза.

В связи с этим представляет интерес клиническое наблюдение благоприятного исхода родов у пациентки с верифицированной эндометриоидной аденокарциномой.

Клинический случай. Больная А. 37 лет обратилась в ЖК по поводу постановки на учет по беременности на сроке 11–12 недель (беременность первая, наступила самопроизвольно). Соматически отягощена варикозной болезнью вен нижних конечностей и миопией высокой степени. Менструальная функция в пределах нормы. В октябре 2017 г. на профилактическом осмотре по данным УЗИ органов малого таза обнаружено в области правого трубного угла полиповидное образование, деформирующее контур полости матки. Выполнена гистероскопия (ГС), раздельное диагностическое выскабливание (РДВ) стенок полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба. По данным морфологического исследования: частицы эндоцервикса, эндометрий в фазе пролиферации с мелкими очагами комплексной атипической гиперплазии с плоскоклеточной метаплазией и единичными микрофокусами перехода в высокодифференцированную эндометриоидную аденокарциному T_{1a}N₀M₀. Учитывая возраст больной, результаты комплексного обследования и настойчивое желание сохранить репродуктивную функцию, в декабре 2017 г. решено начать консервативное лечение (в полость матки введена внутриматочная терапевтическая система (ВМС), содержащая 52 мг левоноргестрела, которая удалена в марте 2018 года). После удаления ВМС выполнена гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание. По данным контрольного исследования клеток с признаками атипии не обнаружено. В марте 2019 г. наступила беременность, которая протекала без

осложнений. 3.12.2019 – беременная родоразрешена путем операции кесарево сечение в плановом порядке. Родилась живая доношенная девочка 3760 г, 52 см. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 4 сутки с ребенком в удовлетворительном состоянии домой. Продолжается наблюдение за состоянием женщины в условиях ЖК по месту жительства.

Выводы. В настоящее время возможно сохранение репродуктивной функции при раке эндометрия IA стадии с высокой или средней степенью дифференцировки (в случае отсутствия инвазии в миометрий). Проводится самостоятельная гормонотерапия прогестинами. Лечение проводится с использованием медроксипрогестерона ацетата, мегестрола ацетата (не менее 6 месяцев). В качестве альтернативы используется **левоноргестрел-высвобождающая внутриматочная система**, что и было использовано в качестве лечения у данной пациентки. После реализации репродуктивной функции индивидуально решается вопрос о профилактической гистерэктомии.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ ИЗ СУХОЖИЛИЯ ДЛИННОЙ МАЛОБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ

Гордиенко Р.О., кафедра травматологии и ортопедии

Руководитель: Гончаров Е.Н., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Разрыв передней крестообразной связки (ПКС) – одна из самых часто встречаемых травм коленного сустава у физически активных людей. В современной хирургической практике существует большое количество хирургических техник, используемых трансплантатов и методов фиксации трансплантатов в костных каналах. Однако при использовании любого аутоотрансплантата, наравне с плюсами, существуют и минусы.

Цель исследования. Оценка среднесрочных результатов первичного

артроскопического восстановления передней крестообразной связки коленного сустава с использованием аутотрансплантата из сухожилия длинной малоберцовой мышцы (СДММ) голени и сравнение результатов с контрольной группой пациентов, у которых использовался аутотрансплантат из связки надколенника с двумя костными блоками.

Материалы и методы. Тип исследования: моноцентровое проспективное продленное сравнительное контролируемое исследование. В период 2017–2018 гг. было прооперировано 108 пациентов, соответствующих критериям включения в исследование:

55 пациентам использовали аутотрансплантат из (СДММ) голени – группа 1 (исследуемая); 53 пациентам использовали трансплантат из связки надколенника с двумя костными блоками – группа 2 (контрольная).

Применялась единая хирургическая техника, инструменты и расходный материал. Оценка функции коленного сустава в двух группах основывалась на клиническом осмотре, сборе анамнеза жизни и заболевания, результатах функциональных тестов, оценке результатов МРТ, на данных инструментальных методов диагностики (КТ-1000) после оперативного лечения, ответах пациентов при заполнении шкал до операции и через два года после операции (TegnerLysholm, IKDC). Дополнительно пациентам исследуемой группы перед оперативным вмешательством и через 24 месяца после, производили исследование на плантографе компьютерном (ПКС-01) с расчетом индекса Чижина и Шритера с целью оценки возможного влияния забора аутотрансплантата из СДММ на свод стопы – формирование плоскостопия. Так же проводили оценку после оперативного вмешательства по шкале AOFAS.

Результаты: выполненных операций в двух группах оцениваем, как хорошие, статистически значимых различий не выявлено, что указывает на то, что аутотрансплантат из СДММ является альтернативным трансплантатом при первичном восстановлении ПКС, позволяющим сохранить динамические стабилизаторы коленного сустава и не имеющим влияния на формирование

плоскостопия в послеоперационном периоде.

Выводы. Мы не выявили значимых различий в изучаемой и контрольной группах пациентов, что указывает на возможность применения аутотрансплантата из СДММ при первичном артроскопическом восстановлении передней крестообразной связки коленного сустава. Отрицательного влияния забора данного трансплантата на функцию голеностопного сустава, а также развития продольно-поперечного плоскостопия через 24 месяца после операции в данном исследовании не выявлено.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.

Горячева А.А., ординатор кафедры неонатологии,
Журавель П.К., врач-неонатолог перинатального центра
ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ

Руководитель: Чабайдзе Ж.Л., к.м.н., доцент кафедры неонатологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Бронхолегочная дисплазия (БЛД) – полиэтиологическое мультифакториальное заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся, преимущественно, у недоношенных детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), в результате интенсивной терапии респираторного дистресс-синдрома и/или пневмонии. Важным патогенетическим звеном в повреждении легких является изменение их нормального формирования: нарушение развития ацинусов, уменьшение количества альвеол и капилляров, что приводит к нарушению газообмена. Основным фактором риска развития БЛД является незрелость бронхолегочной системы у недоношенных детей, особенно с ЭНМТ.

Цель исследования. Изучить частоту формирования БЛД у

недоношенных детей в зависимости от гестационного возраста и массы тела при рождении.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе перинатального центра ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ. В соответствии с целью исследования были проанализированы истории болезни 432 новорожденных детей с гестационным возрастом 34–24 недели, с массой тела при рождении 1999–600 г, которые находились на лечении в перинатальном центре ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ в 2019 г. Все недоношенные дети, соответствующие критериям включения ($n=432$), были разделены на 3 группы: 1 группа – дети с низкой массой тела – 1999–1500 г, сроком гестации 34–32 недели ($n=215$); 2 группа – дети с очень низкой массой тела – 1499–1000 г, сроком гестации 32–28 недель ($n=127$); 3 группа – дети с экстремально низкой массой тела – 999–600 г и сроком гестации 28–24 недели ($n=90$).

Результаты. Установлено, что частота формирования БЛД среди недоношенных детей с гестационным возрастом 32–24 недели ($n=432$) составила, в целом, 13,2 % (у 57 из 432). При этом отмечена сильная обратная корреляция между частотой БЛД и гестационным возрастом, массой тела при рождении. Так в 1 группе наблюдения (дети с низкой массой тела) БЛД развилась в 2,3 % случаев (у 5 из 215), во 2 группе (ОНМТ) – в 9,4 % (у 12 из 127), в 3 группе (ЭНМТ) – 44 % (у 40 из 90). Показано, что у всех детей с БЛД, независимо от гестационного возраста и массы тела, также имела место и врожденная пневмония. Кроме этого, было отмечено отсутствие межгрупповых различий в частоте отягощенного соматического, акушерско-гинекологического и инфекционного анамнеза матерей, у детей которых развилась БЛД.

Выводы. БЛД значительно чаще всего формируется у детей с ЭНМТ и сроком гестации менее 28 недель. При этом установлено достоверное увеличение частоты формирования БЛД по мере уменьшения гестационного возраста и массы тела ребенка при рождении. Учитывая активное внедрение

современных перинатальных технологий, позволяющих существенно увеличивать выживаемость детей с ЭНМТ, одной из актуальнейших задач здравоохранения на современном этапе становится разработка эффективных методов профилактики и лечения БЛД.

**РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИСТОСКАНИРОВАНИЯ
В СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.
СПЕЦИФИЧНОСТЬ МЕТОДА И СПОСОБЫ ИСКЛЮЧЕНИЯ
ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ ПОДОЗРИТЕЛЬНЫХ УЧАСТКОВ.**

Гюльмамедов А.М.о., клинический ординатор кафедры урологии и
хирургической андрологии

Руководитель: Ивкин Е.В., к.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность данной темы подтверждается глобальной бифуркацией урологического сообщества на сторонников использования техники гистосканирования и противников данного метода исследования. Среди первых: Российское общество урологов (РОУ) и ряд стран, среди противников: Европейская ассоциация урологов (ЕАУ) и Американская ассоциация урологов (ААУ). Чья же позиция в данном вопросе верна и абсолютна ли?

Целью данного исследования является выявление статистического ответа на данный вопрос на основе учета данных за выполненные биопсии на базе ГКБ им. С.П. Боткина с момента начала использования методики гистосканирования (сентябрь 2019 г.) на настоящий момент (март 2020 г.).

В ходе исследования во внимание были приняты результаты исследования 120 пациентов с гиперплазией предстательной железы неясного генеза и изменением лабораторных показателей титра ПСА (простатспецифического антигена, PSA) выше возрастной нормы. Показатели группы исследуемых пациентов:

- Средний возраст – 66 лет
- Средний уровень ПСА крови – 9,2 нг/мл (норма 0–4 нг/мл)
- Средний объем предстательной железы 49 см³ (норма 25–35 см³)
- Средний объем подозрительных участков выявленных по гистосканированию – 3,5 см³
- Среднее количество подозрительных участков выявленных по гистосканированию – 3 очага
- Среднее количество таргетных биоптатов – 2 биоптата
- Процент выявляемости РПЖ при использовании методики гистосканирования – 5,2 %

После сопоставления данных перечисленных выше с учетом клинических рекомендаций Европейской ассоциации урологов (ЕАУ) и Американской ассоциации урологов (ААУ) были сделаны нижеперечисленные выводы.

Выводы:

1. Использование техники гистосканирования является нерациональным при сопоставлении процента выявляемости рака предстательной железы к риску осложнений в послеоперационном периоде, по сравнению с традиционной биопсией предстательной железы или Fusion-биопсии предстательной железы.

2. Очаги ложноположительных участков при исследовании по методике гистосканирования не совпадают с действительными очагами РПЖ, выявленными при морфологической верификации биоптатов взятых традиционной биопсией предстательной железой.

3. Методика гистосканирования имеет разный процент выявляемости для различных типов аденокарциномы по шкале Глисон.

4. Частичное исключение ложноположительных результатов возможно только при верном использовании техники гистосканирования, но даже в этом случае высокий процент неверной оценки очагов по технике

– Д –

МЕСТО НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В РАЗВИТИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Дарбишгаджиев Ш.О., аспирант кафедры хирургии и эндоскопии
им. профессора Н.А. Баулина

Руководитель: Баулин А.А., д.м.н., доц.

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

Актуальность. Рак прямой кишки становится наиболее распространенным заболеванием в мире, составляя одну треть из всех видов рака толстой кишки, а также занимает 3-е место в структуре смертности от злокачественных новообразований.

Анализируя современные данные литературных источников, посвященных лечению рака прямой кишки, становится очевидным, что одним из наиболее эффективных методов, позволяющих увеличить долю радикальных и сфинктеросохраняющих вмешательств, а также уменьшить количество местного рецидива и улучшить отдаленные результаты является проведение неoadьювантной лучевой терапии.

Проведенный анализ последних исследований показывает, что предоперационная лучевая терапия является фактором повышающий риск послеоперационных осложнений, в том числе и развитии несостоятельности анастомоза.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния предоперационной лучевой терапии на развитие несостоятельности колоректальных анастомозов после резекции прямой кишки.

Материал и методы. В качестве объекта исследования использованы

данные о 12-ти больных (5 мужчин и 7 женщин), которым проведено комбинированное лечение по поводу аденокарциномы прямой кишки в период с 2015 г. по 2016 г. Средний возраст $53,4 \pm 5,4$ года, с диапазоном от 42 до 62 лет.

Всем больным проводилась предоперационная дистанционная лучевая терапия по 5 Гр в ежедневном режиме в течении 5 дней. В объем облучения включали область первичного очага и зоны регионарного метастазирования. Через день после окончания лучевой терапии выполнялось оперативное вмешательство, включающее резекция сегмента прямой кишки с тотальной мезоректумэктомией и восстановление естественности пищеварительного тракта путем формирования колоректального аппаратного анастомоза.

Полученные результаты. В раннем послеоперационном периоде развитие несостоятельности анастомоза отмечено у 4 больных из 12-ти, что составило 33 %. В то время как встречаемость данного осложнения после резекции прямой кишки без проведения предоперационной лучевой терапии составила 5 %.

Высокая встречаемость данного осложнения обусловлено прежде всего тем, что каудальная граница поля облучения при расположении опухоли в средней и нижней трети прямой кишки, включает анальный канал и перианальная область, что неизбежно приводит к попаданию фрагментов кишечной трубки, участвующие в формировании анастомоза в зону облучения.

Заключение. Проведение предоперационной лучевой терапии сопряжено с высоким риском развития несостоятельности колоректального анастомоза.

Полученные результаты показывают необходимость проведения дополнительных мероприятий по защите первичного анастомоза путем формирования превентивной кишечной стомы для улучшения непосредственных результатов комбинированного лечения рака прямой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА КЛИНИКО-МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА НА ФОНЕ СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Дгебуадзе А., аспирант кафедры офтальмологии

Руководитель: Мошетова Л.К., Акад. РАН, проф., д.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В Российской Федерации в 2019 году ишемическая болезнь сердца (ИБС) стала причиной смерти в 24 % случаев от общего числа умерших. ИБС сочетается с гипертонической болезнью (ГБ) в 60 % случаев. Последнее десятилетие чрескожное коронарное вмешательство (стентирование коронарных артерий) стало основным в реперфузионной терапии сосудов сердца.

Цель исследования: изучить состояния глазного дна у пациентов до и после стентирования коронарных артерий при ишемической болезни сердца и гипертонической болезни и при традиционной консервативной терапии.

Материал: Всего обследовано 110 человек с ИБС и ГБ, в том числе 20 человек – пациенты с ИБС и ГБ со стентированием коронарных артерий и 30 человек – пациенты с ИБС и ГБ получающие консервативное лечение в соответствии с клиническими рекомендациями.

Методы: традиционные офтальмологические, а также клинимо-морфофункциональное исследование глазного дна до и после стентирования, включая оптическую когерентную томографию сетчатки, фундусмикроскопию МАИА, фоторегистрацию глазного дна. Стентирование коронарных артерий выполняли по стандартной методике с трансфеморальным и трансрадиальным доступом.

Результаты: При биомикроскопии у пациентов 1 группы до оперативного вмешательства отмечали: резкое сужение артерий – 32 глаза (80 %); артериовенозный перекрест Салюс II – 38 глаза (95 %); вены полнокровны, неравномерного калибра – 40 глаз (100 %). На глазном дне

выявились единичные мелкоточечные геморрагии по ходу вен – в 20 глазах (50 %); единичные мелкие штрихообразные геморрагии в перипапиллярной области – в 10 глазах (25 %).

При биомикроофтальмоскопии у пациентов 2 группы отмечали: ангиопатию – 40 глаз (100 %); ангиосклероз – 40 глаз (100 %);

В результате проведенного хирургического лечения (чрезкожного коронарного вмешательства со стентированием) у всех пациентов 1 группы повысилась острота зрения с $0,71 \pm 0,03$ до $0,85 \pm 0,01$, $p < 0,05$; по данным ОКТ уменьшилась толщина сетчатки с $289,2 \pm 2,2$ мкм до $266,85 \pm 2,1$ мкм, $p < 0,05$, по данным микропериметрии МАΙΑ повысилась светочувствительность макулы с $21,0 \pm 0,2$ дБ до $25,1 \pm 0,2$ дБ $p < 0,05$.

У пациентов 2 группы, получающих консервативное лечение в соответствии с клиническими рекомендациями в периоде наблюдения достоверных изменений вышеуказанных показателей не наблюдалось.

Заключение: Результаты свидетельствуют о положительном влиянии стентирования коронарных артерий у пациентов с сочетанной патологией (ИБС+ГБ) на состояние глазного дна (по МКОЗ, ОКТ, фундусмикропериметрия МАΙΑ), что позволяет стабилизировать состояние сетчатки и профилактировать развитие тяжелых форм гипертонической ангиоретинопатии, что нами установлено в результате 2-летнего наблюдения пациентов.

ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕНСОРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОЗЫ В КРАТКОМ КУРСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ТРЕНИНГОВ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Деева А.В., лаборант-исследователь лаборатории физиологии функциональных состояний человека

Руководитель: Кубряк О.В., д.б.н., зав. лаб.

ФГБУ «НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина», Москва, Россия

Цель: исследовать динамику стабилметрических параметров у пациенток после мастэктомии в статической вертикальной позе (на силовой платформе) в процессе краткого курса восстановительного лечения.

Материалы и методы. Наблюдение проводилось с участием 22 пациенток после мастэктомии с соблюдением современных этических норм в отделении физиотерапии РМАНПО (зав. отд. – к.м.н. И.С. Евстигнеева; зав. каф. д.м.н. М.Ю. Герасименко), совместно с лабораторией физиологии функциональных состояний человека НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина (зав. лаб. – д.б.н. О.В. Кубряк), в рамках установленного лечащим врачом восстановительного лечения, включающего тренировки на стабилплатформе. Для целей наблюдения применялись методика и оборудование, аналогичные ранее описанному (DOI: 10.14529/hsm18s03). Отличительная особенность: использовались упражнения «Огни» и «Мишень» в программе STPL, с регулировкой глубины (чувствительности) обратной связи по опорной реакции. Перед каждым тренингом проводился двухфазный тест Ромберга на силовой платформе. Схема тренинга: 4 подхода по 60 секунд с минутным отдыхом в перерыве. Первый подход проводился с увеличенной на 15 % от условно нормальной глубины обратной связью. Далее – увеличение с шагом в 15 % до максимального 60 %. Второй подход включал в себя смену порядка режимов: сначала максимальное увеличение чувствительности до 60 % от условно нормальной чувствительности с последующим снижением до 15 %, затем снова повышение до 45 % от условно нормальной чувствительности,

далее снижение чувствительности до 30 %. Третий подход стартовал с увеличенной на 60 % от условно нормальной глубины обратной связи, далее с шагом в 15 % происходило уменьшение, до минимального 15 %. Анализировались данные 3 последовательных занятий (сеансов). Сравнивались избранные показатели указанного выше двухфазного теста, в динамике занятий: L, мм (длина статокинезиограммы); S, мм², (площадь); A, Дж; Ау, Дж; Ах, Дж (оценки «энергоемкости статокинезиограммы» – совокупно и по осям). Для статистического анализа: критерий Фридмана, критерий Вилкоксона, уровень значимости 0.05. Расчеты в программе SPSS.

Результаты и обсуждение. Менее чувствительный, чем «А», показатель «L», статистически значимо не изменился в течение 3 последовательных сеансов тренинга. Аналогично – показатель «S». Для показателей типа «А», с расчетом по разным осям и совокупно, наблюдалось статистически значимое снижение для фазы теста с открытыми глазами от 1 к 3 сеансу. Полагаем, что это может отражать изменение характеристик сенсорного обеспечения моторного контроля в течение короткого периода, соответствующего 3 сеансам. Возможными причинами могут быть как адаптационные процессы (к условиям тренинга), так и снижение выраженности болевых ощущений и вероятной аффективной компоненты (обусловленной заболеванием и операцией). При этом наиболее заметны изменения показателя для саггитальной плоскости. Это может указывать на большую физическую скованность пациенток в начале восстановительного лечения. Следует особо отметить, что возможное возрастание здесь роли зрительного контроля (по различию показателя для фазы с открытыми глазами), может указывать на сенсорные перестройки, связанные с улучшением состояния пациенток.

Выводы. Динамика стабилметрических показателей, связанных с сенсорным обеспечением вертикальной позы, может касаться отражения сложных сенсорных перестроек в процессе уменьшения выраженности последствий болезненных, стигматизирующих операций (на примере мастэктомии). Данное наблюдение следует рассматривать как пилотное, а

выводы – предварительными.

ДИАБЕТИЧЕСКИЙ МАКУЛЯРНЫЙ ОТЕК. КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Дементьева А.А., ординатор кафедры офтальмологии

Руководитель: Воробьева И.В., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Заболеваемость сахарным диабетом в мире приобретает черты пандемии. К 2040 году ожидается, что сахарным диабетом будут страдать около 600 млн человек. Диабетический макулярный отек – тяжелое осложнение сахарного диабета, приводящее к потере зрения при несвоевременно начатом лечении.

Цель исследования: проанализировать клинический случай пациента с рано диагностированным заболеванием и своевременно начатым лечением.

Клинический случай: мужчина, 54 лет, обратился в филиал № 1 ГКБ им. С.П. Боткина с жалобами на ухудшение зрения и появление пятна перед глазом. Из анамнеза известно, что пациент страдает сахарным диабетом 2 типа 13 лет, в последние 3 месяца по месту жительства был поставлен диагноз диабетическая ретинопатия. На момент обращения HbA1C = 13 %, лечение таблетированными сахароснижающими препаратами. Для обследования пациента использовались стандартные офтальмологические методы, а также оптическая когерентная томография, фундус-микропериметрия MAIA, фоторегистрация глазного дна. По результатам обследования поставлен диагноз непролиферативная диабетическая ретинопатия и диабетический макулярный отек. Учитывая наличие вышеперечисленных жалоб и своевременно выявленного клинически значимого диабетического макулярного отека (больше справа по результатам обследования), было принято решение о интравитреальном введении ингибиторов ангиогенеза (Афлиберцепт «Эйлеа»)

в правый глаз. Значительное улучшение состояния сетчатки правого глаза отмечалось уже через 6 дней после проведенного лечения, и положительная динамика сохранялась на протяжении следующих 3-х месяцев, в результате чего по данным оптической когерентной томографии толщина сетчатки уменьшилась в 2 раза (с 500 до 265 мкм). Запланированное введение препарата «Эйлеа» в левый глаз не проведено, так как пациент перенес острое нарушение мозгового кровообращения и находился на стационарном лечении. При контроле через 3 месяца состояние глазного дна и сетчатки резко ухудшилось, появились кровоизлияния, твердые экссудаты, значительно увеличился отек, что подтверждалось инструментальными методами исследования.

Выводы: раннее выявление и своевременное начатое лечение диабетического макулярного отека позволяет достичь положительных результатов в короткие сроки и значительно улучшить морфологическое и функциональное состояние сетчатки. При позднем выявлении и без лечения заболевание стремительно прогрессирует и свидетельствует о неблагоприятном прогнозе.

ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ИБРУТИНИБ:

ЧАСТОТА И ФАКТОРЫ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ

Дмитриева Е.А., аспирант кафедры гематологии и трансфузиологии,

Агаширинова А.А., врач-гематолог ГБУЗ ГKB им.С.П.Боткина ДЗМ,

Стрекова М.Н., врач-гематолог ГБУЗ ГKB им.С.П.Боткина ДЗМ

Руководитель: Никитин Е.А. д.м.н., проф., зав. кафедрой гематологии и трансфузиологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

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

Цели. Проанализировать факторы, связанные с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями у пациентов с ХЛЛ, получающих

ибрутиниб.

Методы. Представлены данные об инфекциях у пациентов с ХЛЛ, получавших ибрутиниб в течение 3,6-летнего периода с мая 2015 года по декабрь 2018 года в одном центре. Степень тяжести инфекций устанавливали в соответствии с критериями СТСАЕ, версия IV. Накопленный риск инфекций оценивался по Каплану-Мейеру, сравнение между группами было выполнено с использованием коэффициентов риска и доверительных интервалов, полученных из регрессионных моделей Кокса.

Результаты. В исследование было включено 240 пациентов с ХЛЛ. Средний возраст составлял 65 лет, 86 женщин, 117 имели стадию С. 85 % получали ибрутиниб в качестве монотерапии, 15 % в сочетании с моноклональными антителами к CD20. Медиана наблюдения составила 14,8 месяца. Большинство пациентов (93 %) получали ибрутиниб по поводу рецидива. Медиана числа линий терапии в анамнезе составила 3. Нейтропения до ибрутиниба была выявлена у 20 пациентов. Глюкокортикостероидные гормоны получали 20 пациентов. Всего было зарегистрировано 525 инфекционных эпизодов у 183 пациентов. Из них 381 было бактериальных / смешанных инфекций, 115 вирусных и 29 грибковых инфекций. Среди бактериальных/смешанных инфекций 121 эпизод расценивался как инфекция III степени, 43 – IV степени. У 7 пациентов инфекции были смертельными. Суммарный накопленный риск бактериальных инфекциями III – V степени в течение 12 месяцев составил 37 %, вирусных инфекций – 28 % и грибковых инфекций – 8 %. Более высокий накопленный риск бактериальных инфекций III–V степени наблюдался у пациентов с ≥ 3 линиями предшествующей терапии (ОР: 2,0; 95% ДИ 1,36–2,97), стадией Binet C (ОР: 1,4; 95 % ДИ 0,95–2,08), со статусом ECOG > 2 (ОР: 2,4; 95 % ДИ 1,6–3,6), исходной нейтропенией (ОР: 1,25; 95 % ДИ 0,73–2,13), а также у мужчин (ЧСС: 1,8; 95 % ДИ 1,16–2,8, $p = 0,004$). В многовариантном анализе мужской пол (ОР 1,89, 95% ДИ 0,5–3, $p = 0,006$), статус ECOG > 2 (ОР = 1,97, 95 % ДИ 0,5–3) и исходная нейтропения (ОР = 1,76, 95 % ДИ 0,99 –3,1) были

значимыми и независимыми факторами риска. Накопленный риск любых грибковых инфекций был связан с одновременным применением кортикостероидных гормонов (ОР: 6; 95 % ДИ 5,85–14,7) и исходной нейтропенией (ОР: 2,36; 95 % ДИ 0,95–5,85). Единственным показателем, достоверно связанным с вирусными инфекциями, было ≥ 3 линий терапии в анамнезе (ОР: 1,74; 95 % ДИ 1,06–2,86).

Более 1 эпизода инфекций наблюдалось у 160 пациентов. В связи с этим проведено сравнение частот инфекций, выраженных числом на 100 пациенто-месяцев. Бактериальные инфекции III-V степени достоверно ассоциировались с ≥ 3 линиями предыдущей терапии (3,6 против 2,3), статусом ECOG >2 (5,72 против 2,27), мужским полом (3,2 против 2,03).) и стадией С (3,8 против 2,24). Грибковые инфекции чаще наблюдались у пациентов с >3 линиями терапии в анамнезе (0,87 против 0,31), исходной нейтропенией (1,75 против 0,47), одновременным применением глюкокортикостероидных гормонов (1,96 против 0,39).

Заключение. Пациенты с исходной нейтропенией, с ECOG >2 имеют наиболее высокий риск развития тяжелых бактериальных инфекций. Мы полагаем, что у этих пациентов следует рассматривать назначение антибактериальной профилактической терапии до достижения статуса по ECOG <2 и разрешения нейтропении. Пациенты, которым одновременно с ибрутинибом назначаются глюкокортикостероидные гормоны следует рассматривать одновременное назначение профилактической противогрибковой терапии.

ФАРМАКОКИНЕТИКА И ВНЕЦЕЛЕВЫЕ ЭФФЕКТЫ ИБРУТИНИБА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

Дмитриева Е.А., аспирант кафедры гематологии и трансфузиологии,

Агаширинова А.А., врач-гематолог ГБУЗ ГКБ им.С.П.Боткина ДЗМ,

Стрекова М.Н., врач-гематолог ГБУЗ ГКБ им.С.П.Боткина ДЗМ

Руководитель: Никитин Е.А. д.м.н., проф., зав. кафедрой гематологии и трансфузиологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

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

Введение. Ибрутиниб является одним из ключевых препаратов в лечении хронического лимфолейкоза. Несмотря на высокую эффективность, препарат не позволяет добиваться качественных ремиссий с эрадикацией минимальной остаточной болезни, и в связи с этим назначается на неопределенно длительный срок – до прогрессии или непереносимой токсичности. По данным крупного исследования, проведенного в США, частота преждевременного прекращения терапии по причине токсичности у пациентов с рецидивами достигает 50 %. Редукции дозы требуются 20 % больных. Применение препарата в субтерапевтических дозах может сопровождаться риском развития рефрактерности к ибрутинибу. Рекомендуемая доза ибрутиниба у пациентов с хроническим лимфолейкозом составляет 420 мг в день, независимо от веса, возраста и коморбидности, и массы опухоли пациента. Полное насыщение сайтов связывания Брунтонтирозинкиназы достигается при уровне значительно меньшем, чем используемая терапевтическая доза. Поскольку фармакокинетика ибрутиниба вариабельна, мы предположили, что некоторые побочные эффекты могут быть связаны с более высокой концентрацией ибрутиниба. Снижение ибрутиниба в этом случае не должно приводить к снижению эффективности.

Цели. Цель настоящего исследования – в оценке связи между сывороточной концентрацией ибрутиниба и побочными эффектами.

Методы. Большинство побочных эффектов ибрутиниба являются

определяются множеством факторов. Таковы, например, инфекции и мерцательная аритмия. Для объективного анализа связи фармакокинетики ибрутиниба и осложнений нами отобраны три осложнения с доказуемой связью с препаратом. В их число вошли: 1) рецидивирующая и необъяснимая нейтропения, повлекшая за собой снижение дозы; 2) персистирующая миалгия, приведшая к снижению дозы; 3) геморрагические осложнения, персистирующие более 6 месяцев. Пациенты, у которых не было никаких осложнений, составили контрольную группу. Концентрация белка брутонтитрозинкиназы снижается при терапии ибрутинибом, пациенты включались, только если они получали препарат более 6 месяцев. В исследование не включались пациенты, принимавшие, наряду с ибрутинибом индукторы и ингибиторы CYP3A4, а также пациенты с поражением печени. Образцы крови забирались через 30 мин., 1 ч., 2 ч., 3 ч., 4 ч., 6 ч., 8 ч. и 24 ч. после приема ибрутиниба. Сывороточная концентрация ибрутиниба измерялась с использованием высокоточной жидкостной хроматографии с выявлением результата с помощью масс-спектрометрии. Анализировалась максимальная концентрация (C_{max}), а также площадь под кривой устойчивой концентрации (AUC_{0-24}). Вычисления проводились с использованием программ Excel и Statistica.

Результаты. Среди 163 пациентов, которые получали ибрутиниб более 6 месяцев, мы идентифицировали 32 больных с осложнениями, удовлетворявшими перечисленным критериям включения и исключения. Среди них было 6 пациентов с нейтропенией, 11 пациентов с миалгией и 15 пациентов с персистирующей кровоточивостью. 30 пациентов были включены в качестве группы контроля. Суммарно у 62 пациентов было выполнено 81 измерение, результаты представлены в таблице 1. Группы сравнения оказались сопоставимы по параметрам, которые могли повлиять на фармакокинетику ибрутиниба, включая уровень билирубина, уровень АСТ, АЛТ, альбумина, сывороточного белка. В группе с кровоточивостью и миалгией было несколько больше женщин, хотя различия недостоверны. Различия в C_{max} и AUC_{0-24}

между мужчинами и женщинами также были недостоверны. Как Стах так и AUC0-24 были значительно выше у пациентов со всеми осложнениями по сравнению с группой контроля ($p < 0,001$ для обоих параметров). По сравнению с контролем значительные различия наблюдались у пациентов с кровоточивостью и миалгией, в то время как у пациентов с нейтропенией достоверных различий выявлено не было.

Заключение. У пациентов с персистирующей кровоточивостью и миалгией наблюдается более высокие концентрации ибрутиниба. Наши данные говорят о том, что у пациентов с осложнениями, которые непосредственно связаны с ибрутинибом, возможно безопасное снижение дозы.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОКЛЮША У ДЕТЕЙ

Драчева Н.А., ординатор кафедры детской хирургии и педиатрии ФПО

Руководитель: Хохлова Е.Н., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск

Цель исследования – изучение клинического течения и лабораторных показателей коклюша у детей в Курской области по данным инфекционного стационара.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 80 историй болезни детей от 1 месяца до 17 лет с диагнозом коклюш, госпитализированных в Областную клиническую инфекционную больницу им. Н.А. Семашко г. Курска в период с января 2016 по октябрь 2019 гг. Диагноз подтверждали обнаружением ДНК *Bordetella pertussis* и/или *Bordetella parapertussis* в мазке из зева методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) или определением в сыворотке крови пациентов IgM и IgG к возбудителям коклюша методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты исследования. Наибольшее количество детей было госпитализировано в летне-осенний период: 25 (30 %) детей и 22 (26 %)

ребенка соответственно, в зимний и весенний сезоны наблюдалось одинаковое число пациентов. Половина детей были в возрасте до 1 года (40 (50 %) детей), из них до 3-х месяцев 45 % (18 больных), от 3-х до 12-ти месяцев – 55 % (22 ребенка). Большинство больных проживало в городе (60 (72 %) пациентов). Мальчиков и девочек было практически поровну: 43 (56 %) и 37 (44 %) детей соответственно. Чуть больше половины детей оказались не вакцинированы – 45 (54 %) человек, из них 55,6 % в силу возраста и 22,2 % детей из-за отказа родителей от вакцинации. 59 (71 %) пациентов были направлены в стационар медицинскими работниками первичного звена, из них диагноз коклюш установлен у 20 (34 %) пациентов.

В 82 % случаев (68 больных) коклюш диагностирован в периоде спазматического кашля, в периоде разрешения – у 3,6 % пациентов (3 человека). Диагноз паракоклюш, период спазматического кашля установлен у 8 (9,6 %) больных. *Bordetella pertussis* в мазке из зева методом ПЦР обнаружена в 66 (80 %) случаях, *Bordetella parapertussis* – в 7 (8 %) случаях. В анализе крови методом ИФА IgM к возбудителю *Bordetella pertussis* и *Bordetella parapertussis* обнаружены у 4 (4,8 %) и 1 (1,2 %) детей соответственно. При бактериологическом исследовании мазка из зева роста возбудителей коклюша не получено у всех детей. Коклюш в среднетяжелой форме зарегистрирован в подавляющем большинстве случаев и лишь у 8 (10 %) детей была тяжелая форма заболевания. Достоверно чаще среди детей, не вакцинированных в силу возраста, отмечалось сочетание коклюша с острой респираторной вирусной инфекцией и/или бактериальной инфекцией. В клинической картине у большинства детей наблюдался типичный приступообразный кашель с репризами и отхождение вязкой слизистой мокроты. У 8 (9,6 %) не привитых детей в возрасте от одного месяца до полутора лет на высоте приступа возникало апноэ. У всех детей с паракоклюшем отмечался менее частый приступообразный кашель без реприз. Среднее количество приступов кашля за сутки – $10,5 \pm 6,9 [1;30]$. Достоверно чаще количество приступов кашля было большим в группе не вакцинированных в сравнении с группой привитых детей

($p < 0.05$).

У 65 (78 %) детей по данным общего анализа крови отмечены типичные изменения для коклюша. Этиотропная терапия проводилась антибиотиками группы цефалоспоринов III и IV поколений, макролидами, аминогликозидами и их комбинациями. Средняя продолжительность антибактериальной терапии – $5,4 \pm 1,9 [0; 14]$ дней.

Выводы. Таким образом, в Курской области среди заболевших коклюшем преобладают непривитые или с неполной вакцинацией против коклюша дети раннего возраста. В большинстве случаев отмечается типичное течение инфекции. Для подтверждения диагноза необходимо использовать высокоинформативный метод ПЦР. Требуется разработка актуальных программ вакцинации против коклюша и профилактическая работа с населением по вопросам вакцинопрофилактики.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТА МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ПО РАННЕМУ ДОКЛИНИЧЕСКОМУ ВЫЯВЛЕНИЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Држевецкая К.С., аспирант кафедры рентгенологии и радиологии

Руководитель: Корженкова Г.П., д.м.н., профессор кафедры рентгенологии и радиологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Повышение эффективности ранней доклинической диагностики рака молочной железы (РМЖ) в условиях массового маммографического скрининга.

Материалы и методы. С апреля 2018 г. по декабрь 2019 г. на мобильных маммографических комплексах обследованы 35 063 пациентки. Средний возраст пациенток $57,33 \pm 8,07$ лет (38–93). Для выполнения исследования было выделено несколько этапов: создание и внедрение в практику мобильного маммографического комплекса; обучение врачей и среднего медицинского

персонала методике проведения стандартного маммографического обследования; контроль качества маммографического исследования; разработка «облачного» хранения и компьютерной базы данных для учета архива пациенток; информационная поддержка в СМИ массового маммографического обследования женского населения; проведение массового маммографического обследования женского контингента старше 40 лет.

Результаты. За два года проведения пилотного проекта, у $n=156$ (22,3 %) верифицирован РМЖ и проведено соответствующее лечение. В $n=399$ (57,0 %) случаях верифицированы доброкачественные процессы. На стадии верификации диагноза находятся $n=52$ за 2019 год (14,1 %) женщины, их данные не учитываются.

При анализе распределения РМЖ по стадиям, стоит отметить увеличение процентного соотношения выявления заболевания на T0 и T1 стадиях, размерами до 10 мм, по сравнению годов между собой и на порядок чем количество выявленных случаев в областном и всероссийском скрининговом проектах по скринингу РМЖ. В этих системах скрининга преимущественно заболевание выявляется на стадиях T1 от 10 до 20 мм и стадии T2, что уже представляет собой злокачественные образования размером от 20 до 50 мм, и все эти опухоли уже могут быть обнаружены пальпаторно при физикальном обследовании пациентки, что обозначает их как уже клинические выявленные злокачественные образования.

Выводы. Для успешного решения проблемы скрининга РМЖ необходима разработка единого государственного стандарта проведения скрининга и ранней диагностики, стандарта интерпретации результатов обследования, обеспечивающего в последующем адекватное щадящее, органосохраняющее лечение, высокое качество оказания медицинской помощи и увеличение продолжительности жизни.

ПЛОТНОСТЬ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МАММОГРАФИЯ. ОПЫТ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН

Држевецкая К.С., аспирант кафедры рентгенологии и радиологии

Руководитель: Корженкова Г.П., д.м.н., профессор кафедры рентгенологии и радиологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Определить значение новейших методов диагностики рака молочной железы и возможность персонализации маммографии.

Материалы и методы. Обзор литературы.

Результаты. Рак молочной железы (РМЖ) остается серьезной медицинской и социальной проблемой во многих развитых странах, а в последние годы растет его частота и в развивающихся странах. В промышленно развитых странах удельный вес РМЖ составляет около 21–24 %. В 2018 г. РМЖ был выявлен более чем у 400 тыс. женщин в странах Европы.

В современных условиях реальным путем успешного излечения и снижения смертности от рака молочной железы является улучшение ранней диагностики – проведения скрининговых программ по выявлению РМЖ. Среди методов диагностики рака молочной железы, используемых для скрининга этого заболевания, наиболее значимым считается маммография. Проведение маммографии снижает смертность на 20 %.

У 43 % женского населения в возрасте от 40 до 74 лет определяется плотная ткань молочной железы, что в свою очередь, за счет маскировочного эффекта, увеличивает риск развития РМЖ в 4–6 раз и снижает чувствительность по данным разных авторов от 33 до 38 %. 71 % случаев РМЖ в молочной железе с высокой плотностью ткани ACR BI-RADS C и D. Таким образом, отмечается снижение выявляемости интервального рака и женщин часто отправляют на дообследование.

В 25/28 стран Европы реализованы скрининговые программы населения – 2D маммография и двойное чтение (истинное и ложное), но существуют

вариации: целевое население, интервал скрининга, дополнительные методы скрининга, покрытие. По усредненным показателям приглашены на скрининг 79 % женского населения подлежащих прохождению скрининга, 49 % этот скрининг проходят, 7,1/1000 прошли лечение.

Дополнительные методы скрининга очень вариативны, в зависимости от страны и ее скрининговой программы, соответственно. Используются такие методики как: контрастная маммография (CESM), ультразвуковое исследование, автоматизированное ультразвуковое исследование молочных желез (ABUS).

Количественные машинные измерения плотности молочной железы на маммограммах, с помощью специализированного программного обеспечения и выстраивания шкал пороговых значений плотности молочной железы по ACR категориям, помогают улучшить модели предсказания рисков развития рака молочной железы и открывают путь к персонализированным скрининговым моделям, а также исключают фактор оператор зависимости интерпретации полученных изображений.

– Е –

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ

Егорова Ю.О., аспирант кафедры туберкулеза и инфекционных болезней

Руководитель: Зоркальцева Е.Ю., д.м.н., профессор.

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

Цель исследования. Проанализировать причины рецидивов туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией для совершенствования лечебных и профилактических мероприятий в отношении этой категории пациентов

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ

132 медицинских карт пациентов с рецидивами туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией (69 пациентов) и без ВИЧ (63 пациента)

Методы диагностики. Общеклинические, рентгенологические, включая мультиспиральную компьютерную томографию легких, микробиологические (бактериоскопия, определение ДНК микобактерий туберкулеза расшифровка в патологическом материале с помощью GeneXpert с исследованием устойчивости к рифампицину, посевы на плотные и жидкие питательные среды), иммунологические (иммунограмма).

Методы статистической обработки. Статистическая обработка проводилась с использованием Т-критерия Стьюдента и χ^2 с поправкой по Йетсу.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов с ВИЧ-инфекцией составил $37,5 \pm 4,8$ лет, средний возраст пациентов без ВИЧ-инфекции составил $45,7 \pm 11,0$ года. По половому признаку достоверных отличий в обеих группах не наблюдалось.

В группе пациентов с ВИЧ-инфекцией уровень СД 4+ до регистрации рецидива составил $0,130 \cdot 10^9$. Не исключено, что регистрация рецидива туберкулеза связана с началом приема антиретровирусной терапии (АРВТ) и последующим развитием воспалительного синдрома восстановления иммунной системы, т. к. 17 пациентов начали прием АРВТ за месяц до регистрации рецидива. Вирусная нагрузка составила от 0 до 47000 к/мл у пациентов, получавших АРВТ, такие колебания вирусной нагрузки могут быть связаны с нерегулярным приемом АРВТ, низкой приверженностью из-за алкогольной или наркотической зависимости. Проанализированы причины, по которым не назначалась АРВТ: 3 (4,3 %) пациента не получали АРВТ из-за наркотической зависимости, 9 (13 %) человек не принимали АРВТ из-за отсутствия приверженности и 5 (7,24 %) человек не принимали АРВТ из-за клинических противопоказаний. Работающих среди пациентов с рецидивами туберкулеза в сочетании с ВИЧ было 6 (8,7 %) человек, профессиональных вредностей или работы в тяжелых условиях труда ни в одном случае не отмечалось. 35 (50,7 %)

человек злоупотребляли алкоголем, а 42 (60,8 %) пациента имели отношение к употреблению психоактивных веществ, из них 22 (52,3 %) человека являлись активными потребителями наркотических веществ и 20 (47,6 %) человек использовали наркотические вещества в прошлом, все пациенты употребляли вещества группы опиодов – 42 (100 %). Наркотические вещества в группе без ВИЧ употреблял только 1 (1,58 %) пациент. Одинаково редко в 3 группе ДУ пациенты получали противорецидивные курсы – 10 (6,3 %) в группе без ВИЧ и 19 (7,2 %) в группе с сочетанной инфекцией.

Выводы. Развитию рецидивов туберкулеза способствуют: отсутствие или не регулярный прием АРВТ, что приводит к снижению уровня СД4+ ($0,130 \cdot 10^9$) и нарастанию вирусной нагрузки; наличие вредных привычек, таких как наркомания (60,8 %) и алкоголизм (50,7 %); отсутствие постоянного места работы, отсутствие противорецидивных курсов.

– Ж –

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА И НАЧАЛЬНЫХ СИМПТОМОВ ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ НА ПРИЕМЕ У ДЕТСКОГО СТОМАТОЛОГА

Жданова Ю.С., ординатор кафедры ортодонтии

Рыбкина К.С., ординатор кафедры ортодонтии

Назаренко А.Б., ординатор кафедры ортодонтии

Руководитель: Минаева И.Н., доцент, к.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: определить частоту встречаемости различных факторов риска развития зубочелюстно-лицевых аномалий у детей, обратившихся за стоматологической помощью.

Задачи:

1. Выявить факторы риска и ранние признаки зубочелюстно-лицевых аномалий у детей, обратившихся за стоматологической помощью к детскому стоматологу.
2. Проанализировать частоту встречаемости зубочелюстно-лицевых аномалий у детей, обратившихся к детскому стоматологу.

Материалы и методы. Обследовано 25 детей в возрасте от 3 до 13 лет, впервые обратившихся за стоматологической помощью в текущем году.

Среди обследованных детей 33 % – мужского пола, 67 % – женского; в периоде временного прикуса – 42 %, сменного – 50 %, постоянного – 8 %.

Результаты. Нарушение осанки встречается значительно чаще у представительниц женского пола (71.5 %), чем у противоположного пола (28.5 %). Ротовой или смешанный тип дыхания выявлен у 66 % обследованных детей, у женского пола 62.5 %, у мужского пола 37.5 %; Нарушение функции глотания у 25 %, у женского пола 67 %, у мужского пола 33 %; Вредные привычки сосания выявлены у 16 % обследованных детей с равной частотой обоих полов;

Ранняя потеря временных зубов – у 25 % обследованных.

Вертикальная щель выявлена у 8 % обследованных детей, сагиттальная щель – у 25 % обследованных детей;

Первичная адентия вторых постоянных премоляров выявлена у 8 % обследованных детей; Прогенический тип строения лица чаще имеет генетическую природу, наблюдали у 8 % обследованных.

Заключение и выводы:

1. Факторы риска развития зубочелюстных аномалий встречаются у детей во все периоды формирования прикуса. Во временном прикусе преобладают нарушения функции дыхания, глотания и вредные привычки сосания, в сменном и постоянном прикусе – нарушения функции дыхания и нарушения осанки.

2. Отдельные симптомы зубочелюстных аномалий такие как, вертикальная и сагиттальная щель выявлены у детей, начиная с периода временного прикуса. Генетически обусловленные аномалии обнаружены у пациентов в сменном и постоянном прикусе.

3. Направление врачами-стоматологами детского возраста пациентов с факторами риска и ранними признаками зубочелюстных аномалий на консультацию к врачу-ортодонту позволит своевременно назначить им комплекс лечебно-профилактических мероприятий, что позволит снизить риск формирования зубочелюстных аномалий.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Жуперин А.А., ординатор кафедры психиатрии

Егорова Д.С., ординатор кафедры психиатрии

Максакова И.А., ординатор кафедры психиатрии

Сосин Д.Н., к.м.н., ассистент кафедры психиатрии

Руководители: Иванов М.В., д.м.н., профессор, руководитель отделения
биологической терапии психических больных ФГБУ НМИЦ ПН
им. В.М. Бехтерева Минздрава России;

Сычев Д.А., чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой
клинической фармакологии, ректор ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
г. Москва

ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России, Москва

Цель исследования. Установить отличия степени выраженности когнитивного функционирования у пациентов с шизофренией в зависимости от наличия и отсутствия проявлений терапевтической резистентности.

Материалы и методы. Всего включено 130 пациентов с диагнозами из

рубрик F20, F21 и F25 по МКБ-10. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1) с ТРШ и 2) «Респондеры» (от англ. responder – пациент, отвечающий на терапию). В исследовании были использованы общепринятые критерии терапевтической резистентности при шизофрении: два неэффективных последовательных курса антипсихотической терапии (один из которых должен быть проведен антипсихотиком второго поколения) в дозе не менее 400 мг в аминазиновом эквиваленте, продолжительностью не менее 4-х недель, в особенности при сохранении психотической симптоматики.

Оценка психического состояния производилась при помощи шкалы PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). Оценка когнитивных функций проводилась с помощью батареи тестов BACS (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia).

Была проведена оценка текущего курса психофармакотерапии: определена рациональность психофармакотерапии при помощи стандартизированного инструмента – Medical Appropriateness Index (MAI, индекс рациональности терапии). Кроме этого, проведен количественный анализ межлекарственных взаимодействий между антипсихотиками и сопутствующей терапией при помощи инструмента Drugs Interaction Checker. Все межлекарственные взаимодействия распределяются на три категории: Minor (незначительные), Moderate (средней степени тяжести), Major (тяжелые).

Результаты. При сравнительном анализе психического состояния, оцененного при помощи шкалы PANSS, было получено, что пациенты в группе ТРШ имели более выраженную позитивную ($13,55 \pm 2,54$ и $10,82 \pm 2,78$; $p=0,0001$), негативную ($24,24 \pm 5,18$ и $18,86 \pm 5,51$; $p=0,0001$) и общую психопатологическую симптоматику ($33,29 \pm 5,44$ и $27,9 \pm 5,32$; $p=0,0001$).

При сравнении групп ТРШ и «Респондеров» не было получено отличий при выполнении отдельных тестов батареи BACS ($p>0,05$). Отличия были получены только для общих значений z ($-2,99 \pm 1,7$ и $-1,98 \pm 1,33$; $p=0,002$) и T ($20,16 \pm 17,07$ и $30,22 \pm 13,34$; $p=0,002$). У пациентов с ТРШ z - и T -значения были более низкие, соответственно в данной группе пациентов были более

выраженные когнитивные нарушения.

По количеству межлекарственных взаимодействий ($p=0,946$) и индексу MAI ($p=0,677$) отличий между группами не регистрировалось. Анализ текущего курса психофармакотерапии показал отсутствие статистически достоверных отличий по количеству между группами.

Выводы. Пациенты с ТРШ имели большую выраженность позитивных и негативных симптомов (по шкале PANSS), возможно, что отличия батареи тестов BACS, могут быть связаны именно с этим. Дальнейшие исследования должны внести ясность в эту проблему.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ФОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Журбенко А.А, аспирант кафедры эндоскопической урологии

Руководитель: Теодорович О.В, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой
эндоскопической урологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Рак предстательной железы — одно из самых распространенных заболеваний в мире. Рак предстательной железы (РПЖ) является большой социальной и медицинской проблемой. В структуре онкологических заболеваний в ряде стран рак предстательной железы выходит на 2–3 место после рака легких и желудка, а в США — на первое место.

В среднем смертность от РПЖ составляет от 3 до 4,5 % среди мужского населения.

При ранних стадиях рака простаты и относительно молодом возрасте пациента оптимальным выбором является радикальная простатэктомия. Альтернативой радикальной простатэктомии может быть дистанционная лучевая и брахитерапия, сфокусированный ультразвук высокой интенсивности (HIFU), криотерапия, лазерная терапия и т. д.

Цель исследования: провести сравнительный анализ фокальных методов лечения рака предстательной железы по данным литературы.

Материалы и методы: в настоящем исследовании была проанализирована литература по методикам фокальной терапии рака предстательной железы, такие как брахитерапия, сфокусированный ультразвук высокой интенсивности (HIFU) и достаточной новый метод интерстициальной лазерной абляции.

Выводы: Проблема рака предстательной железы (РПЖ) является международной медицинской проблемой, представляя собой одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований. По результатам проведенного исследования можно сделать выводы: все методы эффективны, однако стоит обратить внимание на метод Интерстициальной лазерной абляции, были проанализированы публикации профессора Теодоровича О.В и соавторов по данной теме, существует определенный опыт проведения данной методики, по анализу публикаций данный метод такой же эффективный как брахитерапия, HIFU, однако период оперативного вмешательства, время госпитализации, материальные затраты намного меньше. Немаловажный факт: Интерстициальную лазерную абляцию выполняют пациентам с тяжелой сопутствующей патологией, когда другие методы оперативного лечения пациенту противопоказаны. К сожалению, степень научной доказанности данного метода низкая, с целью повышения доказанности требуются дальнейшее проспективное исследования.

Применение различных фокальных методов носит индивидуальный характер к каждому пациенту, имеются определенные показания и противопоказания, могут развиваться различного рода осложнения. У каждого метода есть свои плюсы и минусы. Поэтому решение о выборе метода лечения остается за пациентом.

РОЛЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ
МАССОЙ ТЕЛА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Завьялов О.В., аспирант кафедры анестезиологии и реаниматологии

Руководители: Пасечник И.Н., д.м.н., профессор¹;

Дементьев А.А., к.м.н., доцент²

ФГБОУ ДПО «ЦГМА» Управления делами Президента Российской Федерации,
г. Москва¹

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва²

Актуальность. В последнее десятилетие выхаживание детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ, массой тела менее 1000 граммов) и рожденных ранее 28-й недели гестации, – одна из самых актуальных и сложных проблем современной перинатологии и неонатальной реаниматологии. В качестве оптимального стартового метода неинвазивной респираторной поддержки после введения сурфактанта в настоящее время рассматривают ИВЛ через назальные канюли.

Цель исследования. Оценить роль дифференцированного подхода при проведении стартовой и пролонгированной респираторной терапии в режиме DUOPAP через назальные канюли у новорожденных детей с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. Ретроспективно-проспективный анализ проведен в отделении реанимации новорожденных (ОРИТ № 1) родильного дома ГKB имени С.С. Юдина в период с января 2018 г. по декабрь 2019 г. Согласно нашему дизайну, 55 детей с массой тела менее 1000 граммов в первые 168 часов жизни, соответствовали критериям включения и исключения из исследования. Всем новорожденным детям с ЭНМТ при рождении и поступлении в ОРИТ № 1 проводилось стандартное клинико-лабораторное и

инструментальное обследование и интенсивная терапия согласно профильных клинических рекомендаций. Средняя масса тела детей: 850 ± 149 граммов, средний срок гестации: 28 ± 4 недели.

Все пациенты, в зависимости от выраженности дыхательной недостаточности, оцененной по шкале Сильверман – Андерсен [Silverman W., Andersen D., 1956] и данных предуктальной (запястье правой руки) мониторной пульсоксиметрии (SpO_2), были разделены на 3 группы: 1 группа – дети с тяжелым респираторным дистресс синдромом (РДС) с оценкой ≥ 6 баллов по шкале Сильверман - Андерсен (C-A) и ($SpO_2 < 88\%$), им проводили ИВЛ в режиме SIMV (Synchronized intermittent mandatory ventilation – синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция). 2 группа – дети с РДС средней степени тяжести (4–5 баллов по шкале C-A и $SpO_2 88–92\%$), им проводили ИВЛ в режиме DUOPAP через назальные канюли. 3 группа – дети с ≤ 4 баллами по шкале C-A и $SpO_2 > 92\%$, у них применяли режим ИВЛ - DUOPAP через назальные канюли.

Результаты. Сформированы группы показаний и противопоказаний для стартового и пролонгированного проведения ИВЛ в режиме DUOPAP через назальные канюли у детей с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде. Предикторами эффективного проведения DUOPAP являются: стабильный кардио-респираторный статус, наличие регулярного спонтанного дыхания и / или внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) не более 1 степени с одной или с двух сторон. Масса тела при рождении менее 750 граммов и срок гестации мене 26 недель в сочетании с лактатемией более 8 ммоль/л – основные лимитирующие факторы стартового проведения DUOPAP в первые часы и сутки жизни. Тяжелое клиническое течение инфекционного токсикоза (ЛИИ более 5,6) и/или прогрессирование ВЖК 3 степени – ведущие факторы риска пролонгированного проведения DUOPAP. Разработаны практические рекомендации по эффективному проведению ИВЛ в режиме DUOPAP.

Выводы:

1. Клиническая оценка выраженности РДС при рождении по шкале Сильверман-Андерсен ≤ 4 баллов с пульсоксиметрией ($SpO_2 > 92\%$) и наличие регулярного спонтанного дыхания допускает стартовое проведение респираторной терапии в режиме DUOPAP через назальные канюли у детей с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде.

2. Клиническая оценка выраженности РДС в динамике по шкале Сильверман-Андерсен 4–5 баллов с пульсоксиметрией ($SpO_2 90–94\%$) и сохраненное спонтанное дыхание с отсутствием сердечно-сосудистой недостаточности и инфекционного токсикоза позволяет пролонгированное проведение респираторной терапии в режиме DUOPAP через назальные канюли у детей с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде.

3. Острая отслойка плаценты, преэклампсия тяжелой степени, инсулинопотребный гестационный сахарный диабет и хориамнионит – материнские факторы, служащие противопоказанием для стартового проведения респираторной терапии в режиме DUOPAP у детей с ЭНМТ в первые часы и сутки жизни.

4. Асфиксия тяжелой степени тяжести, выраженный инфекционный процесс, отсутствие у плода курса антенатально стероидной профилактики РДС, нерегулярное спонтанное дыхание и клиническая оценка РДС при рождении по шкале Сильверман-Андерсен > 6 баллов с пульсоксиметрией ($SpO_2 < 88\%$) – неонатальные факторы, исключающие проведение стартовой респираторной терапии в режиме DUOPAP у детей с ЭНМТ в первые часы и сутки жизни.

5. Дифференцированный подход с персонифицированным выбором врачом оптимального алгоритма респираторной тактики индивидуально по отношению к каждому новорожденному с массой тела менее 1000 граммов – позволяет снизить вероятность возникновения и минимизировать вентиллятор-ассоциированные повреждения легких, бронхолегочную дисплазию, внутрижелудочковые кровоизлияния и уменьшить продолжительность ИВЛ.

СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ДИСТАЛЬНОГО КОЛИТА У ПОДРОСТКА: ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Захарова А.С., ординатор кафедры педиатрии им. акад. Г.Н. Сперанского.

Руководители: Захарова И.Н., проф., д.м.н., Дмитриева Ю.А., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение: синдром гемоколита у ребенка определяет необходимость комплексного обследования и проведения дифференциальной диагностики между комплексом патологических состояний, включая воспалительные заболевания кишечника, инфекционные колиты, новообразования кишки и др. Проведен анализ истории болезни подростка с гемоколитом, особое внимание уделено анализу клинико-anamnestических данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, благодаря которым был установлен диагноз и определена оптимальная терапевтическая тактика.

Клинический случай. Подросток 17 лет поступил в хирургическое отделение ДГКБ им. З.А. Башляевой с жалобами на острые боли в животе, повышение температуры до субфебрильных цифр, повторную рвоту. Динамика состояния в отделении (появление примеси крови в стуле) и результаты первичного обследования (нейтрофильный лейкоцитоз в клиническом анализе крови, колитический синдром в копрограмме, множественные язвенные дефекты слизистой сигмовидной кишки по данным ФКС) определили необходимость продолжения обследования в педиатрическом отделении для верификации причин дистального колита. Первично выполненное гистологическое исследование не выявило характерных для язвенного колита и болезни Крона изменений. В то же время положительный эффект от проводимой антибактериальной терапии позволил расценить состояние ребенка как проявление острого инфекционного колита. После купирования явлений гемоколита в динамике отмечалось ухудшение состояния в виде повторного повышения температуры до фебрильных цифр и нарастание лабораторной воспалительной активности. Был назначен второй курс антибактериальной

терапии, повторно выполнено эндоскопическое исследование, которое выявило эпителизацию эрозивно-язвенных дефектов, выраженную деформацию просвета нисходящей ободочной кишки, наличие новообразования слизистой в ее нижней трети. Эндоскопические особенности образования не позволили исключить его злокачественный характер, но результаты гистологического исследования достоверных данных за неопластический процесс не выявили, продемонстрировав гиперпластические поствоспалительные изменения. Структурные изменения терминальных отделов толстой кишки были подтверждены данными ирригографии (протяженное сужение просвета нисходящей ободочной кишки). Для окончательной верификации диагноза в отделении колопроктологии РДКБ была выполнена лапароскопия, выявившая выраженный спаечный процесс в левой подвздошной области с формированием деформации толстой кишки, наиболее вероятно, в исходе локального перитонита. Оперативным путем проведено разделение спаек и устранение деформации терминальных отделов кишечника. Выполненное в динамике контрольное эндоскопическое исследование подтвердило отсутствие воспалительных и гиперпластических изменений слизистой сигмовидной и нисходящей ободочной кишок.

Выводы: Данный клинический пример демонстрирует вариант тяжелого инфекционного поражения толстой кишки с формированием ограниченного перитонита и спаечного процесса в брюшной полости. Характер течения заболевания и особенности эндоскопической картины определили необходимость проведения дифференциальной диагностики между инфекционным колитом, дебютом ВЗК, новообразованием терминальных отделов кишечника. Решающее значение в процессе дифференциальной диагностики в данном случае имело гистологическое исследование, при этом окончательная верификация диагноза стала возможным только после проведения диагностической лапароскопии.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ
КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНЫХ
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ

Иванчукова М.Г., аспирант кафедры терапии, кардиологии,
функциональной диагностики и ревматологии

Руководитель: Лохина Т.В., д.м.н.

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

Цель: оценка связи психологического статуса больного и толерантности к физическим нагрузкам в комплексной реабилитации больных после коронарных вмешательств на стационарном этапе и в условиях домашней реабилитации.

Материалы и методы: в исследовании участвовало 35 пациентов (7 женщин и 28 мужчин) в возрасте 46–70 лет, перенесших коронарную реваскуляризацию. Все больные проходили тестирование по шкалам HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale) и SF36 (The Short Form-36) на выявление симптомов тревоги и депрессии через 1 месяц после коронарного вмешательства и в динамике через 6 и 12 месяцев на этапе домашней реабилитации. Также всем пациентам выполнены пробы с физической нагрузкой: тредмил-тест, велоэргометрия, тест с 6-минутной ходьбой в зависимости от функционального состояния реабилитанта и наличия ограничений. Оценивалась связь толерантности к физическим нагрузкам с уровнем выраженности тревоги и депрессии по данным двух тестовых шкал, а также специфичность шкал психологического состояния пациента.

Результаты: анализ психологического статуса при включении пациентов в исследование показал, что согласно данным тестирования по шкале HADS 5,7 % больных имело субклинически выраженную тревогу, 5,7 % – клинически

выраженную тревогу, 11,4 % – субклинически выраженную тревогу и депрессию, 5,7 % – клинически выраженную тревогу и субклинически выраженную депрессию. У остальных пациентов отсутствуют достоверно выраженные симптомы тревоги и депрессии. Не выявлено достоверной корреляции количества баллов по шкале HADS с толерантностью к физическим нагрузкам вне зависимости от вида нагрузочного теста (тредмил-тест, велоэргометрия, тест с 6-минутной ходьбой). При тестировании по шкале качества жизни SF-36 20 % больных имели показатели «психического здоровья» 40 и менее баллов, 20 % – от 41 до 60 баллов, 20 % – от 61 до 80 баллов, остальные – от 81 до 100 баллов. Отмечено, что высокая толерантность к физическим нагрузкам (7–10,5 MET) сочеталась с более высокими показателями «психического здоровья» по шкале SF-36 (более 80 баллов) в 45,7 % случаях. Низкие показатели «психического здоровья» по шкале SF-36 (36–44 балла) наблюдались у 20 % пациентов с низкой толерантностью к физическим нагрузкам (2,0–3,9 MET). При сопоставлении результатов тестирования по двум шкалам выявлено: у 20 % больных из группы с субклинически выраженной тревогой и депрессией по шкале HADS отмечались высокие показатели толерантности к физическим нагрузкам. Тогда как у 11,4 % реабилитантов с отсутствием достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии по шкале HADS (при этом у данных пациентов имелись низкие показатели «психического здоровья» по шкале SF-36) отмечалась низкая толерантность к физическим нагрузкам.

Выводы: сочетанное применение двух шкал (HADS и SF36) тестирования в оценке психологического статуса пациента способствует оптимизации и персонализации различных компонентов реабилитационной программы. Кроме того, отдельные показатели тестирования могут быть использованы в индивидуальном прогнозировании толерантности к физическим нагрузкам, что способствует оптимизации исходных рекомендаций по физическим нагрузкам, это особенно важно на этапе домашней реабилитации. Наибольшую информативность в этом направлении показала

шкала SF-36, а именно показатель «психического здоровья».

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕТРОГРАДНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ РАЗЛИЧНЫМИ СТЕНТАМИ ПРИ НЕРЕКТАБЕЛЬНОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Исматин А.О., ординатор кафедры хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России на базе ГКБ им. С.П. Боткина

Руководитель: Лебедев С.С., к.м.н., доцент кафедры хирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель: Сравнение эффективности различных стентов при ретроградном способе билиарной декомпрессии.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ ретроградного билиарного стентирования при механической желтухе, обусловленной нерезектабельной аденокарциномой головки поджелудочной железы. Всего в исследование включено 79 пациентов, которым на базе кафедры хирургии РМАНПО в ГКБ им С.П. Боткина выполнено эндобилиарное стентирование за период с 2016 по 2019 гг. Все пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 — ретроградное стентирование выполнялось пластиковым стентом 8,5Fr; группа 2 — ретроградное стентирование выполнялось нитиновым саморасширяющимся стентом диаметром 10 мм. В первую группу вошло 49 пациентов, во вторую — 30. Сравнимые группы были однородны по возрасту, полу, уровню билирубинемии до стентирования и сопутствующей патологии, что сделало возможным провести сравнительный анализ указанных групп.

Результат: Технический успех достигнут у всех пациентов сравниваемых групп. Клинический успех (нормализация уровня билирубина крови через 2 недели) после стентирования достигнут у 47 (95,9 %) больных и 29 (96,6 %)

для 1 и 2 групп соответственно (разница статистически недостоверна). В группе 1 сложения развились у 2(4 %) пациентов, во второй — у 1 (3 %) пациента (разница статистически недостоверна). Продолжительность госпитализации составила по $6\pm 0,3$ и $7\pm 0,4$ дней в среднем для 1 и 2 групп (разница является статистически недостоверной). При анализе отдаленных результатов выявлено, что период функционирования составлял в среднем по 56 ± 3 и 178 ± 11 дней соответственно для первой и второй групп (разница статистически достоверна).

Выводы: При сравнительном анализе ретроградных стентирований при аденокарциноме головки поджелудочной железы выявлено, что скорость нормализации билирубинемии, сроки госпитализации, процент осложнений статистически не различаются в обеих группах. Однако при анализе отдаленных результатов выявлено, что функционирование нитиноловых стентов статистически больше, чем у пластиковых.

– К –

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРОДОНТИТ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ: ЦИТОМОРФОГЕНЕЗ И СОСТАВ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО КЛЕТОЧНОГО ИНФИЛЬТРАТА

Казанцев А.Д., ординатор кафедры пластической и челюстно-лицевой хирургии
Фадеева Э.П., ординатор кафедры пластической и челюстно-лицевой хирургии

Казанцева Э.П., ординатор кафедры офтальмологии

Руководитель: Чупина М.В., к.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Хронический пародонтит — это воспалительно-деструктивный процесс в мягких тканях зуба (десне и связках), сопровождающийся отделением эпителия десны от зуба с формированием зубодесневого кармана, резорбцией костной ткани межзубных перегородок и, как следствие, расшатыванием и выпадением зубов. По данным ВОЗ,

хроническим пародонтитом различной степени тяжести в мире страдает более 90 % населения старше 40 лет. В последнее время появились данные об ассоциации с микрофлорой полости рта различных соматических заболеваний, в числе которых – атеросклероз, бактериальный эндокардит, ревматоидный артрит, остеомиелит и некоторые другие.

Цель. Изучить особенности воспалительного клеточного инфильтрата на различных стадиях пародонтита.

Материал и методы. Объектом исследования послужили гистологические препараты тканей десны от 19 умерших людей в возрасте от 32 до 85 лет. В качестве образца нормальной ткани десны взят материал у подростка 13 лет с полным набором постоянных зубов и отсутствием видимых патологических изменений десен.

Наиболее показательные препараты (10) были направлены на иммуногистохимическое исследование с использованием антител к Т-лимфоцитам (СД 3+), В-лимфоцитам (СД 20+) и плазматическим клеткам.

Материалы исследований подвергались статистической обработке с использованием программ Descriptive statistics и STATISTICA 10.

Результаты.

1. При гингивите и пародонтите II степени наблюдались явления акантоза плоского эпителия десны, поверхностная воспалительная инфильтрация ткани десны; наряду с вышеперечисленными изменениями при пародонтите 2 степени мы наблюдали также наличие плоского эпителия пародонтального кармана. Клеточный инфильтрат состоял преимущественно из Т-лимфоцитов ($p < 0,05$).

2. Пародонтит III степени сопровождался выраженным акантозом и массивной воспалительной инфильтрацией всей толщи десны. Среди клеток воспаления отмечалось снижение количества Т-лимфоцитов и появление В-лимфоцитов и плазмоцитов ($p < 0,05$).

3. При пародонтите IV степени наряду с вышеописанными изменениями обнаруживался грануляционный вал и пролиферация плоского

эпителия пародонтального кармана. В воспалительном инфильтрате преобладали плазмоциты ($p < 0,05$).

Выводы.

1. В большинстве случаев (90 %) макроскопическая картина состояния десен и зубов соответствовала морфологическим изменениям в тканях десны.
2. При пародонтите III–IV степени морфологические изменения в отдельных случаях были более выраженными, чем макроскопические проявления воспалительного процесса.
3. Прямой зависимости состояния пародонта от возраста не выявлено.
4. При гингивите и легких формах пародонтита в воспалительном инфильтрате преобладают Т-лимфоциты, при среднетяжелых и тяжелых формах – В-лимфоциты и плазматические клетки.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ПРОГРАММ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ

Казанцева Э.П., ординатор кафедры офтальмологии

Казанцев А.Д., ординатор кафедры пластической и челюстно-лицевой хирургии

Фадеева Э.П., ординатор кафедры пластической и челюстно-лицевой хирургии

Руководитель: Чупина М.В., к.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. В настоящее время в учебных учреждениях активно внедряются компьютерные технологии, которые позволяют улучшить образовательный процесс, а также повысить качество усвоения материала в различных дисциплинах.

Ординаторам и студентам приходится запоминать большой объем информации для того, чтобы стать профессионалами в своей специальности. Именно в наше время большую актуальность приобретают электронные

программы, которые помогают не только освоить новые практические навыки и сложный материал, но и произвести контроль качества усвоения материала.

На данный период времени во многих медицинских вузах страны отсутствуют электронные программы, по обучению ординаторов и студентов.

Цель. Создание обучающей компьютерной программы по учебной практике по модулю «хирургия» и «офтальмология» для студентов и ординаторов высших учебных медицинских учреждений и внедрение ее учебную практику. Целью обучения на первых этапах учебной практики стоит формирование у ординаторов и студентов профессиональных представлений в медицинской области.

Материал и методы. Проведено обследование 40 ординаторов КрасГМУ имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого 5 курса специальности «общая хирургия» и «офтальмология» в возрасте от 23 до 26 лет. Из них 54 юноши (42,6 %) и 73 девушки (57,4 %).

Для оценки ординаторам программы была использована методика анонимного анкетирования, согласно критериям оценки Flash-приложения «Электронное учебное пособие», разработанным корпорацией Intel (США, 2009). В критерии оценки включены следующие разделы: главная сцена учебного пособия, оценка понимания учебного пособия, ключевые моменты, мультимедийные возможности, творческий подход, структура. Оценка за каждый раздел выставлялась по пятибалльной шкале. По данным критериям была составлена анкета, респондентами которой стали студенты.

При создании компьютерной обучающей программы по учебной практике было использовано следующее программное обеспечение: Adobe Photoshop CS3 (rus), CorelCAD 2016 (Windows/Mac), CorelDRAW Graphics Suite X7, FlashPlayer 10.1.102.64 (AdobeSystemsIncorporated, USA, 2008).

Результаты. Максимальную оценку ординаторы-респонденты поставили за понимание материала ($4,91 \pm 0,08$) и творческий подход ($5,0 \pm 0,12$).

Выводы. С 2019 года реализована компьютерная программы модулей «общая хирургия» и «офтальмология», которая активно используется в

образовательном процессе на кафедре общей хирургии и офтальмологии Красноярского государственного медицинского университета имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, которая систематически применяется в аудиторной и внеаудиторной работе и имеет большую практическую значимость, способствуя улучшению качества учебно-педагогического процесса на кафедре. Таким образом, применение современных компьютерных технологий повышает уровень преподавания, так как ординаторам нравится эффективно, быстро и с увлечением усваивать большой объем информации, а процесс изучения темы становится более увлекательным.

ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНОВ СИСТЕМ ИММУНИТЕТА И ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ КОИНФЕКЦИИ ВИЧ И ТУБЕРКУЛЕЗ

Казанцева О.М., младший научный сотрудник научно-исследовательской
лаборатории молекулярной биологии

Руководитель: Мальцева Н.В., д.б.н., заведующий научно-исследовательской
лаборатории молекулярной биологии

НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
г. Новокузнецк, Россия

Выявление вариантов полиморфных локусов генов, влияющих на исход клинического течения коинфекции ВИЧ и туберкулез (ВИЧ/ТБ), может помочь прогнозу и коррекции терапии заболевания.

Цель исследования – поиск полиморфных локусов генов систем иммунитета и детоксикации, влияющих на исход клинического течения коинфекции ВИЧ/ТБ.

Материалы и методы. Обследованы 109 больных ВИЧ/ТБ в возрасте от 24 до 58 ($36,9 \pm 0,6$) лет – 68 мужчин и 41 женщина, находившихся на стационарном лечении в ГКУЗ Кемеровской области «Новокузнецком клиническом противотуберкулезном диспансере» г. Новокузнецка. Летальные

исходы с 02.02.2018 по 25.09.2019 зарегистрированы у 35 больных. Из них мужчин – 23 (66 %), женщин – 12 (34 %). По результатам аутопсии, причина смерти – прогрессирование ТБ с полиорганным поражением. Множественная лекарственная устойчивость *Mycobacterium tuberculosis* (МЛУ МБТ) обнаружена у 50 пациентов. Забор образцов крови и молекулярно-генетические исследования осуществляли на основании информированного согласия всех обследованных лиц, принадлежащих к русскому этносу. Генотипирование пациентов проводили по однонуклеотидным полиморфизмам генов (ОНП) *rs2243250 IL4^{C589T}*, *rs1800896 IL10^{G-1082A}*, *rs1800629 TNF^{G-308A}*, *rs4696480 TLR2^{Arg753Gln}*, *rs1061170 CFH^{Tyr402His}* и *rs1208 NAT2^{Lys268Arg(A803G)}* методом аллель-специфической полимеразной цепной реакции (ПЦР) с электрофоретической детекцией, используя коммерческие комплекты реагентов (НПФ Литех, Москва). Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью программ Microsoft® Excel® версия 14.4.6 (141106), InStatII, SPSS, вычисляя общепринятые критерии.

Результаты. Распределение частот генотипов и аллелей всех исследованных ОНП соответствовало распределению Харди-Вайнберга ($P > 0,05$). По нашим результатам, генотип *IL10^{A-1082A}* и аллель *IL10^{-1082A}* могут защищать от летального исхода при ВИЧ/ТБ с МЛУ МБТ. Напротив, риск умереть для носителей генотипов *IL10^{G-1082G}* или *IL10^{G-1082A}* при доминантной модели наследования может быть почти 10-кратный ($OR = 9,67$ $P = 0,0115$), а аллеля *IL10^{G-1082}* – 2-кратный ($OR = 2,16$ $P = 0,0211$). Выявлена положительная корреляционная связь носительства генотипа *IL10^{G-1082G}* ($r = 0,279$, $P = 0,052$) и аллеля *IL10^{G-1082}* ($r = 0,350$, $P = 0,014$) с летальным исходом. Полученные результаты хорошо соотносятся с литературными данными, по которым повышенный уровень цитокина IL10, зависимый от аллеля *IL10^{G-1082G}*, ведет к более быстрой прогрессии ВИЧ-инфекции. Искомые ассоциации *IL4^{C589T}*, *TNF^{G-308A}*, *TLR2^{Arg753Gln}*, *CFH^{Tyr402His}* и *NAT2^{Lys268Arg(A803G)}* с исходом ВИЧ/ТБ не выявлены, хотя в литературе указывается, что аллель *IL4-589T* способствует прогрессии не только ВИЧ-инфекции, облегчая проникновение вируса в

клетку, но и является фактором восприимчивости к туберкулезу, а полиморфизм TNF^{G-308A} влияет на синтез цитокина – индуктора репликации ВИЧ.

Выводы. Мутантный генотип $IL10^{A-1082A}$ может снижать риск летального исхода при ВИЧ/ТБ с МЛУ МБТ, а риск умереть у носителей генотипа $IL10^{G-1082G}$ или $IL10^{G-1082A}$ при доминантной модели наследования высокий.

ПОРАЖЕНИЕ ЛЁГКИХ ПРИ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Калашников М.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет),
кафедра внутренних, профессиональных болезней и ревматологии института
клинической медицины им. Н.В. Склифосовского

Научный руководитель: Моисеев С.В., д.м.н., профессор, заведующий
кафедрой внутренних, профессиональных болезней и ревматологии института
клинической медицины им. Н.В. Склифосовского

Цель работы: Изучить частоту поражения легких при аутоиммунных заболеваниях печени и исследовать взаимосвязь выявленных изменений с различными лабораторными показателями, результатами инструментальных и функциональных методов исследования.

Методы исследования: Всего обследован 141 пациент с диагнозом аутоиммунного заболевания печени, из них 55 (39 %) с первичным билиарным холангитом (ПБХ), 38 (27 %) с аутоиммунным гепатитом (АИГ), 19 (13,5 %) с первичным склерозирующим холангитом (ПСХ), 12 (8,5 %) с вариантной формой ПБХ-АИГ, 16 (11,3 %) с вариантной формой ПСХ-АИГ, 1 (0,7 %) с перекрестом ПБХ и ПСХ. Всем больным проводили исследование лабораторных показателей, компьютерную томографию органов грудной клетки (КТ ОГК) и оценку функции внешнего дыхания методом спирометрии.

Результаты: У 27 из 141 (19,1 %) пациентов были выявлены КТ-паттерны интерстициального заболевания легких: из них у 9 (6,4 %) – саркоидоз, у 9 (6,4 %) – недифференцированная интерстициальная пневмония, у 7 (4,9 %) – организирующаяся пневмония, у 1 (0,7 %) – неспецифическая интерстициальная пневмония, у 1 (0,7 %) – обычная интерстициальная пневмония. Рентгенологические изменения в легких достоверно чаще обнаруживались у больных ПБХ (50,9 %) и вариантной формой ПБХ-АИГ (66,7 %) по сравнению с другими группами пациентов ($p=0,01$). В подгруппе больных с изменениями в легких жалобы на одышку (27,3 %) и кашель (29,1 %) достоверно чаще отмечались, чем без них (3,5 % и 3,5 % соответственно, $p=0,001$). Активность щелочной фосфатазы (ЩФ) сыворотки крови была достоверно выше в группе пациентов с изменениями в легких (815 ± 697 ед/л) по сравнению с группой без них (550 ± 555 ед/л), $p=0,014$. Активность гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТ) сыворотки крови также была достоверно выше в группе пациентов с изменениями в легких (293 ± 338 ед/л), по сравнению с группой без них (171 ± 267 ед/л), $p=0,021$. В подгруппе больных с ПБХ скорость оседания эритроцитов (СОЭ) была достоверно выше в группе пациентов с изменениями в легких ($41,3\pm19,1$ мм/час) по сравнению с группой без них ($30,3\pm20,1$ мм/час), $p=0,025$.

Выводы: Патологические изменения в органах грудной клетки при КТ ОГК чаще выявляются у больных с ПБХ и вариантной формой аутоиммунного заболевания печени – ПБХ-АИГ. Развитие поражения легких коррелирует с повышением СОЭ, активности ЩФ и ГГТ сыворотки крови, что необходимо учитывать при дифференциально-диагностическом поиске у пациентов с респираторным симптомами и клинико-лабораторными признаками холестаза.

ГЕТЕРОГЕННОСТЬ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Калиничева А.С., ординатор кафедры неврологии с курсом рефлексологии и
мануальной терапии

Руководитель: Васенина Е.Е., к.м.н., доцент

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Считается, что афазия при инсульте возникает при поражении первичных речевых зон: в областях Брока и Вернике и клинически проявляется только в виде моторной, сенсорной и сенсомоторной афазии.

Целью нашей работы было выявление клинических особенностей афазий при ишемическом инсульте в бассейне левой СМА.

Материалы и методы. В исследование было включено 20 больных с ишемическим инсультом в бассейне левой СМА, способных выполнять тестирование. Средний возраст больных составил $72,9 \pm 10,9$ лет. Всем проводился общеклинический и неврологический осмотр с оценкой тяжести инсульта по шкалам NIHSS и mRs. Нейропсихологическое тестирование проводилась по шкале 3-КТ (три когнитивных нейропсихологических теста, Левин О.С, 2010 г.). Речевые нарушения выявлялись с помощью описания рисунка с подсчетом количества слов в минуту; оценки спонтанной, повторной речи, понимания слов и предложений и номинативной функции речи. Определение типа афазии проводилось согласно критериям В.М. Шкловского и Т.Г. Визель.

Результаты. Степень выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS варьировала от 2 до 12 баллов, со средним значением 5 баллов. Ишемический очаг в первые сутки заболевания по данным КТ головного мозга был выявлен у 30 % пациентов, двигательный дефицит – у 30 %, нарушение речи – у 80 %. При первичном осмотре в приемном отделении, все афатические расстройства у пациентов воспринимались как связанные с поражением первичных речевых зон, классические формы афазии: у 8 пациентов была

выставлена – сенсомоторная афазия, у 1 – моторная, у 1 – сенсорная афазия. Однако при проведении обследования пациентов в рамках исследовательской работы, речевые нарушения распределились по-другому: у 2 пациентов – моторная афазия, у 1 – сенсорная, у 4 – сенсомоторная, у 1 – акустико-мнестическая, и у 1 – транскортикальная афазия. Таким образом, у 25 % пациентов выявлялись речевые нарушения, выходящие за пределы зон Брока и Вернике. Возможно, выявленные транскортикальная и акустико-мнестическая афазия не являлись прямым следствием инсульта, а могли быть показателем раннего поражения головного мозга на преморбидном этапе. Нарушение чтения и повторной речи было выявлено только у 4 (20 %) больных, тогда как у 12 (60 %) пациентов были выявлены парафазии.

Аномия и нарушение чтения являлись независимыми факторами худшей динамики восстановления по показателям шкалы mRs ($p<0,05$), а нарушение памяти в острый период – фактором худшей динамики уменьшения балла по шкале NIHSS ($p<0,05$). Из всех тестов на память, корреляционная зависимость плохого восстановления была выявлена только для опосредованного воспроизведения, что может говорить о возможной сопутствующей у данных пациентов нейродегенеративной патологии – болезни Альцгеймера. Тяжесть инсульта, возраст больного, по данным нашего исследования, не оказывали влияния на динамику восстановления в остром периоде.

Заключение. Речевые нарушения у больных с ишемическим инсультом в левой СМА, встречаются чаще, чем двигательные расстройства. Спектр встречающихся речевых нарушений выходит за рамки привычных афазий и часто не диагностируется врачами приемного отделения. Наличие в остром периоде инсульта аномии и нарушения чтения определяет худшую динамику восстановления (в отсутствие влияния других факторов), тогда как нарушение памяти (нарушение опосредованного воспроизведения) более вероятно говорит о сопутствующей нейродегенеративной патологии. Понимание характера афазии при инсульте позволяет определить прогноз и подобрать оптимальную терапию для лучшего восстановления больного.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ У РЕБЁНКА 5 ЛЕТ

Кауфов М.Х., ординатор кафедры детской хирургии им. С.Я. Долецкого

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Травма поджелудочной железы (ПЖ) потенциально опасна своими осложнениями для жизни. Более 75 % всех повреждений ПЖ у детей вызваны тупой травмой живота с образованием интрапаренхиматозной гематомы и (или) разрывом протоков ПЖ. Подходы к лечению разнообразны и определяется степенью травмы и тяжестью сочетанных повреждений. Ряд исследований показывают лучшие результаты при активной хирургической тактике при травмах ПЖ III степени в дистальной части ПЖ. С накоплением опыта, стало возможным применить лапароскопию в лечении травм ПЖ. Приводим наше клиническое наблюдение.

Мальчик 6 лет, госпитализирован через 3 суток после тупой травмы живота, полученной после падения. При поступлении отмечается тяжелое состояние, бледность, тахикардия, положительные симптомы раздражения брюшины. На СКТ выявлена гематома ПЖ на границе тела и хвоста, полностью перерывающая паренхиму железы, жидкость в сальниковой сумке и брюшной полости. Проведена лапароскопия. В брюшной полости обильный геморрагический выпот, бляшки стеатонекроза, повреждений селезенки, печени и кишечника не выявлено. Желудок фиксирован через переднюю брюшную стенку, вскрыта сальниковая сумка, выявлена гематома на границе тела и хвоста, после опорожнения которой выявлен полный поперечный разрыв ПЖ. Большая часть ткани дистальнее разрыва – размозжена. При помощи монополярной коагуляции часть тела и хвост ПЖ отделены от селезеночных сосудов и окружающих тканей, удалены. Культи ПЖ герметизирована

обвивным швом нитью Prolen 4/0. В сальниковую сумку установлен дренаж Блэйка.

Послеоперационный период протекал гладко. Мальчик выписан на 14 сутки. Катамнез прослежен более 1 года – состояние удовлетворительное, патологических образований в брюшной полости не определяется.

Таким образом, при повреждениях ПЖ III–IV степени при имеющемся опыте выполнения лапароскопических вмешательств на органах панкреато-билиарной зоны возможно выполнение лапароскопической дистальной резекции ПЖ.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНА NAT2 НА РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРИЕМЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Качанова А.А., младший научный сотрудник отдела молекулярной медицины
НИИ МПМ

Руководитель: Гришина Е.А., д.б.н., доцент

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Туберкулез остается одним из самых опасных и широко распространенных инфекционных заболеваний. При противотуберкулезной терапии одним из наиболее серьезных побочных эффектов препаратов является гепатотоксичность. Целью данной работы является оценка влияния некоторых однонуклеотидных полиморфизмов в гене NAT2 на риск развития гепатотоксичности при приеме рифампицина и изониазида у пациентов с легочными формами туберкулеза.

В исследование были включены 67 пациентов с диагнозом туберкулез легких, принимающих терапию, в состав которой обязательно входил изониазид и рифампицин: из них – 25 женщин, 42 мужчины. Для исследований были выбраны 6 наиболее значимых полиморфных вариантов гена NAT2:

NAT2*13 — rs1041983 (282C>T), NAT2*5 — rs1801280 (341T>C), NAT2*11 — rs1799929 (481C>T), NAT2*6 — rs1799930 (590G>A), NAT2*12 — rs1208 (803A>G) и NAT2*7 — rs1799931 (857G>A). Генотипирование проводилось путем секвенирования по методу Сэнгера и методом ПЦР с детекцией накопления продуктов в реальном времени.

Были обнаружены статистически значимые различия в распределении осложнений туберкулеза: эмпиема (n=6) встречалась в шесть раз чаще у носителей полиморфизма NAT2*12 (p=0,02) и у носителей NAT2*5 (p=0,03). При сравнении биохимических показателей крови в динамике обнаружены следующие тенденции (0,05<p<0,1): увеличение ГГТ (гамма-глутамилтрансферазы) в 2 раза у носителей «дикого» генотипа полиморфизмов NAT2*12 и NAT2*5 по сравнению с полиморфным вариантом; уменьшение скорости клубочковой фильтрации в 2 раза у пациентов с «диким» генотипом полиморфизмов NAT2*6 и NAT2*13. Описанные тенденции, возможно, указывают на «протективную» роль данных полиморфных вариантов.

У пациентов, принимающих противотуберкулезную терапию с изониазидом и рифампицином через месяц после начала терапии отмечался ряд нежелательных лекарственных реакций. Снижение аппетита (n=5) было зарегистрировано статистически значимо реже среди носителей полиморфизмов NAT2*12 (p=0,042), NAT2*5 (p=0,028), а также среди носителей полиморфизма NAT2*11 — на уровне тенденции к достоверности (p=0,085). Эозинофилия (n=3) на уровне тенденции к достоверности (p=0,087) ассоциирована с полиморфизмом NAT2*6. Также были отмечены редко регистрируемые нежелательные лекарственные реакции (НЛР): бронхоспазм (n=2), артралгия (n=3), лихорадка (n=2), ухудшение зрения (n=2), диарея (n=2), лекарственный гепатит (n=2) и головная боль (n=1). Проведение ассоциативного анализа безопасности фармакотерапии в зависимости от скорости ацетилирования NAT2 показало, что у пациентов — «медленных» ацетиляторов прирост общего билирубина был статистически значимо выше в 1,3 раза (p=0,015), чем у «быстрых», в то же время по клиническим

проявлениям НЛР у «быстрых» метаболизаторов достоверно чаще встречались диарея, снижение аппетита, бронхоспазм, головная боль и лекарственный гепатит.

Таким образом, изучаемые полиморфизмы гена NAT2 явно вносят вклад в развитие нежелательных лекарственных реакций при химиотерапии туберкулеза легких с использованием изониазида и рифампицина. Однако это требует дополнительных исследований для разработки рекомендаций и последующего применения в клинической практике.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИМУЛЬТАННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СИНДРОМЕ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА С ФОРМИРОВАНИЕМ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Кашоян А.Р., клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Сафонова Н.Е., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

Апсалимова А.В., клинический ординатор кафедры акушерства и
гинекологии

Руководители: Бабков К.В., к.м.н., доц.,

Осадчев В.Б., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение: Синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера (МРКХ) – врожденный порок развития женской репродуктивной системы, при котором отсутствует матка или имеется недоразвитие матки, маточных труб и влагалища, связанный с аномалией развития в процессе онтогенеза мюллеровых протоков, у женщин с нормальным кариотипом (46, XX). Данная патология встречается с частотой 1:4500 девочек. Важную роль в этиологии данного заболевания играет ген WNT4 (Wg – wingless, Int – integration), который определяется в недостаточном количестве у большинства пациенток с

мюллеровой агенезией. WNT4 является белковой структурой, которая участвует в эмбриональном развитии и дифференцировке клеток, и как следствие, может вызывать недоразвитие органов репродуктивной системы, как при синдроме МРКХ. Дефицит WNT4 вызван мутациями в структуре самого гена, где аминокислоты меняют свой привычный порядок: лейцин замещается на пролин в положении 12.

Клинический случай: В гинекологическое отделение ГKB им. Д.Д. Плетнева города Москвы на плановое оперативное лечение поступила пациентка К. 63 лет с жалобами на объемное безболезненное образование в паховой области слева. По данным компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости и малого таза содержимым левого пахового канала является кистозно-измененный яичник. Из анамнеза известно, что пациентка с подросткового возраста наблюдается у акушера-гинеколога по поводу синдрома МРКХ. По данным ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза подтверждена аплазия матки и левых придатков, при этом визуализировался уменьшенный в размерах правый яичник (1,5 x 1,0 см). С 2018 года пациентку стало беспокоить увеличение размера образования в левой паховой области, в связи с чем обратилась врачу хирургу. При осмотре в левой паховой области определяется грыжевое выпячивание размерами 9 x 10 см, безболезненное при пальпации, плотной консистенции, подвижное, ненапряженное, не вправимое в брюшную полость, напоминающее матку. Произведена диагностическая лапароскопия. При лапароскопии интраоперационно тело матки и левые придатки матки не визуализируются, правый яичник размерами 1,5 x 1,0 x 1,8 см, правая маточная труба, в фимбриальном отделе заканчивается слепо. Произведено удаление правых придатков, без технических трудностей. Следующим этапом врачом-хирургом вскрыт паховый канала слева. Содержимым канала являлись редуцированная матка, яичник, маточная труба, круглая связка матки. Образования удалены в пределах здоровых тканей. Произведена пластика пахового канала дубликатурой апоневроза, с последующим ушиванием. Послеоперационный

период протекал гладко, без осложнений. Пациентка была выписана на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии. По результатам гистологического заключения – яичники представлены опухолевой тканью, состоящей из клеток Лейдига и Сертоли (андробластома) с промежуточной степенью дифференцировки. Пациентка отправлена к врачу онкологу.

Выводы: Учитывая, что данная патология в практике акушера-гинеколога встречается крайне редко, и обладает высоким онкологическим потенциалом, пациенткам при достижении пубертатного периода необходимо более тщательное наблюдение не только врача акушера-гинеколога, но и врача онколога. Такие пациентки могут реализовать репродуктивную функцию только с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) – суррогатное материнство с последующим проведением оперативного вмешательства – гонадэктомией.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИИ ГРЫЖ: МЕЧТЫ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

Керимова Л.Н., ординатор кафедры неотложной и общей хирургии

Корошвили В.Т., кафедра неотложной и общей хирургии

Руководитель: Благовестнов Д.А., д.м.н., профессор

кафедры неотложной и общей хирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, г. Москва

Актуальность. Изучение соотношения коллагена разных типов в коже и апоневрозе, а также полиморфизма ряда генов, которые участвуют в образовании коллагена достаточно широко рассмотрено в современных научных исследованиях. Однако применение данных сведений в прогнозировании грыжевой болезни в настоящее время не внедрено в клиническую практику.

Цель исследования: проанализировать данные современной научной литературы по поводу генетической предрасположенности к формированию грыж у пациентов.

Материалы и методы. Был проведен анализ русско- и англоязычных публикаций за период с 1996 по 2020 годы, касающихся вопросов изучения генетического полиморфизма, влияющего на строение соединительной ткани. Оценена возможность использования генетического профиля пациента для прогнозирования развития грыж брюшной стенки.

Результаты исследования. Есть данные, что мутантный аллель 6A полиморфизма – 1171 5A/6A гена MMP-3 оказывает влияние на разрушение коллагена I типа или снижает его деградирующую способность к коллагенам III типа, что приводит к увеличению их количества в апоневрозе у больных с грыжами. Это обстоятельство снижает прочность апоневроза и является риском развития вентральных грыж, что может, служить прогностическим критерием развития данного заболевания.

Существуют данные о возможности использования индивидуального прогнозирования послеоперационных осложнений с помощью оценки показателей функциональной активности рибосомных генов наряду с общеклиническими данными. Например, медико-генетическое консультирование и типирование по двум полиморфизмам генов-цитокinov (EGF A+61G) и гена матриксной металлопротеиназы 3 (MMP3–1171 5A→6A) для определения индивидуального фона реагирования биосинтеза основных белков соединительной ткани на действие триггерного фактора может использоваться для оценки прогноза развития послеоперационных вентральных грыж.

Однако самые интересные результаты были получены в ходе оценки экспрессии гена GREM1 в коже и апоневрозе пациентов с рецидивными грыжами. Ранее в литературе не встречалось упоминаний о возможной ассоциации полиморфизма данного гена с развитием грыжевой болезни. По мнению авторов исследования, генетический анализ пациентов и поиск

наследственных предпосылок к развитию грыж может стать ключом к выбору методик лечения и оценке рисков грыжеобразования.

Заключение. В настоящий момент во многих странах проводятся попытки изучения и систематизации генетических предпосылок к формированию грыж брюшной стенки. Не до конца ясной остается возможность использования результатов генетических исследований для прогнозирования склонности к грыжеобразованию и выбору соответствующего метода оперативного лечения.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ДИНАМИКА СОПРОТИВЛЕНИЯ ЭЛЕКТРОДОВ У ДЕТЕЙ С КОХЛЕАРНЫМИ ИМПЛАНТАМИ

Кечиян Д.К., аспирант кафедры сурдологии

Руководитель работы: Таварткиладзе Г.А. проф., д.м.н.,

заведующий кафедрой сурдологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение: на сегодняшний день кохлеарная имплантация (КИ) – это самый эффективный способ реабилитации пациентов с глухотой и сенсоневральной тугоухостью высокой степени. После проведенной КИ через многоканальную электродную систему обеспечивается электрическая стимуляция сохранных волокон слухового нерва. О функциональном состоянии самого устройства можно судить при помощи регистрации уровня сопротивления электродов (импеданса). Измерение сопротивления электродов возможно проводить как во время проведения операции, так и в процессе настройки речевого процессора. Данное измерение позволяет проверить правильность функционирования каждого электрода электродной решетки КИ. Во время проведения регистрации сопротивления электродов возможно диагностировать различные нарушения в работе системы КИ, такие как обрыв электродной цепи или выход из строя одного или нескольких электродов, а

также определить короткое замыкание.

Цель исследования: определить динамику изменения межэлектродного сопротивления, и выявить временной промежуток, в котором происходит стабилизация уровня сопротивления электродов.

Материалы и методы: в исследование были включены 75 пациентов с диагнозом выраженная двусторонняя сенсоневральная тугоухость и глухота в возрасте от 1 года до 4 лет (средний возраст – 1,5 года). 50 Пациентам были установлены импланты CI 512 (CA) и речевой процессор Nucleus CP-900 фирмы «Cochlear» (Австралия); 25 пациентам были установили импланты Hi Res 90K MS и речевой процессор Naida CI Q70 фирмы «Advanced Bionics» (Швейцария). Оценивалось изменение сопротивления электродов (на 22 электродах в имплантах «Cochlear», на 16 электродах – в имплантах «Advanced Bionics») в динамике: интраоперационно перед проведением ТНО, через 1 месяц во время подключения речевого процессора и через 3 и 6 месяцев после подключения.

Результаты и обсуждения: при анализе полученных данных у пациентов, использующих импланты «Cochlear», была выявлена тенденция, хотя и недостоверная ($>0,05$), к снижению сопротивления в промежутке «интраоперационно – 1 месяц», что можно расценивать как уменьшение воспалительного процесса после операции. Статистически достоверное снижение сопротивления электродов ($p<0,05$) было отмечено во временных промежутках «интраоперационно – 1 месяц (после начала электрической стимуляции)», «интраоперационно – 3 месяца», интраоперационно – 6 месяцев, а также в промежутке «1 месяц (до начала электрической стимуляции) – 3 месяца». Во всех остальных анализируемых временных промежутках изменения сопротивления были статистически недостоверны. У пациентов с имплантами «Advanced Bionics» были выявлены аналогичные изменения сопротивления.

Заключение: Проведенное нами исследование показало, что стабилизация уровня сопротивления электродов наступает через 6 месяцев

после проведенной операции. Также на основании полученных данных можно сделать вывод, что снижение межэлектродного сопротивления начинается после подключения речевого процессора, когда начинается постоянная электрическая стимуляция волокон слухового нерва. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации алгоритма программирования речевого процессора и планирования реабилитационных сессий.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПУЛЬС-РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Ким В.Э., ординатор кафедры нейрохирургии,

Соколова Е.П., ординатор кафедры неврологии

Руководители: О.Н. Древаль, д.м.н., проф.,

Д.А. Чагава, к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Хронический тазовый болевой синдром является распространенной патологией, которая сильно снижает качество жизни и, по оценкам, затрагивает от 7 до 24 % человеческой популяции. До 4 % всех случаев данной патологии приходится на невралгию полового нерва. Диагностика данной невралгии представляется затруднительной, так как она является одной из множества причин хронической тазовой боли. Для лечения невралгии полового нерва проводят открытое хирургическое вмешательство и блокаду полового нерва. В последнее время в клинической практике все чаще применяется метод пульс-радиочастотной абляции, результаты применения которого описано в данной работе.

Цель исследования: Оценить эффективность и безопасность метода пульс-радиочастотной абляции в лечении невралгии полового нерва, а также представить критерии диагностики данной патологии.

Материал и методы: В исследование включены 44 пациента (20 мужчин

и 24 женщины) с жалобами на хроническую тазовую боль. Отбор пациентов осуществлялся по диагностическому комплексу, который включает в себя клинико-неврологическое обследование, электрофизиологическое исследование, рентгенологическое обследование, а также диагностическую блокаду. Интенсивность боли при поступлении оценивалась при помощи визуально аналоговой шкалы (ВАШ), и в среднем составляла 7–8 баллов. Для всех пациентов было выполнено пульс-радиочастотное воздействие на половой нерв под контролем ЭОП. Эффективность процедуры также оценивалась при помощи ВАШ.

Результаты: У 18 (40.9 %) пациентов мы наблюдали отличный результат, у 17 (38.6 %) удовлетворительный результат, у 9 (20.4 %) результат был неудовлетворительный. Полученные результаты сохранились спустя 12 месяцев после проведения процедуры. Нарушение двигательной функции полового нерва, а также другие осложнения не наблюдались.

Заключение: Пульс-радиочастотное воздействие на половой нерв для лечения хронической тазовой боли является перспективным методом и, как показало наше исследование, обладает высокой эффективностью и безопасностью.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ СОЛИТАРНОЙ АДЕНОМОЙ ОКОЛОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кованцев С.Д., ординатор кафедры хирургии

Руководители: Шабунин А.В., д.м.н., проф., член-корр. РАН, заведующий
кафедрой хирургии, Долидзе Д.Д., д.м.н., проф. кафедры хирургии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Среди патологий эндокринной системы по распространенности и сложности диагностики и лечения больных выделяется

первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ), в большинстве случаев обусловленный солитарной аденомой околощитовидной железы (ОЩЖ). Основным методом лечения больных указанной категории – хирургический, сопровождающийся техническими трудностями и не всегда удовлетворительными результатами лечения.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных с ПГПТ, обусловленным солитарной аденомой ОЩЖ.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 92 больных с ПГПТ, обусловленным изолированным поражением ОЩЖ за период 2016–2020 гг. Больные были распределены на две группы, в 1-ю группу включены 42 пациента с ПГПТ в сочетании с тиреоидной патологией, из них 12 (13,04 %) с узловым нетоксическим зобом, 17 (18,47 %) — с многоузловым нетоксическим зобом, во 2-ю группу вошли 50 пациентов с ПГПТ, обусловленным солитарной аденомой одной из околощитовидных желез (ОЩЖ). В исследовании принимали участие 72 (78,27 %) женщины и 20 (21,73 %) мужчин в возрасте от 30 до 74 лет, средний возраст больных составлял $41,9 \pm 11,3$ года. У 55 (51,1 %) больных с диаметром аденомы ОЩЖ до 2,5 см было выполнено хирургическое вмешательство из мини-доступа, при котором адаптированный к кожным складкам разрез длиной 2–2,5 см производили непосредственно над опухолью по линиям Лангера. Во время операции для выявления паратиромы применялись ультразвуковое исследование и методы визуализации с фотосенсибилизатором (5-аминолевулиновой кислоты) и флуоресцентного красителя (Индоцианина зеленого). После выявления аденомы ОЩЖ производили мобилизацию последнего с использованием сосудистого и микрохирургического инструментария, и увеличительных приборов. В ходе операции при необходимости проводилась электрофизиологическая идентификация возвратного гортанного нерва с целью предотвращения его повреждения. На операции проводился мониторинг уровня паратгормона до и после удаления ОЩЖ (спустя 20 мин.). Рану зашивали строго послойно с тщательным

сопоставлением кожных краев.

Результаты. Интраоперационно ОЩЖ визуализировались у 100 % пациентов. Во всех случаях регистрировалось свечение ОЩЖ розового цвета, а окружающие ткани свечения не давали. При определении интраоперационно уровня паратгормона и ионизированного кальция во всех случаях у пациентов регистрировалось снижение уровня паратгормона более чем на 50 % от исходного, а ионизированного кальция — как минимум на 5 %. Нормализация уровня кальция наступила у всех пациентов в течение 2–4 недель. Косметический эффект был признан отличным у 98 % больных (по шкале POSAS).

Заключение. Таким образом, у больных с ПППТ, обусловленным солитарной аденомой ОЩЖ, для получения оптимального объема, безопасности и косметического эффекта хирургического вмешательства возможно применение метода селективного прецизионного удаления паратиромы из мини-доступа с интраоперационной визуализацией опухоли и контролем уровня паратгормона в крови.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОЙ ЛИМФОМЫ НАДПОЧЕЧНИКА

Кованцев С.Д., ординатор кафедры хирургии

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

Долидзе Д.Д., д.м.н., проф. кафедры хирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Первичная лимфома надпочечников является злокачественным опухолевым процессом лимфоидных клеток исключительно в надпочечниках. Поражение надпочечников как часть процесса диссеминирования встречается до 24 % случаев. Однако первичная неходжкинская лимфома надпочечников встречается крайне редко и составляет

менее 1 % всех неходжиновских лимфом и 3 % экстранодальных лимфом. В мировой литературе описано около 120 случаев первичной лимфомы надпочечников, преимущественно как отдельные клинические случаи или серии клинических случаев.

Клинический случай. Пациент Л. в октябре 2018 г. находился на стационарном лечении по поводу мочекаменной болезни, уретеролитиаза справа. При обследовании выявлено образование левого надпочечника размерами до 10 см в диаметре. В период с октября 2018 г. по август 2019 г. выполнено несколько пункционных биопсий, все неинформативны. В августе 2019 г. в связи с появлением эпизодических болей в пояснице слева повторно выполнил УЗИ надпочечников, при котором выявлено увеличение размеров образования. 16.08.2019 выполнена пункция образования левого надпочечника под УЗ наведением, при которой получено 50 мл буроватой жидкости. По результатам цитологического исследования данных за опухолевый рост в пределах полученного материала не выявлено (в доставленном материале скудное оксифильное бесструктурное вещество, большое количество эритроцитов, единичные лейкоциты, фрагменты разрушенных клеток и единичный макрофаг). При дообследовании гормональной активности опухоли не выявлено (альдостерон 55,9, ренин 32,3, метанефрин 26,2, норметанефрин 35 пмоль/л). КТ картина образования забрюшинного пространства слева размерами. Правый надпочечник без признаков патологических изменений. Ввиду наличия жалоб у пациента, данных за увеличение образование, результаты инструментальных и лабораторных исследований, высокий шанс аденокортикального рака надпочечника было показано оперативное лечение. 17.09.2019 выполнена лапароскопическая адреналэктомия левого надпочечника. В послеоперационном периоде выполнено иммуногистохимическое исследование, по заключению которого клетки опухоли не экспрессируют CD10, Glypican-3, Cytokeratin 20, Cytokeratin 7, Inhibin alpha, S100, CD56, Synaptophysin, Mart-1 (Melan A). Положительная диффузная реакция с CD45. Ki67 52 % Иммунофенотип опухолевого

пролиферата CD20+ (диффузно), MuM1+ (диффузно 80 %), BCL-2+ (диффузно 70 %); Bcl-6-. Таким образом, морфологическая картина и иммунофенотип соответствуют В-крупноклеточной лимфоме, DLBCL, Bcl-2+. В послеоперационном периоде пациенту выполняется комбинированная химиотерапия по схеме R-CHOP.

Выводы. Первичная лимфома надпочечников – редкое заболевание с плохим прогнозом лечения. Большинство зарегистрированных случаев являются двусторонними, что приводит к недостаточности надпочечников, усугубляя клиническое течение заболевания. Тем не менее, пациент может достичь полного ответа с односторонним и локализованным поражением надпочечников без узлового поражения и без надпочечниковой недостаточности. Ранняя диагностика и стратегии агрессивного комбинированного лечения, включая хирургическое вмешательство и комбинированную химиотерапию, значительно улучшают прогноз заболевания.

КОМБИНИРОВАННАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ РЕКОМБИНАНТНЫМ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩИМ И ХОРИОНИЧЕСКИМ ГОНАДОТРОПИНОМ У МАЛЬЧИКОВ С ГИПОГОНАДОТРОПНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Кокорева К.Д., ординатор, кафедра детской эндокринологии

Научный руководитель: Самсонова Л.Н., д.м.н., проф., заведующая кафедрой
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель: оценить комбинированную заместительную гормональную терапию, своевременность ее инициации и эффективность применения у мальчиков – подростков с гипогонадотропным гипогонадизмом.

Материалы и методы: представлены 3 клинических случая: 1 пациент с изолированным (пациент № 1) и 2 пациента с гипогонадотропным

гипогонадизмом (ГГ) в составе гипопитуитаризма (ГП) (пациенты № 2, 3). Всем пациентам проводилась оценка антропометрических данных с помощью программы Auxology (оценивался абсолютный рост, SDS роста, SDS опережения/отставания от целевого роста); полового развития по Tanner; исследовался уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), тестостерона (Т), ингибина В, антимюллерового гормона (АМГ), оценивали объем гонад с помощью орхидометра Prader. Оценивался костный возраст (КВ) и SDS костного возраста. Проводились диагностические тесты с аналогом ГнРГ (трипторелин 0,1 мг), хорионическим гонадотропином (ХГч) в дозе 2000/м², назначенного с целью опущения правого флотирующего яичка. Всем пациентам проводилось МРТ гипофиза с контрастированием, молекулярно-генетическое исследование (у пациента с № 1 – панель «гипогонадизм», у паицентов № 2, 3 – «гипофизарная» панель). По результатам комплексного обследования пациентов диагностирован гипогонадотропный гипогонадизм и инициирована заместительная терапия: пациентам № 1 и № 2 перед началом комбинированной терапии проводили курс терапии инъекционными формами тестостерона (100 мг внутримышечно 1 раз в 30 дней № 3). У пациента № 3 терапия инициирована с препаратов хорионического гонадотропина (ХГЧ) в дозе 1500 МЕ/неделю № 12. Далее все пациенты были переведены на комбинированную заместительную терапию рекомбинантным фолликулостимулирующим гормоном (рФСГ) в дозе 75 МЕ 1 раз в неделю и хорионическим гонадотропином в различных режимах в зависимости от показателей тестостерона: 1000/1500/3000 МЕ в неделю. Пациенты наблюдались 19,3±5,6 месяцев. Оценка эффективности проводимой заместительной терапии проводилась через каждые 3–6 месяцев с титрацией дозы при необходимости.

Результаты: Диагноз «гипогонадизм» установлен у всех пациентов в периоде пубертата. Несмотря на то, что у пациента № 3 диагноз был подтвержден молекулярно – генетическим исследованием (мутация в гене

PROP-1) в 13,3 лет, заместительная терапия начата двумя годами позже. На момент начала терапии возраст пациентов составил: № 1 – 16,0, № 2 – 16,3 и № 3 – 15,3 лет.

К моменту начала терапии: № 1 – рост 174 см (0,25SD, опережение ЦР 1,01SD). Через 24 мес. ЗГТ: 18 лет, 188 см (2SD, опережение ЦР 1,43SD). Динамика костного возраста: на фоне проводимой ЗГТ наблюдалось увеличение KB с 14 лет(-2,1SD) до 15,5 лет(>-2 SD). На фоне ЗГТ отмечалось формирование вторичных половых признаков со стадии Tanner 1 до стадии 5: объем гонад по орхидометру Prader увеличился в 9 раз ($1,07\text{см}^3$ (<2 перц) до $9,14\text{см}^3$ (15 перц)). Уровень тестостерона увеличился с 1,05 до 16,05 нмоль/л, ингибина В увеличился в 3 раза (с 50,2 до 153,1 пг/мл), антимюллерового гормона снизился у № 1 с 56,04 до 10,56 нг/мл. Динамика клинико-лабораторных данных пациента № 2: перед началом ЗГТ возраст пациента составлял 16,3 лет, рост 172,5 (-0,24SD, отставание от ЦР-0,9SD). Через 21 мес. ЗГТ: 17,9 лет, 184,5 см (1,48, опережение ЦР 0,83SD), Однако увеличения костного возраста за 21 месяц лечения не наблюдалось. Отмечалось увеличение объема гонад (с $3,6\text{см}^3$ (<2 перц) до 7см^3 (3 перц)), концентрации Т (с 0,94 до 20,3 нмоль/мл), уровня ингибина В (в 1,15 раз (с 114,5 до 131,8 пг/мл), снижение уровня АМГ (с 30,04 до 6,01 нг/мл).

Динамика состояния пациента № 3 на фоне терапии: на момент начала терапии возраст 15,3 года, рост 165 см (-0,68SD, отставание от ЦР-1,03SD), Через 13 мес. ЗГТ: возраст 16,5 лет, 174,5 см (0,15, отставание от ЦР-0,27SD), Т-18 нмоль/л. У пациента № 2, как и у пациента № 3 не отмечалось прогрессирования KB. Положительная динамика объема гонад (с $1,5\text{см}^3$ (<2 перц) до $4,5\text{см}^3$ (<2 перц)) – в 2 раза, уровня Т (с <0,087 до 18 нмоль/л), ингибина В (в 6,8 раз (с 22,3 до 152 пг/мл)), уровня АМГ (с 22,17 до 17,58 нг/мл).

Выводы: представлены три клинических случая лечения мальчиков с гипогонадотропным гипогонадизмом комбинированной ЗГТ, которая была эффективной у всех пациентов: наблюдалось увеличение объема гонад (>4 мл

по орхидометру Prader), концентрация тестостерона возросла до «взрослых» значений, отмечалась положительная динамика уровня ингибина В и АМГ.

Несвоевременная инициация ЗГТ имела место во всех трех случаях, даже несмотря на диагностированную у пациента № 3 мутацию, ассоциированную с развитием гипогонадизма (PROP-1). Начинать лечение у мальчиков с ГТ следует с 12 лет согласно современным протоколам лечения.

МАГНИТОТЕРАПИЯ В КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Кочеткова Н.А., аспирант кафедры физической терапии,
спортивной медицины и медицинской реабилитации

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

В настоящее время заболеваемость раком молочной железы занимает первое место среди злокачественных заболеваний у женского населения, является одной из самых распространенных причин заболеваемости и смертности в России. Согласно литературным данным, у 38–40 % оперированных пациенток возникают различные послеоперационные осложнения. Реабилитация в ранние сроки после оперативных вмешательств направлена на купирование болевого синдрома, увеличение амплитуды движений в плечевом суставе, предупреждение развития тромбофлебитов, профилактику лимфатического отека верхней конечности, уменьшение выраженности расстройств со стороны периферической нервной системы, коррекцию психологических нарушений.

Цель настоящей работы – оценка эффективности магнитотерапии в коррекции психоэмоциональных расстройств у пациенток, перенесших радикальные оперативные вмешательства на молочной железе

Материалы и методы. Проведен курс реабилитации 87 женщинам, возраст 28–75 лет, в ранние сроки после оперативного вмешательства на молочной железе. Пациентки были разделены на 3 группы: контрольная группа получала лечебную гимнастику и лекарственную терапию; 1-я основная получала тот же комплекс и дополнительно локальную низкочастотную магнитотерапию, а пациентки 2-й основной дополнительно получали процедуры общей магнитотерапии. Курс реабилитации во всех группах состоял из 10–12 процедур.

С целью контроля проводились клинико-лабораторные исследования, тепловизионная оценка, определение изменений мышечного тонуса, сухожильных рефлексов, нарушений чувствительности, степени выраженности симптомов натяжения, объема активных движений, измерение показателей окружности верхней конечности до курса реабилитации и после него, оценка тяжести психологических изменений осуществлялась по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS.

Результаты. При оценке результатов тестирования по шкале HADS необходимо отметить снижение показателя тревоги у пациенток контрольной и 1-й основной групп на 35,7 % и 37,9 %, соответственно, тогда как во 2-й основной уменьшение данного показателя более выражено – 50,0 %. Снижение уровня депрессии у пациенток 2-й группы – на 57,6%, тогда как у женщин 1-й группы и группы контроля данный показатель уменьшился на 36,7 % и на 27,6 % соответственно, что свидетельствует о выраженном психокорригирующем эффекте ОМТ. После проведенного курса реабилитации у пациенток первой и второй основных групп уменьшились боли в верхней конечности и в области послеоперационного шва, исчезли гиперемия и отечность, увеличилась подвижность в плечелопаточном регионе. Выявлено уменьшение лимфатического отека и послеоперационной лимфореи. Пациентки контрольной группы имели менее выраженную динамику.

Выводы. Применение процедур общей магнитотерапии у пациенток, перенесших оперативное вмешательство по поводу рака молочной железы в

раннем реабилитационном периоде, позволяет в большей степени корректировать имеющиеся психологические нарушения по сравнению с процедурами локальной магнитотерапии. Однако следует отметить, что обе методики оказывают положительное влияние на клинико-функциональные изменения данной категории пациенток, что значительно улучшает качество их жизни.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Кошкина А.А.

Руководитель: Минаева И.Н., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

На сегодняшний день тема диагностики височно-нижнечелюстного сустава является одной из важнейших в таких специальностях, как стоматология, неврология, травматология, челюстно-лицевая хирургия. Последние несколько лет активно начала развиваться как самостоятельная профессия гнатология.

Цель работы: по данным литературы изучить возможности использования магнитно-резонансной томографии для диагностики патологии височно-нижнечелюстного сустава.

Задачи:

1) изучить отечественную и зарубежную литературу, касающуюся использования диагностических возможностей магнитно-резонансной томографии.

2) определить, какие патологические состояния височно-нижнечелюстного сустава можно выявить, используя магнитно-резонансную томографию.

Обсуждение и результаты: Возможности магнитно-резонансной томографии височно-нижнечелюстного сустава в отличие от других рентгенологических исследований позволяют детально оценить строение челюстно-лицевой области: не только костных структур, но и соединительнотканых (связки, суставную капсулу, суставной диск, состояние сосудов в челюстно-лицевой области, ее кровоснабжение).

Стоматолог назначает МРТ височно-нижнечелюстного сустава при наличии болей в области сустава и ограничении подвижности, что может быть вызвано регулярным перенапряжением из-за неправильного прикуса, привычки жевания на одну сторону, нарушениями при протезировании зубов (в т. ч. установки имплантатов), при воспалении костной ткани челюсти, которое может распространиться на височно-нижнечелюстной сустав.

Направления травматолога и челюстно-лицевого хирурга на МРТ височно-нижнечелюстного сустава чаще всего связаны с явными острыми симптомами, вызванными травматическим повреждением челюсти и/или лицевых костей черепа, а также накануне предстоящего оперативного вмешательства в данной области.

Невролог направляет на МРТ височно-нижнечелюстного сустава с жалобами, вызванными инфекционными и дегенеративными заболеваниями, новообразованиями и головными болями.

Общие для всех этих случаев симптомы повреждения височно-нижнечелюстного сустава:

прямые – ограничение подвижности челюсти, боль в любой из частей височно-нижнечелюстного сустава, спазмы лицевых мышц, хруст, щелчки и скрежет при движении челюстью в одном из направлений;

косвенные – спазмы лицевых мышц и мышц в районе челюсти, головные боли, звон, заложенность, шум или боль в ушах, головокружения, увеличение лимфатических узлов.

Выводы:

1) в литературе указано, что магнитно-резонансная томография позволяет выявить такие конкретные заболевания, связанные с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, как артрит (острое воспаление), артроз (хроническое, либо дегенерация тканей), анкилоз (частичная или полная неподвижность сустава), перемежающийся (вправляемый) вывих, фиксированный (невправляемый) вывих, растяжение связок, «застрявший диск», заднее смещение диска, перелом, синовит, патология позадидисковых тканей, все посттравматические изменения, доброкачественные и злокачественные новообразования, дисплазии соединительных тканей.

2) стоматологам любых специальностей следует включить в обследование пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава такой дополнительный метод исследования, как магнитно-резонансная томография.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРЕНОСОВ ДЕВИТРИФИЦИРОВАННЫХ ЭМБРИОНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ

Крылова К.В., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Дружинина Е.Б., д.м.н., доц.

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

Актуальность: Криоконсервация эмбрионов позволяет рационально решить проблему сохранения и дальнейшего их использования - отсрочить время переноса эмбриона, профилактировать развитие синдрома гиперстимуляции яичников, сохранить эмбрионы «хорошего» качества, не использованные для свежего переноса в программе ЭКО, хранить эмбрионы у онкологических пациентов, проходящих длительное лечение основного заболевания. Отсроченный перенос эмбрионов дает возможность обходиться без стимуляции яичников, что устраняет риск связанных с ней осложнений.

Цель исследования: оценить влияние различных факторов на эффективность переносов девитрифицированных эмбрионов.

Материалы и методы: Для достижения цели исследования проведен ретроспективный анализ 188 криопротоколов за 2019 год, на базе отделения ВРТ ОПЦ, г. Иркутск. Критериями включения: трубное бесплодие и наличие замороженных эмбрионов. Пациентки разделены на 3 группы в зависимости от возраста: № 1 – возраст до 35 лет включительно ($n=89$), № 2 – возраст 36–40 лет ($n=68$), № 3 – 41 год и старше ($n=31$). Все пациентки дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. В сравниваемых группах изучены клинико-анамнестические данные, программа ЭКО, эмбриологический этап, частота наступления беременности (далее – ЧНБ). Из исследования были исключены пациенты, у которых использовались донорские материалы, программы суррогатного материнства. Контролируемая стимуляция в цикле ЭКО по протоколу с антГнРГ, суммарные дозы гонадотропинов статистические различия не имели. Средний возраст пациенток в 1 группе $33,9 \pm 5,5$ лет, во 2 – $36,9 \pm 3,1$ лет, в 3 – $42 \pm 1,7$ лет. АМГ в 1 группе составлял $5,1 \pm 3,3$ нг/мл, во 2 – $2,6 \pm 1,2$ нг/мл, в 3 – $1,5 \pm 0,8$ нг/мл, что характеризовало достаточный овариальный резерв и возможность криоконсервации эмбрионов. Причинами криоконсервации эмбрионов во всех группах явились: профилактика развития синдрома гиперстимуляции, хранение и отсроченный перенос «невостребованных» эмбрионов, обострение хронических заболеваний в программах ЭКО. Во всех случаях заморозка методом витрификации с использованием набора «Kitazato» (Япония). Оценка качества эмбрионов по классификациям J. Lens и D. Gardner, 1999 г. Во всех случаях в полость матки осуществлялся перенос 1–2 эмбрионов по стандартной схеме с использованием традиционной среды при толщине эндометрия 8 мм и более. Протокол подготовки эндометрия включал поэтапное назначение препаратов эстрогенов и прогестерона. Статистическая обработка с использованием базового пакета Statistica v 10.0. Различия статистически значимы при $p < 0,05$.

Результаты: все пациентки сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, уровню АМГ. В 1 группе ЧНБ выше в 3 раза, несмотря на наличие таких отягощающих факторов как ИППП в анамнезе и высокую частоту оперативных вмешательств на органах малого таза. Выявлены статистически достоверные различия ЧНБ у пациенток с ожирением, которые требуют дальнейшего изучения в связи с малочисленностью групп. В исследовании перенос размороженных эмбрионов осуществлялся на 4 или 5 сутки культивирования. Максимальная ЧНБ зафиксирована в 1 группе при переносе эмбрионов на 5 сутки развития, и составила 37,4 % ($p=0,03$), что обусловлено возрастом, высокими показателями фертильности, наличием эмбрионов хорошего качества и рецептивностью эндометрия. Заключение: наибольшая эффективность криопротоколов зафиксирована в группе пациенток младше 35 лет, также выявлено негативное влияние ожирения, независимо от возраста, на ЧНБ.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТЕСТИРОВАНИЯ УРОВНЯ ЭКСПРЕССИИ PD-L1 В ТРОЙНОМ НЕГАТИВНОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОССИИ

Кузнецова О.А., аспирант кафедры патологической анатомии

Научный руководитель: ФРАНК Г.А., проф., акад. РАН, д.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Цель исследования. В 2019 году в России зарегистрирован препарат атезолизумаб для лечения нерезектабельного местнораспространенного или метастатического тройного негативного рака молочной железы. Для назначения препарата необходимо проводить сопроводительную диагностику – иммуногистохимический анализ, по результатам которого назначается препарат. В данном исследовании нашей задачей стало оценить особенности экспрессии PD-L1 в тройном негативном раке молочной железы (ТНРМЖ) в Российской популяции.

Материалы и методы. На кафедре патологической анатомии ФГБОУ

ДПО РМАНПО Минздрава России на материале 58 пациенток с тройным негативным раком молочной железы проведен иммуногистохимический анализ экспрессии лиганда программируемой клеточной гибели PD-L1 с антителами Ventana PD-L1 SP142 в автоматическом стейнере закрытого типа Ventana BenchMark Ultra с системой детекции OptiView DAB IHC Detection Kit и набором для амплификации сигнала OptiView Amplification Kit. Оценка производилась тремя сотрудниками кафедры и в заключение выносилось консенсусное мнение. Методика оценки экспрессии основана на оценке доли площади опухоли (площадь, занимаемая всеми жизнеспособными опухолевыми клетками и окружающая их строма), занятой позитивно окрашенными иммунными клетками (методика IC). Для оценки статуса опухоли как положительного этот показатель должен быть ≥ 1 %.

Результаты. В исследовании приняли участие 58 пациенток в возрасте от 30 до 73 (медиана 45,5) лет. В результате исследования было выявлено 22 из 58 случаев (37,93 %) с позитивным PD-L1 статусом по методике определения IC – IC равно или более 1 % окрашенных иммунных клеток. Медиана уровня экспрессии лиганда клеточной гибели составила 4 %, а интерквартильное расстояние включало в себя показатели от 1,25 % до 10 %. Также при оценке препаратов определялся уровень экспрессии этого маркера и в опухолевых клетках. Эпителиальные клетки с позитивным окрашиванием были обнаружены лишь в 3 случаях (5,17 %). Важно отметить, что это явление наблюдалось в случаях с высоким уровнем экспрессии PD-L1 в иммунных клетках (>10 %).

Заключение. В сегодняшнем многообразии доступных опций лечения очень важно правильно выбрать путь конкретного пациента. Нередко для определения важных характеристик опухоли необходимо специальное оборудование, расходные материалы и квалифицированные специалисты. Обучение практикующих патологоанатомов новым методам диагностики создает возможности для правильного определения свойств опухолей для применения иммунотерапевтических методов лечения. Результаты нашего

исследования (37,93 % позитивных случаев) согласуются с результатами, полученными в других странах мира. Таким образом, методика является воспроизводимой на российской популяции пациентов и может применяться для определения тактики лечения таких пациентов.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАЗАЛЬНОГО СЕКРЕТА У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНУСИТОМ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Куликова О.А., заочный аспирант кафедры аллергологии и иммунологии

Научный руководитель: Орлова Е.А., профессор кафедры аллергологии
и иммунологии, д.м.н.

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

Введение. В настоящее время наибольшую сложность в вопросах диагностики и терапии представляет аллергический ринит, осложненный хронической инфекцией верхних дыхательных путей в связи с тем, что клинические проявления заболевания более тяжелые, имеется длительное течение, торпидность к фармакотерапии, возможности проведения АСИТ у данной категории пациентов затруднены. Иммунопатологическая составляющая аллергического ринита в сочетании с хроническим риносинуситом бактериальной этиологии (АР с ХРСБЭ) характеризуется сочетанием механизмов: инфекционного и аллергического. Несомненным является факт сложности их взаимоотношений и взаиморегулирующего влияния в патогенезе АР с ХРСБЭ. В связи с этим интерес представляет изучение иммунологического статуса назального секрета у больных с АР с ХРСБЭ.

Цель. Проанализировать иммунологические показатели назального секрета у больных с АР с ХРСБЭ.

Материал и методы исследования. Проведено обследование

37 пациентов с диагнозом АР с ХРСБЭ и 30 здоровых доноров в качестве контрольной группы на базе кафедры аллергологии и иммунологии и ЦНИЛ ГБОУ ДПО ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Возраст больных – от 18 до 55 лет. Иммунологические показатели назального секрета: цитокины (IL4, IL10, γ -INF, TGF-beta), IgE, IgA, IgM, IgG, IgA секреторный определены методом ИФА наборами фирмы «StatFax».

Результаты. При сравнительном анализе полученных данных было выявлено достоверное увеличение уровня IgE – $200,30 \pm 10,09$ г/л у больных с АР с ХРСБЭ по сравнению со здоровыми лицами – $55,08 \pm 6,2$ г/л ($p=0,000$). Уровень IgM в группе больных АР с ХРСБЭ был значительно снижен и составил $1,45 \pm 0,10$ г/л, в то время как в контрольной группе данный показатель был $2,14 \pm 0,25$ г/л ($p=0,0375$). Средний уровень sIgA в группе больных АР с ХРСБЭ был также достоверно снижен и составил $7,47 \pm 0,75$ г/л, у здоровых людей – $16,44 \pm 2,75$ г/л ($p=0,0481$). По нашим данным, значения IgA – $2,27 \pm 0,12$ г/л и IgG – $13,32 \pm 0,5$ г/л у больных АР с ХРСБЭ и здоровых доноров IgA – $2,28 \pm 0,16$ г/л и IgG – $13,37 \pm 0,66$ г/л существенно не различались ($p=0,8363$ и $p=0,7713$). В группе больных АР с ХРСБЭ уровень IL4 составил $32,38 \pm 2,61$ пг/мл, в то время как в группе здоровых лиц данный показатель был $9,60 \pm 1,38$ пг/мл ($p=0,0000$). Такой показатель, как IL10 $6,87 \pm 0,81$ пг/мл в группе с АР с ХРСБЭ был в среднем выше, чем у здоровых доноров – $4,13 \pm 0,55$ пг/мл ($p=0,3662$). По нашим данным, уровень TGF-beta у больных АР с ХРСБЭ составил $1390,540 \pm 91,75$ пг/мл, у здоровых – $520,69 \pm 64,01$ пг/мл ($p=0,0000$). Уровень спонтанного γ -INF в группе с АР с ХРСБЭ был $1,87 \pm 0,56$ пг/мл, в контрольной группе – $1,25 \pm 0,55$ пг/мл ($p=0,1486$). Уровень индуцированного γ -INF в группе с АР с ХРСБЭ – $271,95 \pm 62,91$ пг/мл, в то время как в контрольной группе – $215,20 \pm 35,37$ пг/мл ($p=0,9434$).

Выводы. Полученные результаты позволяют предположить преимущественную роль IgE, IgM, sIgA в развитии локального иммунопатологического механизма при АР с ХРСБЭ. Такие иммунологические показатели назального секрета как IgA, IgG, γ -INF не отличались от

показателей у здоровых лиц. Избыточная локальная продукция цитокинов (IL4, IL10, TGF- β) является иммунологическим маркером воспалительного процесса в назальном секрете при АР с ХРСБЭ.

ПРИНЦИПЫ УЛУЧШЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Куров М.А.

Руководитель: Голубев В.Г., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Лечение больных с хронической нестабильностью голеностопного сустава (ХНГС), особенно с выраженным болевым синдромом длительностью более 6 месяцев после неоднократных повреждений связок сустава различной степени тяжести, нарушением опорной функции нижней конечности, ограничением объема двигательной активности в суставе продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной травматологии и ортопедии. Для определения тактики и выбора оптимального метода оперативного лечения ХНГС необходима точная постановка предварительного диагноза, грамотная верификация повреждений связок голеностопного сустава (ГСС).

Цель исследования. Разработка и внедрение в клиническую практику лечебно-диагностического алгоритма (программы) лечения пациентов с ХНГС.

Материал и методы. В исследование включены 85 пациентов с ХНГС, прооперированные в ФГБУ «ЦКБ РАН» в период 2015–2019 гг., в возрасте 18–45 лет, который определяет оптимальные функциональные возможности связочного аппарата ГСС для выполнения повседневной трудовой деятельности, спортивной или профессиональной деятельности. Пациенты отобраны в соответствии с критериями включения/исключения. Минимальный возраст – 18 лет. Большинство пациентов трудоспособного возраста, средний

возраст больных – 37,7 года. Анализировалась любая жалоба пациента, при анамнезе заболевания обращалось внимание на время и последовательность появления и развития клинических симптомов. Большинство повреждений связок первоначально были получены в быту – в 55,3 % (n=47) случаев, во время занятий различными видами спорта – в 28,24 % (n=24). Пациенты обращались с хроническим болевым синдромом в ГСС после неоднократных повреждений связок в 97,3 % (n=83) случаев, в 66,5 % (n=56) – отмечали нарушение опороспособности сустава, в 37,6 % (n=32) – ограничение объема двигательной активности, в 28,2 % (n=24) – жалобы на нестабильность.

Результаты. Разработка лечебно-диагностического алгоритма при ХНГС предполагает необходимость обоснования следующих этапов: 1) предоперационная подготовка, 2) выбор оптимального метода реконструкции связок, который базируется на степени повреждения связочного аппарата ГСС, 3) послеоперационное ведение пациентов. Определяющее значение в предоперационном периоде предавалось обследованию пациента, которое включало выявление жалоб, сбор анамнеза болезни, клинический осмотр с комплексной оценкой ортопедического статуса пациента: определении степени выраженности болевого синдрома при активных и пассивных движениях, характер болевого синдрома, оценка устойчивости сустава, наличие деформации и диапазон движения (тыльное сгибание, подошвенное сгибание, супинация и пронация) в ГСС, проведение тестов для определения нестабильности сустава. Проведение клинического обследования пациента, в результате которого формулировался предварительный диагноз, не всегда позволяет диагностировать дегенеративно-дистрофические изменения ГСС, которые сопровождают хроническую нестабильность ГСС, поэтому на этапе предоперационной диагностики кроме основных методов лучевой диагностики (рентгенографии, КТ, МСКТ) выполнялось МРТ ГСС. В алгоритм включались и другие инструментальные (ЭКГ, УЗДГ вен нижних конечностей) и лабораторные методы исследования. Проводился предварительный анализ полученных результатов каждого из методов и формулировался

предварительный диагноз.

Выводы. Последовательность выполнения методов диагностики при предоперационном планировании в каждом конкретном случае определяется индивидуально с непосредственным участием самого пациента. Выбор вида оперативного вмешательства базируется на анализе анамнеза болезни, степени тяжести повреждения структур ГСС с учетом физической активности, уровня запроса самого пациента к функции ГСС.

– Л –

УНИВЕРСАЛЬНАЯ СБОРНО-РАЗБОРНАЯ ЛОЖКА ДЛЯ СНЯТИЯ ОТТИСКОВ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ

Лапушко В.Ю., аспирант кафедры ортопедической и общей стоматологии

Никифорова К.И., клинический ординатор кафедры ортопедической
и общей стоматологии

Изабакарова Ф.И., студентка 4-го курса ДГМУ

Руководитель: Абакаров С.И., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Оттиск протезного ложа при протезировании на дентальных имплантатах оказывает решающее влияние на качество протеза, на срок службы имплантатов и фиксированных на них ортопедических конструкций (Батусов Н.А., Коробкин А.И. 2014 г.; Абакаров С.И., Сорокин Д.В. 2019 г.).

Цель исследования: разработать универсальную ложку для снятия оттисков с верхних и нижних челюстей при ортопедическом лечении с применением дентальных имплантатов.

Материалы и методы: с помощью баз данных (elibrary.ru, Scopus, Pubmed) проведен поиск информации о применении и использовании индивидуальных ложек при протезировании на дентальных имплантатах,

проведен патентно-информационный поиск в базе данных ФИПС. Было проанализировано 296 статей об ортопедическом лечении на дентальных имплантатах, из них 127 статей о применении оттисковых ложек в ортопедической стоматологии, было найдено 14 патентов на изобретения оттисковых ложек.

Результаты исследования: в научной и патентной литературе отмечаются трудности процедуры снятия оттисков с дентальных имплантатов, путем изготовления индивидуальных оттисковых ложек, а при использовании стандартных пластмассовых ложек часто невозможен их подбор из-за индивидуальных особенностей высоты и ширины альвеолярной части челюсти (Lokendra Gupta 2016 г.; Sang-Jik Lee 2011 г., Ye, Dong-hae 2006 г.). Также при изготовлении индивидуальной ложки можно отметить ряд факторов, которые могут ухудшить качество оттисков: линейная усадка ложки при полимеризации, неравномерная и не всегда соответствующая требованиям толщина ложки, образование пор, снижающих качество ложки и передачу рельефа протезного ложа (Ботоева И.Р. и соавт., 2013 г.). Если стандартная оттисковая ложка не перекрывает зубной ряд, ее удлиняют с использованием базисного воска или термопластического оттискового материала, что может привести к деформации оттиска (Полонейчик Н.М., 2015 г.). После анализа научной литературы на кафедре ортопедической и общей стоматологии РМАНПО была разработана универсальная сборно-разборная оттисковая ложка для снятия слепков с верхней и/или нижней челюсти при протезировании на имплантатах со съёмными сегментами для трансферов дентальных имплантатов (патент на изобретение RU № 219.017.E148 от 13.11.2019). Оттисковая ложка содержит соответствующий первому размеру стандартной оттисковой ложки жесткий перфорированный каркас, состоящий из подковообразного внешнего борта с ручкой в центре и внутреннего борта, выполненного подковообразной формы или выполненного подковообразной формы, сопряженной со сводом для неба. По всей длине каркаса установлены соединяющие внешний и внутренний борта ложки съёмные перфорированные

скобообразные секции, формирующие дно ложки и крепящиеся к каждому борту ложки двумя винтами. На внутренних поверхностях указанных секций и по всей внутренней поверхности указанных бортов выполнены ретенционные канавки, причем по всей длине каркаса установлено семь съемных перфорированных скобообразных секций высотой и шириной 1 см, также в наборе имеются секции высотой и шириной 2 см и 3 см, удлиняющие ложку до второго размера и до третьего размера.

Выводы: предложенная нами ложка позволяет упростить снятие оттиска за счет возможности индивидуального подбора ложки при различных размерах челюсти и высоте альвеолярного отростка. При помощи съемных сегментов ложки, облегчается получение оттисков на любом участке челюсти пациента. Оттиск можно получить, как локально в области одного имплантата, так и сегмента, или всей челюсти. Также данное изобретение можно использовать при получении оттисков для всех видов ортопедических съемных и несъемных протезов, что свидетельствует о возможности ее широкого применения в практической ортопедической стоматологии.

ВРЕМЕННАЯ ФИКСАЦИЯ НЕСЪЕМНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ

Лапушко В.Ю., аспирант кафедры ортопедической и общей стоматологии

Никифорова К.И., клинический ординатор кафедры ортопедической
и общей стоматологии

Изабакарова Ф.И., студентка 4-го курса ДГМУ

Руководитель: Абакаров С.И., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Несмотря на развитие дентальной имплантации ряд вопросов, связанных с временной фиксацией коронок на имплантатах продолжает оставаться дискуссионным (LiJ и др., 2010 г.; Avinash K.V.N, Reddy V. и др., 2019 г.).

Цель работы: изучить литературные данные о необходимости временной фиксации несъемных ортопедических конструкций на дентальных имплантатах.

Материалы и методы: с помощью баз данных (elibrary.ru, Scopus, Pubmed) проведен поиск и анализ литературы о необходимости временной фиксации несъемных протезов на дентальных имплантатах. В ходе исследования было проанализировано 207 научных источников по ортопедической стоматологии, из них 135 связано с применением временной фиксации несъемных ортопедических конструкций на дентальных имплантатах.

Результат исследования: 86,7 % авторов отмечают значимость временной фиксации для анализа качества ортопедических конструкций (Карамян А.Э., 2016 г., Зиманков Д.А., 2019 г. и др.). Временная фиксация ортопедических конструкций способствует уточнению окончательной формы будущей постоянной реставрации, коррекции окклюзионных взаимоотношений, вертикального окклюзионного расстояния, формированию десневого контура и десны в промежуточной части мостовидного протеза перед постоянной фиксацией (Олесова В.Н. и др., 2010 г.; Жданов Е.В. и др., 2017 г.). Также временная фиксация дает возможность устранить осложнения перед постоянной фиксацией, так как в случае дискомфорта, можно будет легко снять протез и отправить в лабораторию на коррекцию (Светлов А.Ю., 2017 г.). Часто такие осложнения как воспаление десневого края, ранние сколы и расцементировки, раскручивание винта абатмента могут проявляться через некоторое время после фиксации и использования протеза в полости рта (Саканян С.С., 2017 г.). Важно проверить мостовидный протез в области промежуточной части на наличие давления на десну при его использовании, так как чрезмерное давление может привести к некрозу тканей (Burbano M. и соавт., 2015 г.). 42,3 % авторов отмечают, что попадание небольшого количества временного цемента на слизистую оболочку или раневую поверхность при непосредственном протезировании или формировании

контура десны является неизбежным последствием процедуры фиксации, что может привести к периимплантиту при излишках цемента (Sakka S., Coulthard P., 2011 г.; Burbano M. и соавт., 2015 г.; Korsch M. и соавт., 2018 г.). Попадание временного цемента на раневую поверхность при использовании временных коронок для формирования контура десны приводит к образованию участков тканевого детрита и последующей инкапсуляции инородных включений (Дорофеев Ю.В., 2011 г.). Поэтому также важно использовать определенный тип цемента для профилактики возникновения воспалительных процессов при протезировании на имплантатах. Так отмечается, что при использовании временного цемента на основе оксид цинка, содержащий эвгенол риск возникновения воспаления снижается, так как он способствует подавлению роста патогенной микрофлоры. (Pette G.A. и соавт., 2013 г.; Korsch M., Walther W., 2015 г., Raval N.C. и соавт., 2015 г.).

Вывод: временная фиксация способствует предотвращению многих осложнений при ортопедическом лечении на дентальных имплантатах, что подтверждено проведенным анализом научной литературы.

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ГНОЙНЫЕ МЕНИНГИТЫ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Лисеенко О.Г., ассистент кафедры детской хирургии и педиатрии ФПО

Руководитель: Хохлова Е.Н., к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск

Актуальность. Бактериальные гнойные менингиты в детском возрасте не только являются реальной угрозой для жизни, но и могут приводить к тяжелым инвалидизирующим последствиям. Заболеваемость среди детского населения бактериальными гнойными менингитами в Российской Федерации составляет 6–8 случаев на 100 тыс. населения. Летальность при гнойных менингитах колеблется от 3,7 до 10 %, и может достигать 45 % при тяжелом течении у

детей раннего возраста.

Цель исследования. Изучение клинико-эпидемиологических особенностей бактериальных гнойных менингитов в детском возрасте по данным инфекционного стационара.

Материалы и методы. Были проанализированы данные истории болезни 25 пациентов в возрасте от 9 дней до 7 лет с бактериальными менингитами, получавших лечение в ОДКБ им. Н.А. Семашко с января 2014 года по октябрь 2018 года. Этиологию заболевания устанавливали при выявлении ДНК возбудителя методом ПЦР в ликворе. Обработку данных проводили с использованием пакета программ Microsoft office, STATISTICA 13.

Результаты и обсуждения. Методом полимеразной цепной реакции в ликворе у 8 детей обнаружена гемофильная палочка (I группа), у 11 детей – менингококк (II группа), у 6 детей был диагностирован бактериальный менингит неустановленной этиологии (III группа). Средний возраст детей в III группе составил $2,0 \pm 1,1$ месяца и оказался достоверно ниже ($p < 0,05$) среднего возраста пациентов I и II группы ($15,1 \pm 3,7$ и $24,7 \pm 7,2$ месяца соответственно). Соотношение мальчиков и девочек в этиологических группах было следующим: в I группе лиц мужского пола было 6 человек (75 %), женского – 2 (25 %), во II группе мальчиков в отделении наблюдалось 6 (54,54 %), а девочек – 5 (45,45 %), в III группе мальчиков и девочек оказалось поровну. Длительность госпитализации пациентов I группы в среднем составила $18,1 \pm 1,4$ суток, больных II группы – $15,9 \pm 2,0$ суток, а детей III группы – $23,5 \pm 1,8$ суток. Продолжительность лихорадки у детей в среднем составила: у пациентов I группы – $7,4 \pm 4,3$ суток, у детей II группы – $8,3 \pm 3,5$ суток, в III группе – $11,0 \pm 5,8$ суток. Длительность интоксикации была $15,6 \pm 3,5$ суток в I группе, $12,4 \pm 2,8$ суток во II группе, в III группе – $18,4 \pm 2,5$ суток. Менингеальный синдром у пациентов I группы сохранялся $5,5 \pm 2,4$ суток, у пациентов II группы – $6,3 \pm 3,6$ суток, а у детей III группы – $9,4 \pm 3,2$ суток.

Все пациенты получали антибактериальную терапию, а именно: 7 человек (87,5 %) I группы получали цефалоспорины III поколения, 1 ребенок

(12,5 %) комбинацию цефалоспоринов II поколения и зивокс. Детям I группы были назначены цефалоспорины III поколения (10 человек – 90,9 %) и зивокс (1 человек – 9,09 %). В III группе терапию цефалоспоринами III поколения получали 4 ребенка (66,6 %), комбинированную терапию цефуроксимом и зивоксом принимал 1 ребенок (16,6 %), антибиотик группы рифампицина был назначен 1 пациенту (16,6 %).

Выводы. Не получено достоверных различий в группах по длительности периода лихорадки, выраженности менингеальных знаков, продолжительности интоксикации, однако мальчики с менингококковыми и гемофильными менингитами болели чаще по сравнению с мальчиками, перенесшими бактериальный менингит неустановленной этиологии ($P<0,05$). Дети с гнойными менингитами неустановленной этиологии были достоверно младше ($P<0,05$) детей, перенесших менингококковый и гемофильный менингиты. Пациенты с гнойными менингитами неустановленной этиологии нуждались в более длительном пребывании в стационаре по сравнению с детьми, получавшими лечение против менингококковой и гемофильной инфекции.

– М –

ПРОТЕОМИКА, МЕТАБОЛОМИКА, ГЕНОМИКА НАРУЖНОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА: КЛИНИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Масс Е.Е., клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Фадеев И.Е., к.м.н., доц.

Зав. кафедрой: Подзолкова Н.М., д.м.н., профессор

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Определить клиническое значение новейших методов лабораторной диагностики малых форм наружного генитального

эндометриоза.

Материалы и методы. Обзор литературы.

Результаты. Наружный генитальный эндометриоз – распространенное, и, во многом, загадочное заболевание, о природе которого мы судим, опираясь на гипотезы различной степени правдоподобности. Основные клинические проявления болезни на ранних этапах развития (до возможности визуализации патологических образований) неспецифичны: боли и бесплодие, кроме того, в долгосрочной перспективе имеется риск малигнизации гетеротопий. Золотой стандарт диагностики - визуализация очагов эндометриоза при лапароскопии, с последующей биопсией и гистологическим исследованием биоптата. Лечебные опции на сегодняшний день это хирургическое иссечение патологических тканей, и гормональная или антигормональная терапия с целью избежать операции, подготовить к операции, снизить вероятность рецидива после проведенного оперативного лечения. Хроническая тазовая боль, бесплодие, не связанное с трубным и эндокринным фактором, подозрение на эндометриозное поражение, по данным УЗИ или ЯМРТ, в любом случае являются показаниями к лапароскопии. Но значительная часть пациенток с диспареунией или отсутствием беременности, в браке, без применения контрацепции могли бы получить пользу от раннего назначения гормональной терапии без операции, которая в обычной практике назначается *ex juvantibus*. Современные технологии позволяют выявлять тонкие маркеры эндометриоза, такие как полиморфизм гена NR1H1 и делеции митохондриальной ДНК при генетическом анализе, снижение уровня ми-РНК let 7b, d, f в сыворотке крови, и достаточно точно предсказать наличие болезни на ранней стадии распространения процесса. Однако сложность и высокая стоимость этих исследований существенно ограничивает клинические возможности лабораторной диагностики эндометриоза.

Заключение. Требуются дальнейшие исследования маркеров раннего развития эндометриоза для определения лабораторных тестов с приемлемым соотношением диагностической эффективности и стоимости для внедрения в

клиническую практику.

ГЕНОТИПИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФЕНОТИПОВ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Моисеева Ю.П., аспирант кафедры оториноларингологии

Руководитель: Пискунов Г.З., профессор кафедры, д.м.н., профессор,
член-корреспондент РАН, заслуженный врач Российской Федерации,
заслуженный деятель науки Российской Федерации.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение: Полипозный риносинусит – полиэтиологическое заболевание, характеризующееся воспалением слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух с образованием и рецидивирующим ростом назальных полипов. Интерес к генотипированию этой патологии возник в связи с тем, что в 15–50 % случаев она имеет семейный анамнез. Изучались взаимосвязи назальных полипов с однонуклеотидными полиморфизмами в генах, регулирующих процессы воспаления; вовлеченных в метаболизм арахидоновой кислоты, биотрансформацию ксенобиотиков, ремоделирование синоназальной ткани и другие. Особое внимание уделяется патогенетическим механизмам, связанным с Th2 воспалением, так как именно этот вариант полипозного риносинусита отличается наиболее тяжелым течением. ИЛ-33 опосредует выработку цитокинов ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-13, связанных с Th2 иммунным ответом, поэтому исследование его однонуклеотидных полиморфизмов имеет перспективы в диагностике и лечении определенных клинических фенотипов этого заболевания.

Цель исследования: Определить встречаемость полиморфных локусов гена ИЛ-33 rs3939286 и rs1342326 у пациентов с полипозным риносинуситом в зависимости от клинического фенотипа.

Материалы и методы: В ходе проспективного исследования, включающего 67 пациентов с разными клиническими фенотипами полипозного риносинусита и группу контроля из 46 здоровых лиц, методом ПРЦ в реальном времени осуществлялось выявление полиморфных локусов гена ИЛ-33 rs3939286 и rs1342326. Достоверность различий частот распределения аллелей и генотипов в группах определялась с помощью χ^2 , статистическая значимость устанавливалась при $p < 0,05$. Для расчета степени риска развития события использован метод отношения шансов с 95 % доверительным интервалом.

Результаты и их обсуждение: А-аллель rs3939286 определяется, как мутантный, и у пациентов, страдающих полипозным риносинуситом, встречается чаще (31 случай), чем в контрольной группе (11 случаев) OR=2.740 (95 % CI, 1.194–6.286, p-value=0.02931). У носителей этого аллеля полипозный риносинусит чаще сопровождался хроническим гнойным воспалением слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, но уровень рецидивирования оказался крайне мал 8,3 %, т. е. адекватное хирургическое и медикаментозное лечение, включающее устренение очага гнойного воспаления, дало хороший прогностический результат. При генотипировании по rs1342326 установлена связь аллеля G с развитием бронхиальной астмы у пациентов с полипозным риносинуситом OR=5.185 (95 % CI, 1.401-19.187, p-value=0.01799). При наличии мутации по обоим однонуклеотидным полиморфизмам (GA; TG и AA; TG) отмечалась наибольшая склонностью к рецидивированию назальных полипов 66,7 % и 100 % соответственно ($\chi^2 = 4.4835$, p-value = 0.03648), а также к развитию бронхиальной астмы 50 % и 100 % соответственно ($\chi^2 = 4.4835$, p-value=0.04298).

Выводы: Изучение однонуклеотидных полиморфизмов ИЛ-33 выявило связь между наличием полиморфных локусов и развитием назальных полипов. Более того, они могут являться генетическими маркерами для прогнозирования формирующегося клинического фенотипа, в том числе полипозного риносинусита, сопряженного с бронхиальной астмой.

СТРУКТУРНО-БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
КОРНЕОСКЛЕРАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГЛАУКОМЫ

Морозова Ю.С. аспирант кафедры офтальмологии.

Руководитель: Арутюнян Л.Л., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. С появлением анализатора биомеханических свойств (ORA) возрос интерес к биомеханике глаза. Изменение биомеханических свойств глаза при глаукоме свидетельствует о структурных изменениях в соединительной ткани, что может являться важным звеном в патогенезе глаукомы. Нарушение биомеханики корнеосклеральной оболочки глаза при глаукоме в сторону увеличения ее жесткости является следствием избыточного формирования внутри- и межмолекулярных поперечных связей в ее коллагеновых структурах. Однако структурная перестройка склеры при первично открытоугольной глаукоме (ПОУГ) и глаукоме нормального давления (ГНД) недостаточно изучена, что приводит к поздней диагностике.

Цель исследования: на основе структурно-биомеханического и микроэлементного анализа корнеосклеральной оболочки глаза улучшить результаты диагностики и лечения при различных формах глаукомы.

Для оценки состояния коллагена в соединительной ткани широко используется термический анализ. Термическая стабильность коллагена, характеризуется температурой и теплотой денатурации (соответственно, T_m и ΔH_m). Таким образом, термически индуцированные трансформации коллагена спираль-клубок отражают общее состояние коллагеновой структуры. Для оценки уровня внутри- и межмолекулярной связанности соединительной ткани используют значение температуры пика эндотермического перехода спираль-клубок (T_m). Значение ΔH_m определяется энергией, необходимой для разрушения связей, стабилизирующих тройную спираль нативных

макромолекул коллагена. Обе характеристики определяют методом ДСК.

Материалы и методы. В нашей работе мы изучили образцы склер пациентов 2-х групп: 1) пациенты с ПОУГ; 2) пациенты с ГНД. Учитывая возрастные изменения структуры склеры, были учтены возрастные критерии. Группой контроля явились кадаверные склеры. Все пациенты были обследованы стандартными офтальмологическими методами. При помощи лабораторного метода – дифференциальной сканирующей калориметрии была определена поперечная связанность коллагена (калориметр «Phoenix DSC 204», Netzsch, Германия.)

Результаты. Анализ полученных данных показал, что величины T_m , ΔH_m денатурации коллагена (ДСК-термограммы) образцов склеры существенно различаются в группе контроля и у больных с ПОУГ. Медиана T_m , ΔH_m в группе контроля составила $T_m = 64,6^{\circ}\text{C}$ и $\Delta H_m = 8,8$. У пациентов с ПОУГ выявлены следующие параметры: с начальной стадией $T_m = 65,9^{\circ}\text{C}$ и $\Delta H_m = 10,6$ Дж/г сухого остатка, при развитой стадии $T_m = 66,5^{\circ}\text{C}$ и $\Delta H_m = 11,9$ Дж/г сухого остатка, при далеко зашедшей стадии $T_m = 67,4^{\circ}\text{C}$ и $\Delta H_m = 14,6$ Дж/г сухого остатка. У больных с ГНД медиана составила $T_m = 65,7^{\circ}\text{C}$ и $\Delta H_m = 6,7$.

Выводы. Полученные результаты показывают повышение температуры денатурации коллагена (T_m) при ПОУГ в сравнении с группой контроля, что свидетельствует о связи повышения образования поперечных связей коллагена с развитием и прогрессированием глаукомного процесса. Повышение температуры денатурации коллагена (T_m) также отмечается у пациентов с ГНД. Нами не было выявлено статистически значимой разницы у пациентов с ПОУГ и ГНД, что объясняется малым количеством образцов и требует дальнейшего изучения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТОКОЛА УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ
ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ
С ПРИМЕНЕНИЕМ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ
К ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ

Мурадян А.А., аспирант кафедры неотложной и общей хирургии

Руководитель: Благовестнов Д.А., д.м.н., проф.

Консультант: Сычев Д.А., член-корр. РАН, д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: Улучшение результатов лечения пациентов с неосложненным острым калькулезным холециститом, путем оптимизации протокола ускоренного восстановления с применением фармакогенетических подходов к обезболиванию, как одному из ключевых компонентов протокола.

Материалы и методы: В этом обсервационном клиническом исследовании принимали участие 209 пациентов с неосложненным острым калькулезным холециститом, которым выполнялась видеолапароскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ). Пациенты были разделены на 2 группы: контрольная – традиционное ведение – 102 пациента и основная – велись согласно ПУВ (ERAS). У всех пациентов основной группы осуществлялся забор цельной крови с последующим генотипированием (ПЦР в режиме реального времени). У пациентов основной группы обезболивающая эффективность оценивалась при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) через 2, 6, 12, 24, 36, 48 часов и опросника боли Мак-Гилла (MPQ). Безопасность приема кеторолака и профиль нежелательных реакций от их применения оценивались по динамике показателей гемоглобина и эритроцитов, до и после операции, как триггера развития желудочно-кишечных кровотечений по данным Global Trigger Tool (GTT).

Результаты: применение ПУВ привело к сокращению общего койко-дня на 0,8, а послеоперационного на 1,3 койко-день, без увеличения частоты и характера осложнений. Эффективность послеоперационного обезбоживания у

носителей генотипа CYP2D6*4 была ниже, а у носителей CYP2C9*2/*3 была выше, по сравнению с пациентами без данных генотипов. Профиль побочных эффектов оценивался по динамике показателей гемоглобина, было отмечено их статистически значимое снижение у носителей генотипа CYP2C9*2/*3.

Выводы:

1. Применение ПУВ не увеличивает частоту и характер ранних послеоперационных осложнений ($P < 0,005$).

2. Применение ПУВ приводит к сокращению длительности госпитализации и длительности послеоперационного койко-дня в среднем: на 0,8 койко-день и на 1,3 койко-день соответственно, по сравнению с традиционным лечением ($P < 0,0001$).

3. Интраоперационное дренирование брюшной полости приводит к увеличению длительности послеоперационного койко-дня в среднем на 0,8 койко-дня ($P = 0,0005$), по сравнению с пациентами без дренирования, без статистически значимых различий в интенсивности болевого синдрома и частоте осложнений.

4. Наличие полиморфизма CYP2C9*2 приводит к статистически значимому снижению интенсивности болевого синдрома через 12, 24, 36, 48 часов при лечении кеторолаком, по сравнению с носителями дикого типа. ($P < 0,005$) Наличие полиморфизма CYP2D6*4 приводит к статистически значимому увеличению интенсивности болевого синдрома через 24 часа при лечении трамадолом, по сравнению с носителями дикого типа. ($P < 0,005$).

5. Наличие полиморфизма CYP2C9*2 и CYP2C9*3 приводит к более выраженному снижению абсолютной и относительной разницы гемоглобина и эритроцитов до и после лечения по сравнению с носителями дикого типа.

РАЗРАБОТКА АИС ПРИНЯТИЯ ТЕХНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ИНЖЕНЕРНОЙ СЛУЖБЫ КДЛ

Назарова А.С., студентка МГТУ имени Н.Э. Баумана,

Нуртдинова Л.Р., старший лаборант кафедры медицинской техники,

Руководитель: Писарева А.В., к.б.н., доцент кафедры медико-технического
менеджмента МГТУ имени Н.Э.Баумана.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель: Разработка модели специальной автоматизированной информационной системы (АИС) в виде мобильного приложения, которая позволит расшифровать системные ошибки оборудования и определит способы их устранения для повышения эффективности функционирования клинико-диагностической лаборатории (КДЛ). Для решения поставленной задачи, предлагается разработать клиентское приложение для принятия технических решений, которое позволит оператору самостоятельно определить тип ошибки рабочего цикла аппарата, и поможет принять решение об устранении возникшей проблемы. Данная система поможет максимально оптимизировать лабораторные процессы, повысит производительность лаборатории без увеличения нагрузки на персонал.

Материалы и методы: Для проектирования, разработки и внедрения ИТ-решения использовались свободно доступные инструменты LayoutIt, Bootstrapframework и XampWebserver. Система использует язык PHP в сочетании с HTML, который позволяет шаг за шагом следовать потоку управления в дополнение к отправке на компьютер оператора одновременной генерацией рабочего материала в формате PDF.

Результаты: На начальных этапах проектирования «АИС принятия технических решений», описана логика данной системы, проект разбит на стадии работ и функций, т. е. будущий проект представлен в виде совокупности

иерархически упорядоченных и взаимосвязанных «подпроектов». Для этих целей использовалась методология IDEF0, которая помогла определить общий вид системы, а также ее детали с определенным числом иерархических уровней.

Построение модели начато с контекстной диаграммы, которая дает общее представление и описание будущей АИС. В этой диаграмме показан единственный блок, представляющий весь объект (готовый продукт), а также: входная информация, используемая для получения результата, выходная информация, механизмы, посредством которых реализуется проект, управление. Таким образом, главная цель – «Принять техническое решение с помощью АИС» – разбита на 3 основные задачи:

1. Проектирование глобальной удаленной БД приборов, узлов, функционалов и режимов, кодов ошибок и т. д.
2. Проектирование автономной БД конкретной КДЛ на основе общей БД.
3. Проектирование клиентской консоли БД, посредством которой пользователь сможет самостоятельно принять то или иное техническое решение, связанное с ошибкой в рабочем цикле оборудования.

Выводы: Разработана модель проекта АИС принятия технических решений, которая должна быть интегрирована в работу КДЛ для минимизации времени простоя оборудования, а также уменьшения материальных издержек. Для дальнейшей разработки модели системы, требуется создать базу данных (БД) самой системы. Данная БД будет представлять собой карточку каждого аппарата, который существует во многих КДЛ России. Интеграционные возможности АИС важны не только при обмене с внешними по отношению к клинико-диагностической лаборатории системами, но и для взаимодействия с оборудованием внутри лабораторий.

ГЕНОТИПИРОВАНИЕ И ФЕНОТИПИРОВАНИЕ CYP2D6
У ПОДРОСТКОВ С ОСТРЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ:
ПОИСК ФАКТОРОВ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ РЕАКЦИЙ
НА АНТИПСИХОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

Назарова Е.В., ординатор кафедры нейрохирургии

Руководитель: Иващенко Д.В., к.м.н., доцент кафедры детской психиатрии и
психотерапии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Дети и подростки гораздо чувствительнее к антипсихотикам по сравнению со взрослыми: у детей чаще наблюдаются неблагоприятные побочные реакции (ADEs). Для эффективного проведения терапии острого психотического эпизода безопасность антипсихотика особенно важна. В случае развития ADEs часто приходится снижать дозу, заменять препарат, это снижает эффективность купирующей терапии. Все это обуславливает значимость персонализированного подбора антипсихотика при лечении острого психотического эпизода у детей и подростков. Изофермент CYP2D6 играет важную роль в метаболизме психотропных препаратов. В настоящее время отсутствуют фармакогенетические исследования безопасности антипсихотических препаратов у детей и подростков с острыми психотическими эпизодами. Генетические полиморфизмы CYP2D6 являются наиболее вероятными кандидатами для таких исследований.

Цель исследования. Установить наличие ассоциации активности изофермента CYP2D6 с параметрами безопасности психофармакотерапии острого психотического эпизода у подростков в первые 14 дней лечения.

Материалы и методы. В исследование были включены 37 подростков, наблюдение проводилось в течение 14 дней. Средний возраст: $15,16 \pm 1,6$ лет. Всем пациентам был назначен антипсихотик в качестве основного препарата. Безопасность терапии оценивалась посредством Шкалы оценки нежелательных эффектов UKU. От каждого пациента получен буккальный соскоб, проведено

генотипирование полиморфных вариантов CYP2D6*4, *10 (rs3892097, rs1065852) методом ПЦР в реальном времени. Измеряли активность CYP2D6 по соотношению эндогенных субстратов и метаболитов в моче с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии. Для CYP2D6 использовали пинолиновый тест (n=37). Пациенты с полиморфизмом CYP2D6 * 4, * 10 были исключены из анализа.

Результаты. Проведенный корреляционный анализ среднего балла шкал UKU со средней дозой антипсихотиков не выявил значимых ассоциаций. Выявлена прямая положительная корреляционная связь между разностью активности CYP2D6 между визитами ($r=0,343$; $p=0.038$; $n=37$) и «Психическими нарушениями» по подшкале UKU во время 2 визита. Выявлены значимые ассоциации между разностью активности CYP2D6 за 14 дней терапии ($1,48 \pm 1,3$) и «Дистонией» ($p=0,045$); инициальной активностью изофермента CYP2D6 ($0,76 \pm 0,28$) и «Ригидностью» ($p=0,048$); инициальной активностью изофермента CYP2D6 ($0,91 \pm 0,84$) и «Тремором» ($p=0,023$). Достоверных различий при сравнении параметров активности изофермента CYP2D6 и применяемого антидепрессанта и нормотимика за период наблюдения не было выявлено.

Вывод. На фоне психофармакотерапии у подростков с острым психотическим эпизодом наблюдается снижение активности изофермента CYP2D6. Снижение активности CYP2D6 ассоциировано с возникновением неблагоприятных побочных реакций и высоким средним баллом по шкале UKU за период наблюдения при приеме антипсихотических препаратов.

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЛИПОФИЛЬНЫМИ СТАТИНАМИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

Насытко А.Д., студентка 4 курса лечебно-профилактического факультета

Руководители: Сафроненко В.А., к.м.н., доц.,

Сафроненко А.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Цель исследования. Изучить роль препаратов липофильной группы статинов в снижении когнитивной функции у пациентов очень высокого риска с ИБС и инфарктом миокарда в анамнезе.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России г. Ростова-на-Дону. В ходе него был выполнен анализ историй болезни 78 пациентов с ИБС, имеющих инфаркт миокарда в анамнезе; из них мужчин – 62,8 % (n=49); женщин – 37,2 % (n=29). Общая характеристика пациентов: средний возраст – $74,56 \pm 10,57$ лет; 76,9% (n=60) пациентов >65 лет; продолжительность ИБС – $10,42 \pm 5,36$ лет; курящие – 20,5 % (n=16); употребляющие алкоголь – 11,5 % (n=9); абдоминальное ожирение – 34,6 % (n=27); артериальная гипертензия – 93,6 % (n=73); сахарный диабет 2 типа – 38,5 % (n=35); ОХС в среднем – $4,84 \pm 1,1$ ммоль/л; ХС-ЛПНП – $2,55 \pm 0,96$ ммоль/л. Критерии включения: длительный (свыше 5 лет) регулярный прием препаратов группы статинов (Аторастатин 20 мг/сут.); ИБС длительностью свыше 5 лет. Критерии исключения: органическое и/или функциональное поражение головного мозга, синдром старческой астении (по критериям Fried), мозговой инсульт и другое. Согласно клиническим рекомендациями комплексной гериатрической оценки (2018 г.) для определения уровня когнитивных функций был использован метод анкетирования пациентов по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE). На основании липидограмм (уровня ОХС, ХС-ЛПНП), были сформированы 2 группы: 1 группа – пациенты, достигшие целевого уровня

ОХС и ЛПНП (ОХС<4 ммоль/л; ЛПНП≤1,5 ммоль/л) (n=38); 2 группа – пациенты, не достигшие целевого уровня ОХС и ЛПНП (ОХС>4 ммоль/л; ЛПНП>1,5 ммоль/л) (n=40). Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке в программах Statistica 13.3 (разработчик – StatSoft.Inc). При сравнении несвязанных групп использовали U-критерий Манна-Уитни. Сравнение номинальных данных проводили при помощи критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йейтса. Различия в сравниваемых группах считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты. В ходе анализа результатов краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) было выявлено, что у группы пациентов с достигнутыми целевыми значениями ОХС и ЛПНП показатели КФ достоверно ниже, чем у пациентов группы, не достигших целевых значений ($p=0,032$). Признаков нарушения КФ нет (28 баллов и выше) у 15,8 % (n=6) в 1-й и у 42,5 % (n=17) во 2-й группе ($\chi^2=6,69$; $p=0,013$). Преддементные состояния (от 24 до 27 баллов) были обнаружены у 23,7 % (n=9) в 1-й группе и у 15 % (n=6) во 2-й ($\chi^2=0,95$; $p=0,4$). Деменция умеренной степени выраженности (от 20 до 23 баллов) имела место быть у 23,7 % (n=9) в 1-й группе и у 12,5 % (n=5) во 2-й ($\chi^2=1,66$; $p=0,25$). Деменция умеренной степени выраженности (от 11 до 19 баллов): 36,8 % (n=14) в 1-й группе и 30 % (n=12) во 2-й ($\chi^2=0,41$; $p=0,63$). Необходимо подчеркнуть, что в 1-й группе 78,9 % (n=30) пациентов страдали СД 2 типа. Можно предположить, что снижение КФ в 1-й группе обусловлено хронической гиперинсулинемией, однако относительный риск составил (RR) 1,39.

Выводы. В группе пациентов с достигнутыми целевыми значениями ОХС и ЛПНП показатели КФ достоверно ниже, чем у пациентов 2-й группы ($p=0,032$), что может быть объяснено наличием СД 2 типа, однако RR=1,39. Вопрос о том, что применение липофильных статинов для гиполипидемической терапии является предиктором появления или прогрессирования уже имеющихся нарушений КФ у пациентов пожилого и старческого возраста очень высокого риска с ИБС и инфарктом миокарда в анамнезе подлежит

дальнейшему изучению.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ

Нафедзов И.О., аспирант ФГБУ «НМИЦ им. Рыжих А.Н.»

Руководитель: Чернышов С.В., д.м.н., ведущий научный сотрудник
отдела онкопроктологии

ФГБУ «НМИЦ им. Рыжих А.Н.» Минздрава России, г. Москва.

Актуальность: Прогресс в лечении рака прямой кишки в виде совершенствования хирургической техники и проведения химиолучевой терапии привел к увеличению частоты сфинктеросохраняющих операций с формированием колоректального анастомоза. Однако наряду с хорошими онкологическими результатами, у данной категории пациентов могут возникать функциональные проблемы в виде синдрома низкой передней резекции (СНПР). Синдром низкой передней резекции – многофакторный симптомокомплекс, характеризующийся частым стулом (до 6 раз в сутки и более), длительным и неполным опорожнением кишечника, императивными позывами на дефекацию и анальной инконтиненцией различной степени выраженности. Частота развития СНПР после низкой передней резекции прямой кишки варьирует от 25 до 90 %. Данная проблема приводит к снижению качества жизни и препятствует социальной адаптации. Учитывая высокую распространенность и актуальность проблемы, нами был проведен систематический обзор и метаанализ литературных данных по факторам риска, а так же разработан план лечения.

Цель: Изучить факторы риска, функциональные результаты и разработать план лечения синдрома низкой передней резекции (СНПР) у пациентов оперированных по поводу рака прямой кишки.

Материалы и методы: В исследование включено 22 пациента после низкой передней резекции прямой кишки. Через 3 месяца после выполнения

реконструктивно-восстановительной операции все пациенты были анкетированы при помощи опросника СНПР с последующим выявлением данного синдрома. Всем пациентам было выполнено исследование запирающего аппарата заднего прохода с помощью комплексной сфинктерометрии и исследование резервуарной функции низведенной кишки с целью оценки функциональных показателей до лечения.

Больным назначался курс 10-ти дневной консервативной реабилитации методом комплексной БОС-терапии и тиббиальной нейромодуляции. Комплексная БОС-терапия включала программу на удержание кишечного содержимого и программу на улучшение резервуарной функции и снижение порогов чувствительности низведенной кишки к наполнению.

Результаты: По данным сфинктерометрии показатели давления в покое и при волевом сокращении до / после лечения составили 30 / 39,8 и 143,1 / 159,7 мм рт. ст., что свидетельствовало о динамическом улучшении тонуса и сократительной способности сфинктерного аппарата ($p < 0,05$). По данным исследования резервуарной функции низведенной кишки порог постоянной чувствительности до лечения не определялся у 11/22 (54,5 %), при этом после лечения определялся у всех пациентов при объеме 50 мл и более. Ощущение позыва на дефекацию, которое до лечения возникало лишь у 10/22 (45,4 %) больных, после лечения появилось у всех пациентов. Наиболее значимым представляется появление интенсивного позыва на дефекацию: до лечения он вызывался лишь у 8/22 (36,6 %), после лечения – у 19/22 (86,3 %) пациентов.

По данным опросника СНПР до лечения больные оценивали свое состояние на 39,5 баллов, после проведенного лечения средний балл уменьшился на 44,5 % до 17,4 баллов.

Выводы: Разработанный комплекс реабилитационных мероприятий приводит к повышению качества жизни за счет улучшения функциональных результатов лечения больных раком прямой кишки после низкой передней резекции путем снижения проявления СНПР на 44,5 %.

ЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ В Г. ИРКУТСКЕ

Нашатырева М.С., аспирант кафедры клинической аллергологии
и пульмонологии

Руководитель: И.Н. Трофименко, д.м.н., проф.

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

Цель исследования. Оценка распространенности и характеристика поражения легких у больных с системными заболеваниями соединительной ткани (СЗСТ) по данным регистра пациентов с интерстициальными заболеваниями легких (ИЗЛ) в г. Иркутске.

Материалы и методы. В 2016–2019 гг формировался регистр пациентов с ИЗЛ среди больных, направленных на консультацию в городской аллерго-пульмонологический центр (ГАПЦ) ОГБУЗ «Иркутская городская клиническая больница № 1» врачами различных специальностей по поводу двусторонних изменений в легких по результатам компьютерной томографии высокого разрешения (КТВР). Во всех случаях проанализированы клиничко-анамнестические данные, проведены физикальный осмотр, лабораторное и инструментальное обследование для верификации диагноза. Инфекционный генез заболевания и онкопатология исключены в 100 % случаев.

Результаты. На настоящий момент в регистре состоит 259 пациентов (139 женщин, 120 мужчин). После обращения в ГАПЦ у каждого больного были проанализированы клиничко-анамнестические данные, результаты обследования, в 100 % случаев выявлены различные ИЗЛ. Среди них ИЗЛ-СЗСТ диагностированы у 54 пациентов (20,8 %), из них 39 женщин и 15 мужчин (средний возраст $57,5 \pm 13,1$ лет, $M \pm SD$), различия по возрасту не было ($p=0,6$).

В общей структуре доминировали пациенты с ИЗЛ при ревматоидном артрите – 23 пациента (42,5 %), из них у 5 зафиксировано лекарственно-индуцированное поражение легких (метотрексат) и в 1 случае синдром Каплана. У 11 пациентов поражение легких было ассоциировано с системной склеродермией (20,3 %), по 4 случая (7,4 %) связи с системной красной волчанкой и смешанным заболеванием соединительной ткани, в 3 случаях с анкилозирующим спондилитом, в 2 случаях с болезнью Шегрена и в 1 случае с полимиозитом. Помимо этого, 6 случаев системных васкулитов с поражением легких. У 8 пациентов (14,8 %) первым проявлением СЗСТ было ИЗЛ.

Респираторные симптомы отсутствовали у 12 пациентов (22,2 %). Наиболее распространенной жалобой был кашель (40 пациентов, 74 %), а также отделение мокроты (23 пациента, 42,5 %), одышка (21 пациент, 38,8 %) и хрипы в грудной клетке (9 пациентов; 16,6 %). Время от появления симптомов до постановки диагноза ИЗЛ варьировало от 1 до 264 месяцев (24 ± 45 мес). При объективном обследовании выявлены следующие феномены: наличие «барабанных палочек» и/или «часовых стекол» у 6 пациентов (11,1%), при аускультации у 24 (44,4 %) пациентов выявлена двусторонняя крепитация, преимущественно в базальных отделах легких, у 6 (11,1 %) сухие хрипы. По данным МСКТ легких превалировали «матовое стекло» различной локализации и распространенности (33,3 %), картина обычной интерстициальной пневмонии (21,5 %), и различные сочетания этих паттернов (25,5 %). Дыхательная недостаточность 1 и 2 степеней зафиксирована у 15 пациентов (27,7 %).

Заключение: ИЗЛ при СЗСТ снижают качество жизни пациентов и оказывают существенное влияние на прогноз. Надлежащая клиническая настороженность и оперативная лечебно-диагностическая тактика позволят оптимизировать терапевтическую тактику для каждого больного.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ФУРУНКУЛЕЗА У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Николина К.О., ординатор кафедры педиатрии им. ак. Г.Н. Сперанского.

Руководители: Заплатников А.Л., д.м.н., проф.,

Дмитриева Ю.А., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Представленный клинический случай демонстрирует алгоритм дифференциальной диагностики и тактику ведения ребенка раннего возраста с рецидивирующим фурункулезом. Особое внимание уделено анализу клинико-анамнестических данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, благодаря которым был установлен диагноз и определена оптимальная терапевтическая тактика.

Клинический случай. Девочка 1 года 7 месяцев находилась на обследовании и лечении в 1 педиатрическом отделении ДГКБ им. З.А. Башляевой по поводу рецидивирующего фурункулеза ягодичной области. Анализ клинико-анамнестических данных позволил установить, что первый эпизод фурункулеза у ребенка имел место в возрасте 8 месяцев. Воспалительный процесс был купирован посредством оперативного лечения (вскрытие и дренирование очага) и курса антибактериальной терапии. В течение последующего года наблюдения повторные эпизоды фурункулеза ягодичной и промежностной области развивались с интервалом в 2–3 месяца. При этом вскрытие очагов и назначение антибактериальных препаратов при каждом рецидиве приводило к временному исчезновению гнойно-воспалительных изменений.

При сборе анамнеза было отмечено, что фоном для формирования указанных воспалительных изменений у ребенка являлись стойкие запоры, требующие практически ежедневной постановки очистительных клизм. Принимая во внимание указанные клинико-анамнестические данные, а также результаты амбулаторно проведенных исследований (в серии гемограмм

отмечена, нарастающая эозинофилия с максимальным уровнем клеток $1,79 \cdot 10^9/\text{л}$), спектр дифференциальной диагностики, определенный в ходе госпитализации, включал системные заболевания крови, первичные иммунодефицитные состояния, аутоиммунные поражения кишечника, а также неспецифические воспалительные поражения терминального отдела толстой кишки на фоне хронического запора. Проведенное обследование позволило исключить гематоонкологическую патологию, синдром нейтропении, иммунодефицитные состояния и хронические воспалительные заболевания кишечника. В отделяемом из фурункула был выявлен *S.aureus* (массивный рост). При ректосигмоскопии были выявлены проктит и анальные трещины. Таким образом, результаты проведенного обследования позволили определить персистирующую стафилококковую инфекцию у ребенка с хроническим запором в качестве ведущего этиопатогенетического фактора рецидивирующего фурункулеза. Комплексное лечение (вскрытие и дренирование фурункула, антибактериальная терапия «защищенными» аминопенициллинами в сочетании с адекватно подобранной дозой слабительного – макрогол) позволило полностью купировать гнойно-воспалительный процесс и восстановить нормальный характер стула. Катамнез в течение последующих 6 месяцев свидетельствовал о стойкой ремиссии гнойно-воспалительного процесса.

Выводы: алгоритм верификации причин рецидивирующего фурункулеза содержит в себе ряд диагностических векторов, направленных на исключение онкогематологических заболеваний, синдрома нейтропении, первичных иммунодефицитных состояний, хронических и микробно-воспалительных заболеваний кишечника и др. Ранняя верификация причин рецидивирующего фурункулеза позволяет своевременно назначить адекватную этиопатогенетическую терапию, что и определяет благоприятный исход заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ
С ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ БОТКИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Озерова Д.С., очный аспирант кафедры хирургии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель. Улучшить результаты лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, путем оптимизации хирургической тактики.

Материалы и методы. Представлен анализ результатов лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом. В первую группу вошло 77 больных, которым лапароскопическая холецистэктомия выполнялась на 1–3 сутки после эндоскопического дренирующего вмешательства на желчных протоках. Вторую группу составили 36 пациентов с холецистэктомией, выполненной на 4–7 сутки после ЭРХПГ, ЭПСТ, литоэкстракции. В третью группу вошло 32 больных с холецистэктомией, выполненной через временной промежуток более недели.

Результаты. В первой группе рецидив холедохолитиаза был выявлен у 7 (9 %) больных ($p=0,041$). Сложности во время лапароскопической холецистэктомии отмечены у 23 (29,8 %) пациентов ($p=0,032$). Конверсия потребовалась в одном (1,3 %) случае ($p=0,030$). Средняя продолжительность операции составила 47 ± 5 минут ($p=0,002$). Послеоперационные осложнения были выявлены у трех (3,8 %) пациентов ($p=0,016$). Средний послеоперационный койко-день составил $2,5 \pm 1,5$ дней ($p=0,021$). Деструктивно измененный желчный пузырь при гистологическом исследовании выявлен у 15 (19,4 %) прооперированных ($p=0,034$).

Во второй группе рецидив холедохолитиаза был выявлен у 5 (13,9 %) больных ($p=0,029$). Сложности хирургического вмешательства при холецистэктомии отмечены у 16 (44,4 %) пациентов ($p=0,013$). Конверсия потребовалась в двух (5,5 %) случаях ($p=0,017$). Средняя продолжительность операции составила 69 ± 8 минут ($p=0,022$). Послеоперационные осложнения были выявлены у пяти (13,8 %) пациентов ($p=0,028$). Средний послеоперационный койко-день составил $5 \pm 1,9$ дней ($p=0,007$). Деструктивно измененный желчный пузырь выявлен у 11 (30,5 %) прооперированных ($p=0,043$).

В третьей группе больных рецидив холедохолитиаза был выявлен у 9 (28,1%) человек ($p=0,048$). Сложности хирургического вмешательства во время холецистэктомии отмечены у 17 (53,1 %) пациентов ($p=0,037$). Конверсия потребовалась в четырех (12,5 %) случаях ($p=0,05$). Средняя продолжительность операции составила $120,6 \pm 2$ минут ($p=0,039$). Послеоперационные осложнения были выявлены у трех (9,6 %) пациентов ($p=0,027$). Средний послеоперационный койко-день составил $6,3 \pm 1,7$ дней ($p=0,01$). Острый желчный пузырь различной степени деструкции выявлен у 25 (78,1 %) больных ($p=0,021$).

Заключение. Выполнение лапароскопической холецистэктомии у пациентов с осложненной формой желчнокаменной болезни, в ранние сроки после ретроградного декомпрессионного вмешательства на желчных протоках, способствует снижению риска развития рецидива холедохолитиаза и уменьшению сложности самого хирургического вмешательства.

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОСАТЕЛЛИТНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ В УРОТЕЛИАЛЬНОМ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Олюшина Е.М., ординатор 2-го года кафедры патологической анатомии

Руководитель: Андреева Ю.Ю., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель – исследование микросателлитной нестабильности (MSI) в уротелиальном раке мочевого пузыря (РМП) иммуногистохимическим (ИГХ) методом и оценка ее связи с прогностическими факторами заболевания. Под MSI подразумевают инсерцию или делецию короткой последовательности нуклеотидов в аллелях микросателлита – повторяющейся короткой последовательности фрагментов ДНК. MSI возникает вследствие несовершенства системы репарации неспаренных оснований ДНК – mismatch repair deficient (dMMR). За работу системы MMR отвечают 6 генов – *MSH2*, *MLH1*, *PMS2*, *MSH3*, *MSH6* и *MLH3*. При наличии в этих генах герминальных мутаций или при эпигенетических механизмах формирования dMMR в опухолевой клетке нарушается стабильность системы поддержания целостности ДНК. Наличие в опухоли MSI/dMMR – доказательство ее генетической гипермутативности и, следовательно, иммуногенности, что способствует выраженной лимфоцитарной инфильтрации опухолевой ткани.

Материалы и методы. На операционном и биопсийном материале, полученном при обследовании и лечении 50 больных РМП, изучен MSI-фенотип ИГХ-методом. Предложена система оценки ИГХ-экспрессии белков MSI с учетом интенсивности ядерного окрашивания и площади, занимаемой опухолевыми клетками с окрашенными ядрами.

Результаты. При анализе полученных результатов обращает на себя внимание наличие высокой прямой корреляционной связи между интенсивностью ядерного окрашивания опухолевых клеток и процентом занимаемой ими площади опухоли. Это позволило разработать систему интерпретации результатов ИГХ-исследования экспрессии белков MSI в

уротелиальных карциномах. Отмечена связь между отсутствием и/или снижением экспрессии PMS2, MLH1, в меньшей степени MSH6 и градацией, а также стадией Т опухоли. Это подтверждает описанные в литературе предположения, что степень экспрессии белков MSI, определенная ИГХ-методом, может служить самостоятельным прогностическим фактором при РМП, что также подтверждается показательным снижением экспрессии исследуемых белков MSI в преинвазивной и инвазивной зонах опухоли. Отсутствие экспрессии двух белков (PMS2 и MLH1) оказалось более частым событием, чем отсутствие экспрессии трех белков одновременно. Отмечено наличие гетерогенности экспрессии маркеров: MSH6 (40 % случаев), MLH1 (30 %) и PMS2 (10 %). Гетерогенные группы по всем белкам характеризовались преобладанием high grade немышечно-инвазивных карцином, однако однозначно интерпретировать данные результаты в настоящий момент не представляется возможным, необходимы дальнейшие исследования.

Заключение. Выявлена связь между отсутствием и/или снижением экспрессии белков MSI (преимущественно PMS2 и MLH1, в меньшей степени MSH6) и степенью дифференцировки РМП, а также стадией Т, обнаружена тенденция к снижению экспрессии исследуемых белков в зоне инвазивного роста опухоли, что подтверждает прогностическую роль белков MSI. В значительной части случаев РМП выявлено наличие микросателлитной нестабильности, что наглядно демонстрирует необходимость исследования MSI наряду с другими иммуноонкологическими маркерами у данной когорты пациентов для возможности назначения им персонализированной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Орлова А.В., заочный аспирант ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Насонкина О.М., заочный аспирант ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Руководитель: Агibalова Т.В., д.м.н., главный научный сотрудник

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В последнее время растет число больных с тяжелым, злокачественным течением алкогольной зависимости (АЗ), что подтверждается ростом числа повторных госпитализаций и увеличением количества больных, многократно госпитализирующихся в стационары без формирования ремиссии. Актуальной остается проблема распространенности употребления алкоголя подростками, так как раннее начало употребления алкоголя является одним из предикторов дальнейшего формирования АЗ, в том числе с высокопрогредиентным течением. Далее рассматривается клинический случай больного со злокачественным течением зависимости от алкоголя, тремя попытками суицида в состоянии алкогольного опьянения в анамнезе.

Пациент Р., 1983 г.р. Находился на лечении в отделении медицинской реабилитации ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» КФ № 1 с 02.10.2017 по 13.11.2017. Впервые обратился за помощью в МНПЦ наркологии в 2010 году. С 2010 по 2017 годы проходил стационарное лечение 21 раз. Диагноз по МКБ-10: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя. Синдром зависимости от алкоголя. Вторая стадия. Воздержание в условиях, исключающих употребление F10.212. Клинический диагноз: Зависимость от алкоголя, средняя стадия, постоянная форма употребления алкоголя на фоне высокой толерантности, высокопрогредиентный темп формирования заболевания у личности с преобладанием эксплозивных черт.

Пациент поступил на лечение в реабилитационное отделение после прохождения полного курса лечения (19 дней) в линейном наркологическом

отделении. В отделении медицинской реабилитации ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» КФ № 1 в рамках программы МР в качестве основного метода лечебного психотерапевтического воздействия используются краткосрочная личностно-ориентированная терапия, мотивационное интервью, когнитивные, поддерживающие техники. Во время пребывания в стационаре, пациент отмечал, что благодаря обратной связи от участников психотерапевтической группы и работе психолога, он смог увидеть свою «зависимую часть личности, которая его убивает». Пациент стал признавать свое заболевание, видеть признаки зависимости у себя и других пациентов. Находился на реабилитации 43 дня. После выписки продолжил лечение в реабилитационном отделении наркологического диспансера, нашел себе наставника в терапевтическом сообществе, посещал собрания анонимных алкоголиков.

Случай представляет интерес в связи с тем, что у пациента впервые с начала заболевания и первого обращения за помощью (8 лет), сформировалась ремиссия – пациент находится в трезвости более 12-ти месяцев. У пациента отмечается положительный ответ именно на психотерапевтические методы лечения в составе программы медицинской реабилитации. В результате психотерапии произошли изменения в мотивационной сфере пациента: сформировалась мотивация на участие в лечебных программах и поддержание трезвости. Важный вклад внесла проработка суицидальных тенденций в психике методом трансактного анализа, который также используется в отделении как один из основных методов психотерапевтического воздействия в индивидуальной и групповой психотерапии.

СВЯЗЬ АКТИВНОСТИ СУРЗА С ПАРАМЕТРАМИ БЕЗОПАСНОСТИ
ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНТИПСИХОТИКОВ У ПОДРОСТКОВ
С ОСТРЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Осипов А.С.¹, Акмалова К.А.², Созаева Ж.А.², Смирнов В.В.³

1. Кафедра клинической фармакологии и терапии ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, г. Москва
2. НИИ молекулярной и персонализированной медицины ФГБОУ ДПО
РМАНПО Минздрава России, г. Москва
3. ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)
Минздрава России, г. Москва

Научные руководители: Иващенко Д.В., к.м.н., доцент кафедры детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва;

Сычев Д.А., чл.-корр. РАН, д.м.н., проф., ректор, заведующий кафедрой клинической фармакологии и терапии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение: В настоящее время проведено небольшое количество исследований о влиянии активности изофермента СУРЗА на безопасность антипсихотиков у подростков с острым психотическим эпизодом. Изофермент СУРЗА играет важную роль в метаболизме большинства антипсихотиков. Активность СУРЗА слабо детерминирована генетическими особенностями пациента, поэтому для оценки его активности предпочтительным является фенотипирование.

Цель исследования: Установить возможные ассоциации активности изофермента СУРЗА с параметрами безопасности антипсихотиков при остром психотическом эпизоде у подростков в течение первых 14 дней лечения.

Материалы и методы: В исследование были включены 53 подростка, госпитализированными с острым психотическим эпизодом. Средний возраст составил $15,06 \pm 1,7$ года. Все пациенты получали антипсихотики в качестве

основного препарата. Переносимость антипсихотических препаратов оценивалась с помощью шкал UKU Side Effect Rating Scale, SAS, BARS на 14 день терапии. Мы измеряли активность CYP3A по соотношению эндогенного субстрата и метаболита (6-бета-гидроксикортизол/кортизол) в моче с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии при включении в исследование и на 14 сутки лечения. Мы собрали буккальный эпителий у каждого из пациентов и генотипировали CYP3A4*22 (rs2740574), генотипировали CYP3A5*3 (6986A> G, rs7767746) методом ПЦР в реальном времени. Носители данных полиморфных вариантов были исключены из анализа. В результате в исследование были включены 48 пациентов.

Результаты: В процессе исследования не было выявлено корреляции между активностью CYP3A и дозами антипсихотиков.

Также не было обнаружено корреляции между активностью CYP3A и шкалами SAS, BARS. При анализе ассоциаций отдельных неблагоприятных побочных реакций (НПР) с уровнем активности CYP3A было установлено следующее. Значимо более высокая активность CYP3A на 14 сутки лечения чаще ассоциировалась со снижением концентрации внимания (3.76 ± 1.05 vs 2.5 ± 2.05 ; $p=0.03$), затруднением мочеиспускания (3.36 ± 1.11 vs 2.49 ± 2.09 ; $p=0.034$). Общая выраженность неблагоприятных побочных реакций ассоциировалась с изначально меньшей активностью CYP3A (1.75 ± 1.51 vs 2.96 ± 1.99 ; $p=0.026$), а также значимым ее увеличением за период лечения (1.01 ± 2.79 vs $(-1.14) \pm 2.17$; $p=0.039$).

Выводы: Установлено, что наличие определенных НПР ассоциируется с увеличением активности CYP3A на фоне приема антипсихотиков. В то же время, пациенты с изначально более низкой активностью CYP3A продемонстрировали больший риск развития НПР в целом. Таким образом, результаты являются противоречивыми, требуется расширение выборки и получение новых данных для уточнения предиктивной роли CYP3A в прогнозе безопасности антипсихотиков.

УРОВЕНЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
И МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Пархоменко А.А., ординатор кафедры наркологии

Руководители: Дидковский Н.А. д.м.н., проф.

ФГБУ ФНКЦ ФХМ ФМБА России, г. Москва

Соболев Е.С., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Изучение взаимосвязи иммунологических показателей с риском развития и прогнозом когнитивных расстройств у больных алкоголизмом.

Материалы и методы. В проспективное исследование были включены 12 больных мужского пола. Критерии включения: больные со второй стадией алкогольной зависимости, без психотических нарушений и черепно-мозговых травм, а также не употребляющие другие ПАВ. У всех больных оценивались когнитивные функции при поступлении и в динамике через 5 дней после поступления. Методом твердофазного иммуноферментного анализа определяли сывороточный уровень иммуноглобулинов класса А, М, G и циркулирующих иммунных комплексов, также оценивалось содержание кортизола и С-реактивного белка в сыворотке крови. Для оценки когнитивных функций применялись 4 методики: заучивание 10 слов, заучивание картинок, таблицы Шульте, отсчитывание от 100 по 7. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы MSExel.

Результаты исследования. По результатам исследования у больных алкогольной зависимостью оставался в нормальных пределах уровень IgM и IgG, но наблюдалось повышение IgA. Также было повышение основных маркеров системного воспалительного ответа: уровня циркулирующих иммунных комплексов, С-реактивного белка, кортизола по сравнению с нормальными

значениями. Интерпретируя полученные результаты, а также данные литературы, алкогольная зависимость сопровождается признаками активации системного воспалительного ответа. Хроническое системное воспаление может стимулировать у больных развитие нейровоспаления, таким образом способствуя повреждению ЦНС. В исследовании участвовало 12 больных мужского пола, со второй стадией алкогольной зависимости, без употребления других ПАВ, возраст которых в среднем составил 41 год. В среднем длительность заболевания составляла 7 лет. Наследственная отягощенность по алкоголизму отмечалась у 5 больных. Психической патологии в наследственности выявлено не было. Состояние больных на момент обследования характеризовалось выраженными астеническими нарушениями, расстройствами сна, психической и физической заторможенностью, истощаемостью, сохранением влечения к алкоголю. По данным оценки когнитивных функций на первом этапе у больных отмечались следующие особенности: трудности концентрации внимания, объем внимания был сужен, нарушения зрительно-предметной памяти были от умеренного до выраженного снижения, объем кратковременной слухоречевой памяти был сужен, во всех случаях отмечались нарушения динамики запоминания разной степени выраженности. При повторном психологическом обследовании у всех больных отмечалась положительная динамика состояния когнитивных функций. В 10 случаях произошло незначительное увеличение объема внимания. У 10 больных произошло незначительное улучшение показателей зрительно-предметной памяти. У 11 пациентов – незначительное увеличение продуктивности слухоречевой памяти. В половине случаев нарушения динамики запоминания стали или менее выраженными или редуцировались.

Выводы. Повышение уровня IgA, ЦИК, кортизола, С-реактивного белка свидетельствует о развитии системной воспалительной реакции. Воспалительная реакция может быть связана с развитием нейровоспалительного процесса и согласуется с данными литературы. Представляет интерес дальнейшее изучение связи уровня показателей системной воспалительной реакции с риском развития и прогнозом течения когнитивных нарушений.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА Rvull ГЕНА РЕЦЕПТОРА ЭСТРАДИОЛА АЛЬФА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗВИТИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДДМЖ)

Пирумова А.А., врач-терапевт

Научный руководитель: Казарян С. М., врач акушер-гинеколог высшей
квалификационной категории, к.м.н.

ФГБУ ФКЦ ВМТ Поликлиника № 1 ФМБА России

Введение. Несмотря на развитие биохимических, молекулярно-генетических и иммуногистохимических исследований патогенеза опухолевых процессов в молочной железе, диагностика ДДМЖ остается недостаточно унифицированной.

Цель. Определить роль однонуклеотидного полиморфизма Rvull гена EsRa в развитии ДДМЖ.

Материал и методы. Проводился анализ литературы и 36 историй болезни пациенток с ДДМЖ.

Результаты. У 88,8 % обследованных пациенток выявлена связь между полиморфизмом Rvull и пролиферативными изменениями в молочной железе. Влияние Rvull в развитии диффузной формы доброкачественной дисплазии молочной железы обнаружено в 75 % случаев, узловой формы дисплазии молочной железы в 25 %.

Вывод. Частота аллельных вариантов гена EsRa по полиморфизму Rvull у пациенток с пролиферативными формами ДДМЖ распределяется следующим образом: генотип ТТ – 40,6 %, ТС – 34,4 %, СС – 25 %. Достоверным индикатором повышенной пролиферативной активности со склонностью к атипии является гомозиготное состояние (С/С) по полиморфизму Rvull гена EsRa.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ ЭНДОМЕТРИЯ У ЖЕНЩИН
С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ (НБ)

Пирумова В.А., врач-терапевт

Научный руководитель: Казарян С.М., врач акушер-гинеколог высшей
квалификационной категории, к.м.н.

ГБУЗ МО ЖК № 2, г. Химки

Введение: Невынашивание беременности – проблема не только медицинская, но и социальная, актуальность которой растет на фоне снижения естественного прироста населения.

Цель: Анализ морфологических и иммуногистохимических (ИГХ) особенностей эндометриальной ткани у женщин после опорожнения матки от неразвивающейся беременности (НБ).

Материалы и методы: В исследование включены данные 67 пациенток с НБ.

Результаты: Средний возраст пациенток – 30 ± 3 года. НБ имело место в сроках от 3 до 12 недель беременности. Морфологический анализ показал НБ с признаками экссудативного воспаления в виде выраженного отека стромы, венозной гиперемии, распространенной лейкоцитарной экссудативной реакции с формированием абсцессов, очаги колликвационного некроза с перифокальной лейкоцитарной инфильтрацией, обширными полями коагуляционного некроза. ИГХ исследование выявило, что в эндометрии I–II стадии обратного развития отсутствует экспрессия ER, PR, LIF, есть умеренная экспрессия TGFbb и сохраняется повышенная экспрессия маркеров хронического эндометрита – HLA-DR, CD16, CD 20.

Вывод: Сочетанные коагуляционные расстройства в строме эндометрия с выраженным тромбообразованием, распространенной воспалительно-клеточной лейкоцитарной инфильтрацией, формированием абсцессов с колликвационными некрозами, отсутствие экспрессии ER, PR, LIF

обуславливает гибель плодного мешка с формированием НБ.

АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩИХ МЕТОДИК ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ВЕБ-САЙТОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Полухин Н.В., аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения
им. Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана

Руководитель: Эккерт Н.В., д.м.н., профессор
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва

Введение. В условиях широкой доступности Интернета для различных групп населения пациенты могут осуществлять выбор конкретной медицинской организации (МО), ориентируясь в первую очередь на информацию, представленную на веб-сайтах данной организации. Однако, несмотря на отдельные исследования, посвященные проблеме изучения взаимодействия МО с пациентами посредством современных информационных технологий, в настоящее время не существует единой методики оценки качества веб-сайтов МО, что, в свою очередь, является комплексной проблемой и создает сложности в интерпретации и сравнении результатов различных исследований.

Цель. Изучить существующие методики оценки качества веб-сайтов МО по данным зарубежных и отечественных научных публикаций.

Материалы и методы. Поиск литературы проводился в базах eLibrary, PubMed, и ResearchGate по ключевым словам. Были отобраны отечественные и иностранные рецензируемые научные журналы, материалы международных научных конференций. Публикации были экспортированы в ПО Mendeley для дальнейшего анализа и синтеза.

Результаты и обсуждение. В настоящее время для оценки качества веб-сайта МО используется ряд измерений, включающий в себя как автоматизированные, так и экспертные методы оценки. Исследования,

посвященные оценке качества веб-сайтов медицинских организаций в Российской Федерации, как правило, ограничиваются оценкой соответствия требованиям веб-сайтам МО, изложенным в нормативно-правовых актах Российской Федерации.

Анализ зарубежных научных публикаций, посвященных проблемам оценки качества веб-сайтов МО, позволил выделить ряд критериев оценки, которые позволяют наиболее полно оценить качество веб-сайтов МО и, соответственно, эффективность маркетинговых коммуникаций МО в сети Интернет. Авторы исследований, за редким исключением, используют как минимум два измерения оценки качества веб-сайтов МО, чаще — пять и более.

Практически все авторы отмечают значимость: удобства взаимодействия пациентов с веб-ресурсами МО (удобную и логичную навигацию, возможность и удобство доступа к веб-сайту на разных устройствах и т. д.); достоверности и полноты представленной информации (как информации о МО, так и полезной для пациентов информации о здоровье); внешнего вида веб-сайта (дизайн, интерактивность); удовлетворение целей и потребностей пациентов МО при посещении данного веб-сайта. Однако, каждый авторский коллектив приводит собственную интерпретацию тех или иных измерений, что также влияет на конечный выбор критериев оценки качества веб-сайтов МО, которые зачастую не совпадают с другими исследованиями несмотря на одинаковые термины, использующиеся для описания методик оценки.

Выводы. Проблема оценки качества веб-сайтов МО более широко освещена в зарубежной научной литературе, однако вопрос универсальности методик оценки остается открытым. Это обуславливает актуальность изучения международного опыта, его адаптации в Российской Федерации и, в перспективе, разработки универсальных систем автоматического анализа и оценки качества веб-сайтов МО с учетом особенностей организации систем здравоохранения в России и в зарубежных странах.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ, ОТКРЫТОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ

Полякова А.С.³, Соколов Е.А.^{1,2}, Метелев А.Ю.², Ивкин Е.В.², Томилов А.А.²,
Мулабаев Н.С.², Марченко В.В.¹

Руководитель: Богданов А.Б., к.м.н., доцент ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
России, г. Москва, врач-уролог 14 урологического отделения ГБУЗ г. Москвы
Городская клиническая больница имени С.П. Боткина Департамента
здравоохранения города Москвы.

1. ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного
последипломного образования» Минздрава России, г. Москва
2. ГБУЗ г. Москвы Городская клиническая больница имени С.П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы, 14 урологическое отделение
3. ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

Введение: При выполнении резекции почки с опухолью главной целью является радикально избавить пациента от опухоли, второй по значимости задачей является сохранение функции почки, что нашло свое отражение в принципах трифекты (отрицательных хирургический край, время тепловой ишемии < 25 минут, отсутствие п/о осложнений). Для достижения поставленной задачи совершенствуются и разрабатываются различные варианты резекций почки. Несмотря на доказанные преимущества роботической хирургии, лапароскопические и открытые оперативные вмешательства не теряют своей актуальности. Необходимо подчеркнуть, что некоторые технические аспекты, применяемые на сегодняшний день в роботической и лапароскопической хирургии, были заимствованы из накопленного опыта открытых операций. В данной работе нами проанализированы и представлены результаты различных вариантов резекции почки с опухолью.

Цель исследования: Оценить преимущество и недостатки различных вариантов техники резекции почки, применяемых в открытой,

лапароскопической и робот-ассистированной хирургии.

Материалы и методы исследования: с января 2016 по декабрь 2019 года в клинике урологии РМАНПО было проведено сравнение трех основных вариантов резекции почки по следующим критериям: стадия опухолевого процесса, возраст пациента, оценка опухоли по шкале R.E.N.A.L., продолжительность оперативного вмешательства, объем кровопотери, время пребывания в стационаре после операции. Прооперированно 373 пациента, из них 45 пациентов перенесли робот-ассистированную резекцию почки (РАРП), 79 лапароскопическую (ЛАРП), 249 открытую резекцию почки (ОРП).

Результаты: Распределение по стадиям существенно не различалось у пациентов, перенесших роботическую и открытую резекцию почек распределившись между стадиями T1N0M0 – T2N0M0, тогда как все пациенты в группе ЛАРП имели стадии T1N0M0. Средний возраст пациентов составил 60 лет. Средний рентгенологический размер опухоли при РАРП, ЛАРП, ОРП составил 3,14 см; 2,86 см; 3,97 см соответственно. Распределение баллов по шкале R.E.N.A.L. отразило заметную разницу по сложности выполнения резекции. При робот-ассистированной и открытой резекции средняя сумма баллов составляла – 7, тогда как ЛАРП выполнялась больным с заметно более «резектабельными» опухолями с суммой баллов – 5. По средней продолжительности хирургического вмешательства наименьшее время у лапароскопических операций – 161 мин, следом расположилась ОРП – 171 мин, а затем РАРП, показавшая наибольшую длительность оперативного вмешательства – 287 мин. Наименьшая кровопотеря была при РАРП – 112 мл, тогда как при ОРП составила – 184 мл, а у ЛАРП – 128 мл. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре пациентов, принесших ОРП составила 7 дней, тогда как РАРП и ЛАРП продемонстрировали меньший послеоперационный койко-день, который составил 5 дней. Время тепловой ишемии при РАРП, ЛАРП и ОРП составило 13,5 мин; 7,5 мин; 13,2 мин соответственно.

Вывод: ОРП, РАРП, ЛАРП оказались сопоставимы по результатам,

трифекта достигнута при всех вариантах резекций. Не смотря на почти полное отсутствие тепловой ишемии (98%) ОРП также снижает уровень СКФ. Наиболее сложные опухоли по шкале R.E.N.A.L. в нашем исследовании находились в группе РАРП, далее расположились ОРП и ЛАРП, причем в первых двух группах резекции были заметно «сложнее», чем у ЛАРП. По средней продолжительности операции РАРП превышает ЛАРП и ОРП практически в 2 раза, что отчасти можно объяснить сложностью резекций. Длительность послеоперационного лечения ОРП уступает ЛАРП и РАРП и составляет 7 дней против 5. Медиана интраоперационной кровопотери ОРП превышает ЛАРП и РАРП, ввиду частого использования методики остановки системного кровотока последними. Длительность тепловой ишемии в случае ЛАРП составила 7,5 минут, что значительно меньше РАРП, которая в свою очередь имела выше бал по шкале R.E.N.A.L, тогда как в случае открытой резекции тепловая ишемия почки практически не использовалась.

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК – МАРКЕР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Полякова О.А., аспирант кафедры терапии и полиморбидной патологии

Руководитель: Кириченко А.А., проф., д.м.н., проф. кафедры терапии и
полиморбидной патологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: изучить частоту встречаемости повышенного уровня вч-СРБ у лиц молодого и среднего возраста без предшествующих сердечно-сосудистых событий для выявления групп высокого риска по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Материалы и методы: с ноября 2018 г. по февраль 2019 г. в исследовании приняло участие 600 сотрудников ООО «Газпромтрансгаз Москва», проходящих периодический медицинский осмотр согласно приказу

Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н, из них 116 женщин (19.3 %) и 484 мужчин (80.7 %) в возрасте от 28 до 56 лет (средний возраст $42,5 \pm 7,8$ года). Все участники исследования не имели предшествующих сердечно-сосудистых событий, острых воспалительных заболеваний или обострений хронических (не меньше 1 месяца) на момент включения. Периодический медицинский осмотр включал в себя осмотр специалистов согласно 302н приказу, проведение электрокардиографии (ЭКГ), рентгенографии органов грудной клетки, забор крови на клинический (без лейкоформулы) и биохимический анализ (глюкоза, общий холестерин), забор мочи для общего анализа. Дополнительно была забрана кровь для выполнения анализа на высокочувствительный С-реактивный белок (иммунотурбодиметрический метод с усилением на латексе). В ходе обследования фиксировались показания гемодинамики, индекса массы тела, статус курения. Уровень СРБ считался повышенным, когда его значение превышало 2 мг/л, а степень сердечно-сосудистого риска ранжировалась по шкале сердечно-сосудистого риска, предложенной Американской ассоциацией кардиологов (низкий риск – <1.0 мг/л, средний риск – $1.0\text{--}3.0$ мг/л, высокий риск – >3.0 мг/л).

Результаты: среди здоровых лиц молодого и среднего возраста уровень $\text{vс-СРБ} \geq 2.0$ мг/л был у 197 человек, что составило 34,3 % от общей выборки. Медиана значений СРБ у мужчин 1,29 [0,62; 2,58] ($p < 0,05$), у женщин 1,27 [0,35; 3,05] ($p < 0,05$), статистической разницы по гендерному признаку выявлено не было. Однако была обнаружена достоверная корреляционная связь СРБ с возрастом ($r=0,129$, $p\text{-value}=0,002$), уровнем глюкозы ($r=-0,227$, $p\text{-value}=0,000$), холестерина ($r=0,158$, $p\text{-value}=0,000$), скоростью оседания эритроцитов ($r=-0,090$, $p\text{-value}=0,036$). С индексом массы тела, ЧСС, уровнем артериального давления корреляции значений СРБ выявлено не было. Тем не менее, стоит обратить внимание, что уровень СРБ у лиц с ожирением был значительно выше, чем в группе лиц с нормальной массой тела: нормальная масса тела у 158 человек, СРБ $Me=0,45$ [0,31;0,53], ожирение 1–3 степени у

166 человек, СРБ $Me=3,22$ [2,35;4,12]. Согласно стратификации по сердечно-сосудистому риску 22,9 % пациентов имели высокий риск, 35,7 % – средний риск, а 40,9 % – низкий риск, причем в более 50 % случаев уровни артериального давления были в пределах нормальных значений.

Выводы: Мы обнаружили достаточно высокую встречаемость повышенного уровня вч-СРБ у относительно здоровых лиц молодого и среднего возраста. СРБ в группе мужчин и женщин достоверно не отличается. Более 1/3 участников исследования имеют повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний. Следовательно, использование СРБ, как маркера сердечно-сосудистого риска, целесообразно еще на этапе первичной профилактики.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ И СОЧЕТАННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ДРУГИХ ПАВ С УЧЕТОМ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ БОЛЬНЫХ

Поплевченков К.Н., старший научный сотрудник отделения психотерапии,
психологии и реабилитации

Руководитель: Агibalова Т.В., д.м.н., главный научный сотрудник
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗ», г. Москва

Цель исследования: изучение личностных особенностей пациентов с зависимостью от психостимуляторов и сочетанным употреблением других ПАВ при помощи методики исследования темперамента и характера Р. Клонинджера (Temperament and Character Inventory, TCI-125).

Материал и методы. Объект исследования: 305 пациентов с установленным диагнозом зависимости от психостимуляторов и подписавших информированное согласие.

Методы: клинико-психопатологический, данные катamnестического

наблюдения, статистический. Опросник темперамента и характера ТСИ – 125.

Результаты исследования. Больше всего оказалось больных с зависимостью от психостимуляторов, не употребляющие другие ПАВ (1-я группа, 74 человека – 24,2 %). Количество больных с зависимостью от психостимуляторов и со сформированной зависимостью от каннабиноидов составило 67 человек – 22 %, 2-я группа. В 3-ю группу (44 человека – 14,4 %) вошли больные с зависимостью от психостимуляторов и сформированной зависимостью от опиоидов (метадон, героин). В 4-й группе – 48 пациентов (15,7 %) употребляющие психостимуляторы сочетано с алкоголем. Пятую группу составили 45 пациентов (14,7 %) которые наряду с систематическим употреблением психостимуляторов употребляли несколько ПАВ и у них была сформирована зависимость от нескольких ПАВ сразу. В 6 группу было включено 27 пациентов, которые наряду с зависимостью от психостимуляторов имели сопутствующую коморбидную патологию. При анализе данных, было установлено, что во всех группах по характеристикам темперамента преобладает количество баллов по шкале «поиск новизны». Такие показатели по шкалам соответствуют антисоциальному расстройству личности (диссоциальное расстройство личности F60.2 по МКБ-10). Наибольшее значение по данной шкале наблюдается у больных 3 и 5 группы ($14,45 \pm 2,93$ и $13,82 \pm 3,60$ баллов соответственно). В этих группах диссоциальное расстройство личности в качестве коморбидной патологии было выявлено у 93 % и 75,5 % обследованных пациентов соответственно. В целом, черта «избегание вреда» выражена слабо во всех группах. Это отражается в сниженной критике к заболеванию, к сниженной оценке общего вреда психическому и физическому состоянию вследствие употребления ПАВ. Черта «зависимость от вознаграждения» имела незначительную выраженность среди пациентов всех групп, что говорит в целом об отсутствии стойкой привязанности большинства больных к социальному окружению, их низкой сентиментальности. Это дополнительно подчеркивает их антисоциальность. Во всех группах отмечаются наиболее низкие показатели по шкале

«настойчивость». Это говорит о низкой целеустремленности обследованных пациентов, низкой работоспособности, деятельность, требующая упорства, эмоционального и физического напряжения не под силу данной категории больных. Высокие показатели по шкале «самонаправленность» наблюдались у больных 4 группы ($14,34 \pm 5,25$ баллов). Это помогло большинству больных добиться хороших результатов в профессиональной сфере (в этой группе больше всего работающих пациентов с хорошим уровнем дохода), а также повлияло на выбор режима терапии – большинство прошли курс реабилитации в амбулаторных условиях. Высокие показатели по шкале «сотрудничество» у пациентов 1 и 2 группы выражаются в наибольшем количестве ремиссий от 6 до 12 месяцев (до 81 %) среди больных данных групп. Больные быстрее осознавали необходимость длительной, поэтапной, стационарной реабилитации. Наибольшее количество баллов по шкале «трансцендентность я» среди пациентов 6 группы ($10,00 \pm 3,88$ баллов) указывают на высокий уровень коморбидной патологии среди данных больных.

Заключение. Все вышеперечисленное говорит о том, что своевременная диагностика личностных особенностей у данной категории больных необходима для планирования психотерапевтических и реабилитационных мероприятий, с целью достижения наиболее качественной и продолжительной ремиссии.

ИНИЦИАТИВА КОКРЕЙН РОССИЯ В РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВИКИПЕДИИ
ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВЕННОЙ ИНФОРМАЦИИ
ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВ
НА ОСНОВЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

Потапов А.С., аспирант кафедры биохимии, биотехнологии и фармакологии

Руководитель: Зиганшина Л.Е., д.м.н., проф.

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

Цель исследования: Исследовать потребность статей Википедии по лекарственным средствам после обогащения их материалами из Кокрейновских систематических обзоров в рамках Инициативы Кокрейн Россия в русскоязычной Википедии.

Материалы и методы: Мы применили достижения Кокрейновских систематических обзоров и переводы их резюме на русский язык для лимитированного числа часто употребляемых лекарственных средств, чтобы гарантировать добросовестность и беспристрастность содержания в русскоязычных статьях Википедии, таким образом содействуя добротному использованию лекарств работниками здравоохранения и населением. Мы разработали 9 новых статей общего характера, в том числе 4 статьи по Кокрейн, а также по сети Научно-обоснованных исследований (Evidence-Based Research Network, EVBRES), GRADE и усовершенствовали 58 статей Википедии по лекарствам против мигрени (12), антидиабетическим средствам (10) и нестероидным противовоспалительным средствам (НПВС) (21). Мы применили информационную панель Инициативы Кокрейн Россия в русскоязычной Википедии (Cochrane Russia Wikipedia Initiative) для анализа статистики просмотров страниц, чтобы соизмерить характеристики востребованности статей до и после «Кокренизации» статей в Википедии.

Результаты: в сопоставлении с исходным уровнем (до исправления статей) число просмотров «Кокренизированных» статей Википедии после исправления прибавилось на 15–18 %. Общее число просмотров страниц

(до / после): НПВС 2 521 104 / 2 969 658, лекарства против мигрени 729 777 / 897 554, антидиабетические средства 259 377 / 308 244. Это сопровождалось практически трехкратным увеличением числа прочтений переводов на русский язык резюме Кокрейновских систематических обзоров пользователями из России за первые 9 месяцев 2019 года (согласно статистическим данным, предоставленным координаторами проекта переводов Кокрейн).

Выводы: Улучшение качества статей Википедии о лекарствах включением материалов из Кокрейновских систематических обзоров и ссылками на них и на переводы их резюме на русский язык повысило их востребованность. Мы планируем дополнить включение знаний Кокрейн в статьи Википедии по лекарственным средствам и надеемся, что Инициативы Кокрейн Россия в русскоязычной Википедии улучшат качество русскоязычной Википедии и использование лекарств, что мы будем измерять в будущем.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕЗНИ КРОНА И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Прошакова М.А., ординатор кафедры рентгенологии и радиологии,
Игошин П.А., ординатор кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии
Научный руководитель: Кондратьева О.А., к.м.н., кафедра рентгенологии и
радиологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии им. проф. Н.Е. Штерна

Цель: Определить рентгенологические признаки, позволяющие провести дифференциальную диагностику болезни Крона и язвенного колита.

Болезнь Крона (БК) – хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием

местных и системных осложнений

Язвенный колит, или неспецифический язвенный колит (НЯК) хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки

Эпидемиология НЯК и БК. Неспецифический язвенный колит возникает в возрасте 15–30 лет, чаще у мужчин, второй пик заболеваемости отмечается в возрастной группе старше 60 лет. Считается, что в патогенезе играет роль сочетание генетических факторов и воздействие окружающей среды, хотя заболевания относится к идиопатическим. Курение увеличивает риск возникновения болезни. Болезнь Крона чаще встречается в индустриально развитых странах преимущественно у городского населения. У женщин болезнь Крона развивается несколько чаще. Пик заболеваемости приходится на 15–35 лет.

Для диагностики болезни Крона и неспецифического язвенного колита находят применение следующие рентгенологические методы диагностики:

- 1) обзорная рентгенография органов брюшной полости;
- 2) рентгеноскопия желудка;
- 3) ирригоскопия;
- 5) КТ.

Для болезни Крона характерным является наличие афтоидных язв с четкими границами, прерывистое асимметричное поражение, признак «Булыжная мостовая»

Неспецифический язвенный колит проявляется чаще следующими симптомами; язвами без четко очерченных границ, непрерывным симметричным поражением, укорочением кишки.

И болезнь Крона, и неспецифический язвенный колит могут иметь следующие рентгенологические признаки; псевдодивертикулы, псевдополипоз, стриктуры и свищи.

Вывод: Рентгенологический метод – высокоинформативный метод, позволяющий провести дифференциальную диагностику данных заболеваний.

В диагностически сложных случаях возможно применение КТ.

– Р –

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОПАТИЙ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Рафикова Ю.Э., ординатор кафедры нефрологии и гемодиализа

Руководитель: Михайлова Н.А., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение: По различным данным частота поражения почек при ревматоидном артрите (РА) колеблется от 20 до 75 %. Поражение почек при РА может быть представлено различными формами гломерулонефритов в рамках единого аутоиммунного процесса (Zhang T., 2020), вторичным амилоидозом вследствие хронического воспаления (Papa R., 2018), тубулоинтерстициальным нефритом лекарственного происхождения (на фоне постоянного приема НПВС). В литературе так же описана возможность сочетания РА и системной красной волчанки (СКВ) (Venegoni C., 1987), или варианта СКВ, длительно имитирующего клиническую картину РА. В этих случаях поражение почек может быть связано с развитием волчаночного нефрита. Наконец, не исключается и сочетание РА с вторичной нефропатией иного генеза, например, обусловленного онкопатологией. Все сказанное делает дифференциальный диагноз нефропатий при системных заболеваниях сложной задачей, требующей мультидисциплинарного подхода.

Клинический случай: У пациентки П., 47 лет, страдающей серопозитивным РА в течение 16 лет, постоянно получающей метотрексат и НПВС, периодически – таргетную терапию, не имевшей ранее признаков поражения почек, развился нефротический синдром (массивные отеки, суточная потеря белка 10 г, гипоальбуминемия 18 г/л) без снижения СКФ. Одновременно были выявлены выраженная анемия, гипокомплементемия,

повышенные уровни антител к ДНК и РФ, высокие титры онкомаркеров. При гинекологическом обследовании – подозрение на опухоль матки и яичников. Дифференциальный диагноз проводился между вторичным АА-амилоидозом почек (длительность хронического воспаления более 16 лет), люпус-нефритом (наличие повышенного титра ани-ДНК, гипокомплементемии), вторичной нефропатией при онкологическом процессе (возможный онкопроцесс в органах малого таза). Были проведены гистероскопия и МРТ малого таза, колоноскопия с биопсией слизистой кишки с подслизистым слоем, биопсия почки. Наличие опухолевого поражения органов малого таза было отвергнуто, окраска препаратов слизистой кишки и почки конго красным не выявила присутствия амилоидных фибрилл, иммуногистохимическое исследование исключило наличие иммунно-комплексного волчаночного нефрита. Морфологическая картина биопсийного материала почек соответствовала фокально-сегментарному гломерулосклерозу (ФСГС). Таким образом, у пациентки с РА длительного течения, получавшей патогенетическую терапию метатрексатом и таргетными биологическими препаратами, диагнозы АА-амилоидоза и СКВ были отвергнуты. Для гломерулонефрита в рамках системности РА более характерны пролиферативные формы, а не подоцитопатии, к каким относится ФСГС (Zhang T., 2020). В итоге, поражение почек было расценено как идиопатический ФСГС и начато лечение массивными дозами глюкокортикоидов в сочетании с такролимусом. Через 8 недель терапии достигнута частичная клинико-лабораторная ремиссия НС, суточная потеря белка не превышает 2,5 г, уровень альбумина крови повысился до 31 г/л, отеки регрессировали. Терапия будет продолжена до достижения полной ремиссии заболевания.

Вывод: Мультидисциплинарный подход к диагностике поражения почек у пациентки с РА позволил выстроить эффективную дифференциально-диагностическую стратегию, идентифицировать тип нефропатии и назначить патогенетически обоснованную успешную терапию.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ШКОЛЫ ПО БОРЬБЕ С КУРЕНИЕМ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ

Рублевская А.С., аспирант кафедры терапии

Руководитель: Бичан Н.А., д.м.н., проф. ФГБОУ ДПО НГИУВ
филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк

Известно, что курение во время беременности приводит к росту перинатальной заболеваемости и смертности. Учитывая скудность арсенала фармакологических средств для лечения табачной зависимости, разрешенных к применению во время беременности, профилактическое консультирование и психосоциальная поддержка для отказа от курения особенно важны для этой группы пациенток. Для этого рекомендуется проведение школ по борьбе с курением по схеме 5С.

Цель. Оценить эффективность различных форм школы по борьбе с курением у беременных.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 685 беременных женщин. Было установлено, что 128 (18,6%) из них продолжали курить с наступлением беременности. Со всеми женщинами проведена беседа о вреде курения для организма матери и плода с мотивацией на посещение школы по борьбе с курением. Нами было опробовано 3 методики проведения школы по борьбе с курением по схеме 5С.

Первая методика – групповое проведение школы на базе женской консультации в вечернее время с момента постановки женщин на учет по поводу беременности. Несмотря на то, что 82 женщины дали согласие на участие в данных занятиях, только 12 женщин посетили первые 2–3 занятия, на 4–5 занятие ни одна из женщин не пришла. Основными причинами отказа посещения данных занятий были отсутствие мотивации и неудобный график проведения занятий.

Вторая методика – индивидуальные занятия с женщинами врачом-терапевтом или врачом-гинекологом/акушеркой при посещении беременными

женских консультаций. Эта методика оказалась невыполнима, т. к. женщины отказывались приходить в иные дни, кроме назначенных докторами, мотивируя это занятостью на работе или домашними делами.

Третья методика – проведение занятий во время пребывания женщин в отделениях гинекологии или роддома по поводу угрозы прерывания беременности. На такие занятия было направлено 46 женщин. Занятия проводились специально подготовленным врачом-терапевтом с предварительной беседой о вреде курения для организма женщины и плода. Только 38 (82,6 %) женщин посетили все 5 занятий. Отказалось 5 женщин, имеющих длительный стаж курения (более 10 лет) и имеющих неблагоприятный социальный статус. Оценка эффективности занятий проводилась при последующих посещениях беременными женских консультаций. Было установлено, что прекратили курить только 4 (10,2 %) женщины, которые имели небольшой стаж курения (от нескольких месяцев до 3 лет) и которые с наступлением беременности снизили количество выкуренных сигарет до 1–2 в сутки. Еще 5 (13 %) женщин отметили сокращение потребления сигарет в 2 раза. Большинство (76,3 %) женщин продолжили курить в прежнем объеме.

Выводы.

1. Проведение школ по борьбе с курением среди беременных на амбулаторном этапе следует признать неэффективным вследствие отказа женщин посещать занятия.

2. Более эффективным было проведение школы во время пребывания женщин в медицинских учреждениях. В исходе данной тактики 19 % женщин прекратили или уменьшили потребление сигарет в 2 раза.

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ, СВЯЗАННЫЕ С НАРУШЕНИЕМ ПОЗОТОНИЧЕСКИХ РЕФЛЕКСОВ

Рустамова Р.Н. ординатор кафедры ортодонтии

Руководитель: Тайбогарова С.С., к.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Под вредными привычками в ортодонтии подразумевают разнообразные детские привычки, отрицательно влияющие на развитие и рост челюстных костей, и в целом на формирование полноценной в анатомическом и функциональном отношении челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. Пуллен (1927) предложил выделять 3 группы вредных привычек:

- * привычка сосания;
- * привычка прикусывания;
- * привычка определенного положения тела;

Позотонический рефлекс, постуральный – совокупность рефлексов и реакций, обеспечивающих сохранение определенного положения тела или его части в пространстве.

Нарушение опорно-двигательного аппарата устанавливаются при осмотре ребенка: изменение осанки, искривление костей конечностей, деформация позвоночника и другие.

Формирование осанки или привычной позы начинается вскоре после рождения ребенка и продолжается в течение всего процесса развития. Правильной осанкой считается такое положение тела, когда все изгибы позвоночника (шейный грудной, поясничный) умеренно выражены. Голова и туловище находятся на одной вертикали, плечи слегка отведены назад и несколько опущены, располагаются на одном уровне, грудная клетка развернута, слегка выдвинута вперед, лопатки не выступают, живот подтянут, коленные суставы выпрямлены, мышцы, удерживающие позвоночник в вертикальном положении, умеренно напряжены. Формирование неправильной

осанки связано с функциональными изменениями связочно-мышечного аппарата, что следует отнести прежде всего к порочному двигательному стереотипу.

К зафиксированным позотоническим рефлексам, определяющим неправильное положение частей тела в покое, относятся вырабатывающиеся в раннем детстве вредные привычки, как неправильное положение головы во время сна: с головой, откинутой назад, или, наоборот, низко опущенной головой, подложенной под щеку рукой и т. п.

Результаты. Таким образом, давление постоянно оказывается на одни и те же участки челюстей, что может привести к их деформации и нарушению роста.

Например, привычка спать с откинутой головой назад сопровождается длительным смещением челюсти назад, что способствует формированию прогнатического соотношения зубных рядов. Привычка подкладывать руку под щеку привести к ассиметричному развитию челюстных костей и формированию перекрестного прикуса (латерогенического или латерогнатического).

Выводы. Нормализация вредных привычек и коррекция позотонических рефлексов является важным компонентом комплекса мероприятий, обеспечивающих гармоничное развитие и функционирование зубочелюстной системы ребенка. В зависимости от возраста ребенка и периода формирования его прикуса может быть рекомендована как метод профилактики развития зубочелюстно-лицевых аномалий, так и в качестве фактора обеспечения стабильности результатов ортодонтического лечения. Следовательно, каждый пациент, обследуемый врачом-ортодонтом, должен быть направлен на консультацию соответствующему специалисту (неврологу, ортопеду, остеопату и др.).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ДРУЗ ПРИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

Сафарова Г.А., заочный аспирант кафедры офтальмологии КГМА –
филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

Руководитель: Абдулаева Э.А., к.м.н., доцент, зав. кафедрой КГМА – филиал
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) является хроническим заболеванием, которое поражает макулярную область сетчатки и является ведущей причиной необратимого снижения зрения у лиц старшей возрастной группы во всем мире. Одним из основных клинических проявлений ВМД являются друзы. Друзы подразделяются на твердые, мягкие, кутикулярные, ретикулярные псевдодрузы. Для каждого из данных типов друз характерны определенные варианты прогрессирования заболевания, что важно для прогнозирования и выработке дальнейшей тактики лечения.

Цель исследования: провести сравнительный анализ частоты встречаемости и вариантов прогрессирования различных видов друз.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 154 пациентов (233 глаза) с ранней стадией возрастной макулярной дегенерацией, которые обращались в ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ» имени профессора Е.В. Адамюка. Средний возраст пациентов составил 70 ± 9.5 лет, из них 43 пациента мужского пола и 111 пациентов женского пола.

Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от типа друз. 1 группу составили пациенты с наличием ретикулярных псевдодруз, 2 группу – пациенты с твердыми друзами, 3 группу – с мягкими друзами.

Пациентам было проведены следующие методы обследования: визометрия, тонометрия, биомикроскопия, непрямая офтальмоскопия,

спектральная оптическая когерентная томография, аутофлюоресценция.

Результаты: по данным ретроспективного анализа амбулаторных карт пациентов с ранней стадией возрастной макулярной дегенерации были выявлены 39 глаз с ретикулярными псевдодрузами, что составляет 16,7 % всех глаз с наличием друз, 79 глаз с твердыми друзами (33,9 %) и 115 глаз с мягкими друзами (49,4 %). Частота встречаемости мягких друз была выше, чем твердых и ретикулярных псевдодруз. Анализ наблюдения в течение года выявил следующие варианты прогрессирования: в 1 группе неоваскулярная формы отмечалось у 21,4 % глаз, атрофическая формы – у 7,2 % глаз. Во 2 группе в неоваскулярная форма – у 11,1 % глаз, атрофическая форма – у 2,8 % глаз. В 3 группе прогрессирование в неоваскулярную форму обнаружилось у 8,3 % глаз, в атрофическую форму – 2,1 %.

Выводы:

1. При возрастной макулярной дегенерации наиболее часто встречающийся тип друз – мягкие друзы (49,4 %), на втором месте по частоте встречаемости – твердые друзы (33,9 %), наименее часто встречающийся тип ретикулярные псевдодрузы (16,7 %).

2. Ретикулярные псевдодрузы наиболее часто приводят к прогрессированию в неоваскулярную форму возрастной макулярной дегенерации в сравнении с твердыми и мягкими друзами.

3. В большинстве случаев при прогрессировании ретикулярных псевдодруз отмечалась неоваскулярная форма (21,4 %), атрофическая форма (7,2 %).

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕГОЧНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ВАСКУЛИТАХ, АССОЦИИРОВАННЫХ С АНТИТЕЛАМИ К ЦИТОПЛАЗМЕ НЕЙТРОФИЛОВ

Сафонова Т.Д., аспирант кафедры рентгенологии и радиологии

Руководитель: Шейх Ж.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель работы. Изучить КТ-семиотику поражения легких при аутоиммунных васкулитах, ассоциированных с антителами к цитоплазме нейтрофилов (АНЦА), выявить характерные для них рентгенологические паттерны и определить возможности проведения дифференциального диагноза внутри данной группы заболеваний.

Материал и методы. Было обследовано 26 пациентов: 23 пациента с поражением легких при гранулематозе с полиангиитом (ГПА) и 3 пациента с микроскопическим полиангиитом (МПА), лечившихся стационарно в ГКБ им. С.П. Боткина, г. Москва, из них 13 (50 %) мужчин и 13 (50 %) женщин в возрасте от 18 до 78 лет, средний возраст 38 лет. Диагноз был верифицирован по клинико-лабораторным критериям с обязательным выполнением теста на определение активности сывороточного уровня АНЦА-антител. Первичных случаев заболевания ГПА – 14 (60,8 %), рецидивов – 9 (39,1 %). Все три случая МПА поступили первично. Всего выполнено 37 КТ органов грудной клетки на компьютерном томографе GE HiSpeed Dual, GE Lightspeed 16, Philips Ingenuity. У 5 пациентов КТ проводилась в динамике для оценки эффективности лечения и своевременного выявления инфекционных осложнений.

Результаты. Среди АНЦА-ассоциированных васкулитов наиболее часто встречающимся заболеванием является ГПА (выявлен у 88 % пациентов с положительными АНЦА). Среди отдельных КТ-признаков поражения легких при ГПА наиболее часто выявляемыми стали участки уплотнения легочной паренхимы по типу матового стекла – обнаружены у 15 пациентов (65,21 %), патологические изменения проявлялись в виде отдельных участков

неправильной формы, либо диффузно занимали значительный объем легочной ткани. Очаги и инфильтраты округлой формы диаметром от 2 до 80 мм визуализировались у 12 пациентов (52,17 %), располагались преимущественно в субплевральных отделах, билатерально. У 7 (30,43 %) пациентов визуализировались участки консолидации легочной ткани клиновидной формы, также преимущественно в периферических отделах. Расширение просветов бронхов с утолщением и уплотнением их стенок обнаружено у 6 (26,09 %) пациентов. У 5 пациентов (21,74 %) определялся плевральный выпот объемом от 50 мл до 2,0 л. У 3 пациентов (13,04 %) в очагах более 20 мм выявлены полости деструкции размерами 10-15 мм, во всех случаях такая трансформация была замечена у пациентов, которые обратились на КТ-исследование повторно для получения томографической картины в динамике. Как правило, поражение легких носило полиморфный характер за счет сочетания двух и более симптомов (у 16 больных – 69,57 %). У всех пациентов с МПА (3 пациента – 100 %) были выявлены ретикулярные изменения различной степени выраженности в сочетании с уплотнением легочной ткани по типу матового стекла. При ГПА ретикулярные изменения не наблюдались ни у одного пациента.

Выводы. Разработанный комплекс КТ-симптомов позволяет диагностировать поражение легких при ГПА и проводить дифференциальную диагностику с МПА, а также заболеваниями легких другой этиологии. КТ-исследования в динамике дают возможность определить лечебную тактику и оценить эффективность проведенного лечения.

РИСК РАЗВИТИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ
В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ
ПРИ ОТКАЗЕ ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА К

Сафонова В.В., ординатор кафедры неонатологии

Руководитель: Дементьев А.А., к.м.н., доцент кафедры неонатологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. В основе геморрагической болезни новорожденного (ГрБН) лежит транзиторный дефицит витамина К, в результате которого нарушается процесс активации II, VII, IX, и X факторов свертывания крови. Развивающаяся при этом витамин К дефицитная коагулопатия сопровождается геморрагическим синдромом, представляющим опасность для жизни новорожденных детей. При этом было доказано, что превентивное введение витамина К новорожденным детям позволило снизить частоту ГрБН более чем в 100 раз. Учитывая это, введение витамина К в первые сутки жизни ребенка было рекомендовано ВОЗ в качестве обязательной специфической профилактики ГрБН. Однако в последние годы отмечена тенденция к отказу родителей от введения витамина К новорожденным детям.

Цель исследования. Оценить риск развития ГрБН у здоровых новорожденных в ранний неонатальный период при отказе от профилактического введения витамина К.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в перинатальном центре ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ. Проведен ретроспективный анализ 8042 историй развития новорожденных, родившихся в 2019 году и находившихся в детском физиологическом отделении родильного дома на совместном пребывании с матерями (7529 – доношенные и 513 – поздние недоношенные с массой тела при рождении более 2000 грамм и с гестационным возрастом 36–37 недель). Все дети были здоровыми при рождении, с оценкой по Апгар на 5-й минуте жизни – 8–9 баллов. Всем новорожденным было рекомендовано профилактическое введение витамина К

(менадиона натрия бисульфит).

Результаты исследования. Установлено, что профилактическое введение витамина К было осуществлено практически всем новорожденным (99,8 %). В то же время 12 детей (из них – 8 доношенных новорожденных и 4 поздних недоношенных) не получили витамин К в декретируемые сроки в связи с отказом родителей. Отмечено, что у всех новорожденных, которым превентивно не был введен витамин К, на 3–5 сутки жизни развился геморрагический синдром в виде мелены и рвоты «кофейной гущей», что потребовало проведения интенсивной терапии. Учитывая сроки манифестации геморрагического синдрома и данные лабораторных исследований, была верифицирована ГрБН (код P53 по МКБ-10). Особо следует подчеркнуть, что в исследуемой когорте новорожденных детей риск реализации ГрБН при отсутствии превентивного введения витамина К не зависел от гестационного возраста к моменту рождения. При этом установлено, что основной причиной развития ГрБН являлся отказ родителей от профилактического применения витамина К.

Выводы.

1. Профилактическое применение витамина К у здоровых новорожденных (доношенных и поздних недоношенных), позволяет во всех случаях предотвратить развитие классической формы ГрБН.

2. Отказ от введения витамина К в декретируемые сроки существенно повышает риск возникновения классической формы ГрБН у здоровых новорожденных детей (доношенных и поздних недоношенных).

3. Необходимо обратить особое внимание на сан-просвет работу с родителями с целью исключения необоснованных отказов от профилактического применения витамина К.

ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

Сафонова Н.Е., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Лапароскопическая цистэктомия является первой линией хирургического лечения доброкачественных новообразований яичников у пациенток репродуктивного возраста, так как она имеет преимущества органосохраняющего лечения и малоинвазивной хирургии (небольшие разрезы, быстрое восстановление и меньшая боль). Несмотря на все преимущества, остаются дискуссионными вопросы по поводу влияния цистэктомии и используемых при этом методов коагуляции на овариальный резерв, а следовательно возможность реализации репродуктивной функции женщин.

Цель работы: Изучить влияние метода лапароскопической цистэктомии на овариальный резерв у пациенток в возрасте от 18 до 45 лет.

Материалы и методы: Были проанализированы образцы сыворотки крови 52 пациенток с доброкачественными опухолями до и после операции через 3 и 6 месяцев с целью исследования уровня АМГ. Критериями включения были возраст пациенток от 18 до 45 лет, прооперированных с помощью лапароскопического доступа с применением биполярной коагуляции, не имеющих предшествующего хирургического вмешательства на яичниках, имеющих регулярный менструальный цикл, нормальные значения ФСГ и ЛГ и отсутствие злокачественных новообразований по данным гистологического исследования операционного материала. Пациентки, имеющие в анамнезе верифицированный ранее эндометриоз, эхографические признаки, подозрительные на злокачественность или предшествующие хирургические операции на яичниках были исключены из исследования. АМГ определяли количественно с помощью стандартного ферментного теста иммуносорбентного анализа (ELISA; Beckman Coulter AMH Gen II, Brea, CA,

USA; нормальный диапазон значений составил 1–8 нг/мл). Показатель АМГ <1 нг/мл рассматривался, как сниженный, а показатель <0,4 нг/мл, как резко сниженный. Был вычислен минимальный общий размер выборки, который составил не менее 45 пациентов (86 %) со статистической значимостью 95 % и $\alpha=0,05$. Статистическая значимость между группами оценивалась по формуле: Т-критерий Стьюдента. Для статистического анализа был использован IBM SPSS 23 (IBM, Armonk, Нью-Йорк, США) и $p<0,05$ считался статистически достоверным.

Результаты: Средний возраст женщин составил 32 года (диапазон = 18–45). Односторонние образования были выявлены в 80,8 % ($n=42$) и двусторонние в 19,2 % случаев ($n=10$). По данным гистологического исследования у 7 пациенток диагностированы дермоидные кисты, у 23 пациенток (44 %) – фолликулярные кисты, у 8 пациенток (15 %) – эндометриоидные кисты и у 14 пациенток (27%) - простые серозные цистаденомы. Показатель АМГ до операции составил в среднем $3,94\pm 3,18$ (0,06–14,65) нг/мл. Статистически значимое снижение АМГ составило $3,14\pm 2,57$ (0,00–9,89) нг/мл ($P=0,001$) у всех гистологических подтипов образований яичников. При одностороннем вмешательстве на яичнике, снижение показателя АМГ в среднем составило 0,54 нг/мл, и при двустороннем вмешательстве оно составило 1,91 нг/мл. При образованиях, диаметром 5 см и более, отмечалось статистически значимое снижение АМГ после операции от $3,87\pm 3,02$ нг/мл до $2,75\pm 1,98$ нг/мл ($P=0,002$). В сравнении с новообразованиями, диаметром менее 5 см, отмечено снижение АМГ от $4,02\pm 3,41$ до $3,60\pm 3,10$ нг/мл ($P=0,193$). При фолликулярных кистах ($4,72\pm 3,84$ – $3,76\pm 2,91$ нг/мл; $P=0,039$) и эндометриоидных кистах ($2,55\pm 1,87$ – $1,72\pm 1,39$ нг/мл; $P=0,024$) выявлено значительное снижение уровня АМГ. В то время как, при дермоидных кистах ($3,75\pm 3,18$ – $3,18\pm 3,06$ нг/мл; $P=0,282$) и цистаденомах (от $3,56\pm 2,36$ до $2,91\pm 2,03$ нг/мл; $P=0,143$) не выявлено достоверного снижения уровня АМГ. У 48 пациенток (92%) после операции через 1 год наступила самопроизвольная беременность. У 4 пациенток (8 %), прооперированных по

поводу эндометриоидных кист, беременность не наступила, в связи с чем они были направлены к репродуктологу.

Выводы: После проведения лапароскопической цистэктомии с использованием метода биполярной коагуляции выявлено достоверное снижение значений АМГ, а также уменьшение показателей самопроизвольного наступления беременности при наличии эндометриоидных кист, больших размерах и двусторонней локализации новообразований яичников.

Через 6 месяцев после операции отмечено восстановление уровня АМГ до показателей, соответствующих референсным значениям для репродуктивного возраста.

ПЕРВЫЙ УСПЕШНЫЙ МЕТОД РЕКАНАЛИЗАЦИИ ТРАХЕИ МЕТОДОМ РЕЗЕКЦИИ ОПУХОЛЕВОГО УЗЛА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ YAG-LASER В ГКБ ИМ. БОТКИНА

Степанова В.В., ординатор кафедры эндоскопии

Руководитель: Коржева И.Ю., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение: Рак трахеи встречается достаточно редко и составляет менее 0,2 % от общего числа онкологических заболеваний. Заболеваемость первичным раком трахеи встречается 2,6 случая на 1 миллион человек в год. Опухоли трахеи, особенно на ранней стадии, из-за сходных клинических проявлений (затрудненное дыхание, периодические эпизоды одышки и кашля), часто маскируют себя под бронхиальную астму, что требует проведения качественной дифференциальной диагностики. Тем не менее, пациенты со злокачественными новообразованиями трахеи демонстрируют неблагоприятный прогноз: 5–10-летняя выживаемость составляет 5–15 % и 6–7 % соответственно для всех типов рака трахеи. Эндоскопическая реканализация трахеи может быть выполнена как при нерезектабельной

опухоли, так и в плане предоперационной подготовки с целью нормализации дыхания и улучшения функциональных показателей пациента. Данный метод является ведущим вариантом симптоматической терапии при стенозирующем раке трахеи.

Цель исследования: на примере клинического случая продемонстрировать возможности реканализации опухолевого стеноза трахеи с использованием YAG-неодимового лазера.

Клинический случай: Больная К., 75 лет, находилась в ГKB им.С.П.Боткина с жалобами на затруднение дыхания, одышку в покое, слабость, кровохарканье. Из анамнеза известно, что ухудшение дыхания пациентка отмечает в течение последних 6 месяцев. Наблюдалась у эндокринолога по поводу диффузного зоба и аутоиммунного тиреоидита, получала L-тироксин 100 мг/д. Лабораторные показатели в норме. При отоларингологическом осмотре: без видимой патологии. Рентгеноконтрастное исследование: подозрение на мягко-тканное образование в шейно-грудном отделе трахеи со стенозом просвета на 2/3 на уровне C7-Th1. УЗИ органов шеи и грудной клетки: Диффузный узловой зоб. КТ: Объемное образование (опухоль) шейно-грудного отдела трахеи (на 8,0 см выше бифуркации), стенозирующее просвет на 90 %. ВидеоТБС: на задней стенке шейно-грудного отдела трахеи определяется стенозирующая опухоль протяженностью 5 см в стадии суб/декомпенсации просвета.

С целью восстановления просвета трахеи и расширенной биопсии больной выполнена операция – эндоскопическая реканализация трахеи с использованием YAG-неодимового хирургического лазера, продолжительность которой составила 2 часа 10 минут. Опухоль резецирована до основания, просвет трахеи широкий, фрагменты иссеченной опухоли отправлены на ПГИ. Морфологическое заключение: аденокистозный рак трахеи.

Через 10 дней после проведенной операции пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии к онкологу по месту жительства.

Выводы: Эндоскопическая реканализация трахеи при больших размерах

опухоли (методами электродеструкции, РЧА, лазерной вапоризации) является как операцией выбора при нерезектабельных опухолях и отсутствии возможностей выполнить трахеостомию, так и первым этапом в плане предоперационной подготовки с целью нормализации дыхания и улучшения соматического состояния пациента.

ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА ФОНЕ НЕСКОЛЬКИХ ВАРИАНТОВ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ

Стрежнева Д.А., ассистент кафедры терапии

Дамбаева Б.Б., аспирант кафедры терапии

Руководитель: Онучина Е.В., д.м.н., проф. кафедры терапии

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

Цель. Изучить поражение проксимальных отделов ЖКТ на фоне различных вариантов антитромбоцитарной терапии (АТТ).

Материалы и методы. В исследование включены 65 последовательных амбулаторных пациентов с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска, получающих различные варианты АТТ: Ацетилсалициловая кислота (АСК) – 24 пациента, АСК в сочетании с клопидогрелом (АСК+К) – 21 пациент, АСК в сочетании с тикагрелором (АСК+Т) – 20 пациентов. Группы были сопоставимы по полу и возрасту ($p>0,05$). У всех пациентов не было ранее установленных заболеваний проксимальных отделов ЖКТ, приема антисекреторных препаратов и цитопротекторов. Длительность приема АТТ в стандартных дозах (АСК 75 мг, клопидогрел 75 мг, тикагрелор 180 мг в сутки) составила не менее 4 недель. Были проанализированы данные фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) и гистологического исследования. Степень повреждения слизистой оболочки пищевода оценивали по модифицированной версии

Лос-Анджелесской классификации (1999 г.). Степень повреждения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) определяли с помощью модифицированной шкалы Lanza score (1984 г.). Анализ данных гистологического исследования слизистой оболочки пищевода провели с использованием критериев F. Ismail-Beigi с соавт. (1970 г.); D.J. Bowrey с соавт. (2003 г.) и А.В. Кононова (2004 г.). Слизистую оболочку желудка оценивали по M.F. Dixon (1994 г.) на наличие степени полиморфно-клеточной инфильтрации, атрофии, кишечной метаплазии. Диагностику инфекции *H. pylori* осуществляли: гистологическим методом и быстрым уреазным тестом. Группы были сопоставимы по частоте инфекции *H. pylori*. В слизистой оболочке ДПК по M.F. Dixon (1994 г.) определяли выраженность полиморфно-клеточной инфильтрации. Статистическую обработку материала проводили с использованием методов описательной статистики, статистическую значимость различий средних в трех группах оценивали по Краскелу-Уоллису. Пороговый уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным $p \leq 0,05$.

Результаты. По данным ФЭГДС, достоверно чаще выявляли поражения пищевода различной степени тяжести в группе приема АСК+К (10 пациентов; 47,6 %), в сравнение с группами монотерапии АСК (6 пациентов; 25 %) и группы АСК+Т (2 пациента; 10 %, $p=0,0099$). Сходные результаты были получены по данным анализа биопсийного материала. В группе пациентов, принимающих АСК+К, гиперплазия базального слоя была выявлена у 42,9 % пациентов, элонгация сосочков – у 33,3 %, выраженная полиморфно-клеточная инфильтрация – у 38,1 %. В группах АСК и АСК+Т показатели составили 33,3 %, 12,5 %, 33,3 % и 5 %, 5 %, 10 %, $p=0,0056$, 0,0204, 0,0220, соответственно. Достоверных данных по частоте встречаемости повреждений слизистой оболочки желудка и ДПК не выявлено.

Выводы. В исследуемой группе пациентов совместный прием АСК и клопидогрела был ассоциирован с более частым поражением слизистой оболочки пищевода, чем монотерапия АСК и комбинация АСК и тикагрелора.

На фоне различных вариантов АТТ не выявлено эндоскопических и морфологических различий в изменениях слизистой оболочки желудка и ДПК.

ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОМИКРОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Сычев С.И., клинический ординатор ФГБУ «НМИЦК им. Рыжих А.Н.»

Руководитель: Чернышов С.В. д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела
онкопроктологии

ФГБУ «НМИЦК им. Рыжих А.Н.» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: Нейроэндокринные опухоли (НЭО) прямой кишки редкие злокачественные новообразования и составляют менее 1% от всех новообразований толстой кишки. Карциноидный синдром не характерен для локализации в прямой кишке и встречается менее чем в 20 % случаев, при наличии метастазов в печени. В связи с активным внедрением программ для скрининга колоректального рака происходит увеличение выявляемости НЭО толстой кишки на 8,8 % ежегодно. Основным методом лечения небольших НЭО, до 20 мм, ограниченных инвазией в подслизистый слой является локальное иссечение. Немаловажным фактором радикальности локального иссечения служит отсутствие признаков поражения регионарных лимфатических узлов. В связи с чем, актуальным представляется вопрос изучения онкологической эффективности локального иссечения НЭО при помощи трансанальной эндомикροхирургии (ТЭМ).

Пациенты и методы: С декабря 2011 г. по июль 2018 г. в условиях ФГБУ «НМИЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России было прооперировано 14 пациентов, из них мужчин – 4 (28,6 %), женщин – 10 (71,4 %). Средний возраст пациентов составил $53,2 \pm 14,14$ (24–74) года. Во всех 100 % случаев было выполнено ТЭМ-удаление опухоли по стандартной методике. Среднее расстояние опухоли от наружного края анального канала ($M \pm SD$) составило

7,9±2,27 (5–12) см. Средний размер опухоли ($M\pm SD$) составил 7,9±3,87 (3–5) мм в Д. Послеоперационных осложнений не было. Средний послеоперационный койко-день ($M\pm SD$) составил 7,42±1,22 (5–9) дней.

Отдаленные результаты лечения прослежены у всех 14 пациентов.

Результаты: По результатам патоморфологического исследования опухолевого препарата pT1a стадия установлена у 10 (71,4 %) пациентов, pT1b стадия у 3 (21,4 %), pT2 стадия у 1 (7,2 %); по степени злокачественности G1 определялась у 11 (78,6 %) пациентов, G2 – у 3 (21,4 %) пациентов. Все операции выполнены в объеме R0. Медиана наблюдения больных составила 25,5 (9–86) месяцев. Прогрессирование заболевания отмечено у 3 из 14 (21,4 %) пациентов. Размер НЭО более 10 мм оказался единственным статистически-значимым фактором, влияющим на безрецидивную выживаемость ($p=0,032$).

Заключение: ТЭМ является безопасным методом локального удаления небольших НЭО прямой кишки. Вместе с тем, онкологическая эффективность метода зависит от факторов неблагоприятного прогноза, которые влияют на безрецидивную выживаемость пациентов.

– Т –

АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ *CYP3A*, *CYP2D6*, *ABCB1*, *DRD2* С БЕЗОПАСНОСТЬЮ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ОСТРОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА У ПОДРОСТКОВ

Тазагулова М.Х.¹, Акмалова К.А.², Созаева Ж.А.²

1. Кафедра детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России;
2. НИИ молекулярной и персонализированной медицины ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

Руководители: Д.В. Иващенко, к.м.н., доцент кафедры детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России;

Ю.С. Шевченко, д.м.н., проф., заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Цель исследования: Проанализировать ассоциации полиморфных вариантов генов *CYP3A*, *CYP2D6*, *ABCB1*, *DRD2* с параметрами безопасности фармакотерапии острого психотического эпизода у подростков.

Материалы и методы: В исследование было включено 36 подростков, средний возраст 14.83 ± 1.84 лет. Наблюдение проводилось в течение 28 дней. Включение производилось в срок от 1 до 3 дней после госпитализации пациента в стационар. Все пациенты получали антипсихотик в качестве основной терапии. Неблагоприятные побочные реакции (НПР) оценивались с помощью шкалы UKU Side-Effect Rating Scale. От каждого пациента был взят соскоб буккального эпителия в день включения в исследование с целью генотипирования. Определение полиморфных вариантов генов *CYP3A4**22 (rs35599367); *CYP3A5**3; *CYP2D6**4, *10; *ABCB1* 1236C/T (rs1128503), 2677G/T/A (rs2032582), 3435T/C (rs1045642); *DRD2* (rs1800497) осуществлялось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени.

Результаты и обсуждение: Носительство полиморфного варианта *DRD2* rs1800497 ассоциировалось с увеличением балла подшкалы UKU SERS «Неврологические нарушения» (Mediana=0 [0;6] vs Mediana=1 [0;9], $p=0,029$) на 14 день лечения. Однако носители данного полиморфного варианта характеризовались более высокими дозами антипсихотиков на 7–9 сутки терапии. У носителей генотипов СТ и ТТ полиморфного варианта *ABCB1* C3435T был выявлен более высокий общий балл шкалы UKU SERS на 14 день лечения по сравнению с носителями генотипа СС (Mediana=8 [0;23] vs Mediana=2 [0; 9], $p=0,034$), а также подшкалы «Нарушения вегетативной нервной системы» (Mediana=2 [0;8] vs Mediana=0 [0;2], $p=0,01$). У носителей генотипа СС полиморфного варианта *ABCB1* C3435T наблюдался более высокий балл подшкалы UKU SERS «Прочие НПР» на 14 день лечения (Mediana=0 [0;2] vs Mediana=0 [0;0], $p=0,042$) по сравнению с генотипами СТ и

ТТ. Были отмечены также ассоциации с отдельными побочными реакциями. Полиморфный вариант *ABCB1 2677G>T/A* был связан с увеличением продолжительности сна (50 % vs 5.6 % vs 0 %, $p=0,004$), полиурией / полидипсией (33.3 % vs 0 % vs 0 %, $p=0,005$); *ABCB1 3435C>T* был связан со снижением слюноотделения (55.6 % vs 10 % vs 14.3 %, $p=0,021$). Полиморфный вариант *CYP2D6*10* был связан с большей частотой сухости во рту (50 % vs 14.3 %, $p=0,032$) и ортостатического головокружения (37.5 % vs 7.1 %, $p=0,029$). Носительство полиморфного варианта *CYP2D6*4* также ассоциировалось с учащением сухости во рту (60.0 % vs 16.1 %, $p=0,029$).

МАГНИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Тарилова Е.А., ординатор кафедры физической терапии, спортивной медицины
и медицинской реабилитации.

Руководитель: Герасименко М.Ю., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва.

Введение. На сегодняшний день перинатальные поражения центральной нервной системы (ППЦНС) занимают лидирующие позиции (до 60 %) в системе детской инвалидности. Большой процент вероятности возникновения ППЦНС приходится на группу недоношенных детей, рожденных с экстремально-низкой массой тела (ЭНМТ) (менее 1000 г), гестационный возраст 24–32 недели. Частота развития детского церебрального паралича (ДЦП) у таких детей составляет 25–30 %. Следовательно, становится актуальным вопрос о ранней реабилитации на первом году жизни с целью снижения риска ДЦП. Приводим собственное наблюдение эффективности применения транскраниальной магнитотерапии в комплексе с войта-терапией и ЛФК у ребенка, имеющего диагноз ДЦП, рожденного на 28 неделе с ЭНМТ.

Клинический случай. Ребенок А., 1 год и 7 месяцев, мальчик.

Клинический диагноз: детский церебральный паралич, спастическая диплегия, GMFCS III. Сопутствующий диагноз: умеренная наружная и внутренняя гидроцефалия в стадии компенсации. Рожден вторым (из двойни), с весом 900 г, рост 32 см. Поступил в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных в тяжелом состоянии, трое суток находился на ИВЛ. Выписан в 37 недель постконцептуального возраста с весом 2150 г. В результате проведенных исследований было обнаружено внутрижелудочковое кровоизлияние 1 ст. Двигательное развитие в раннем возрасте с задержкой: голову держит с 7 мес., поворот на живот с 9 мес., ходит с помощью ходунков с 17 месяцев. Наблюдается неврологом, регулярно проходит реабилитационную терапию. Осмотр невролога: двигательная сфера – объем движений ограничен в ногах. Мышечный тонус повышен по пирамидному типу в ногах и левой руке. При вертикализации опора «носочки», перекрест бедер, приведены колени, аддукторный спазм. Самостоятельно не сидит, не стоит, не ходит. Стоит и ходит вдоль опоры. Спастичность по модифицированной шкале Ашфорта 3 балла в группе приводящих мышц и сгибателей бедер, в икроножных мышцах – 2 балла. Сила мышц в ногах – 3 балла, в руках – 5 баллов. Сухожильные и периостальные рефлексy высокие, выше с ног. Тугоподвижность голеностопного сустава, более справа. Игрушки берет. Речь–лепет. На основании данных неврологического статуса была назначена транскраниальная магнитотерапия бегущим импульсным магнитным полем (БИМП) с помощью приставки «Оголовье» аппарата «АМО-АТОС», ЛФК, войта-терапия. БИМП с магнитной индукцией 45 мТл и частотой 10 Гц в течение 5-ти мин. на 1 процедуре, со 2-ой по 6-ю процедуру время воздействия увеличивалось на 1 минуту. На 6–10-ой процедуре время воздействия – 10 мин. Через час после магнитотерапии пациенту проводили занятие войта-терапии и ЛФК. На фоне данного лечения было отмечено улучшение сна, увеличение вокализации, уменьшение спастичности; оценка тонуса осуществлялась по шкале Ашфорта, по количеству улучшенных и новых двигательных навыков по результатам анкетирования родителей. Отмечено снижение мышечного тонуса на 1 балл к

10 дню от начала лечения. Улучшились имеющиеся навыки опоры, лучше контролирует движение, стал передвигаться вдоль стены, опираться на одну руку с поворотом корпуса, спиной к стене.

Вывод. Раннее начало комплексной и интенсивной реабилитации позволяет повысить эффективность восстановления двигательных функций за счет более активных нейропластических изменений, особенно это актуально до завершения онтогенетических процессов развития нервной системы и до формирования патологических двигательных стереотипов.

ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ПО ГЕНУ ГЛЮКОКОРТИКОИДНОГО РЕЦЕПТОРА И ЦИТОХРОМА P450 У БОЛЬНЫХ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ

Торопова О.С., аспирант кафедры офтальмологии

Руководители: Бровкина А.Ф., академик РАН, д.м.н., профессор кафедры
офтальмологии;

Сычев Д.А., д.м.н., профессор, профессор РАН, член-корр. РАН, заведующий
кафедрой клинической фармакологии и терапии, ректор ФГБОУ ДПО

РМАНПО Минздрава России

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель. Изучить особенности фармакогенетического тестирования по полиморфизму гена глюкокортикоидного рецептора NR3C1 и системы цитохрома P450 у больных эндокринной офтальмопатией.

Материалы и методы. Обследовано 75 больных (150 орбит) эндокринной офтальмопатией, из которых у 38 (76 орбит) диагностирован миогенный вариант, у 12 (24 орбиты) – липогенный вариант, у 8 (16 орбит) – смешанный вариант отека экзофтальма, у 6 (12 орбит) – активная эндокринная миопатия, стадия фибротизации мягких тканей орбиты у 11 (22 орбиты) больных. Женщин – 58 (77,3 %) и 17 (22,7 %) мужчин. Средний

возраст больных – 52 года. Все больные, получающие глюкокортикоидную терапию, были разделены на две группы в зависимости от ответа на лечение. Неэффективная глюкокортикоидная терапия – у 28 больных (37,3 %). Методы обследования включали сбор и тщательный анализ жалоб, анамнез заболевания, наружный осмотр глаза с определением положения глаза в орбите и степени его выстояния по экзофтальмометрии Гертеля, биомикроскопия переднего отдела глаза и биомикроофтальмоскопия. Генетический анализ полиморфизма исследуемых генов проводили при помощи полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Результаты. По результатам генотипирования генотип GG полиморфного варианта rs6190 гена NR3C1 выявлен у 47 (62,7 %) больных с положительным ответом на лечение и у 27 (36,0 %) – со стероидорезистентной формой эндокринной офтальмопатии ($p>0.05$). В группе по CYP3A5, получивших ответ от глюкокортикоидной терапии, 40 (53,3 %) больных – носители генотипа GG и 7 (9,3 %) – гетерозигот AG, а в группе больных с неэффективным лечением у 26 (34,7 %) выявлен генотип GG и 2 (2,7 %) – гетерозиготных носителя ($p>0.05$). Генотип CC полиморфизма CYP3A4*22 выявлен у 46 больных (61,3 %) с положительным эффектом и у 28 (37,3 %) с отрицательным результатом от проводимого лечения ($p>0.05$).

Заключение. Полученные результаты фармакогенетического тестирования по гену NR3C1 и цитохрома P450 не позволяют с достоверностью подтвердить влияние полиморфизма исследуемых генов на эффективность глюкокортикоидной терапии у больных эндокринной офтальмопатией.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Трифорова Г.В., ординатор кафедры организации здравоохранения
и общественного здоровья

Руководители: Просяник Л.Д., к.м.н., доц.,
Ильина Е.С., преподаватель кафедры клинической фармакологии
и терапии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Падения пациентов представляют собой серьезную проблему в сфере здравоохранения по всему миру. Падения с тяжелыми исходами составляют около 5 % всех непредвиденных ситуаций в лечебных учреждениях. По данным ВОЗ, одним из основных факторов риска падений является возраст пациента. Самый высокий риск смерти или серьезных травм в результате падения угрожает пациентам старших возрастных групп, причем такой риск с возрастом увеличивается.

Цель исследования – анализ факторов риска падений у людей старше 65 лет, находящихся на стационарном лечении многопрофильного стационара.

Материалы и методы. В проведенном исследовании было проанализировано 1130 историй болезни пациентов старше 65 лет, находящихся на лечении в кардиологических отделениях многопрофильного стационара за период с 2011 по 2016 гг., на предмет обнаружения факта падения. Информацию о падении получали из дневников, записи дежурного врача и консультантов, журнала экстренных вызовов специалистов, сделанных по экстренным показаниям рентгенологических исследований, введения дополнительно назначенных ЛС. 1-я группа – 160 случаев падения, из которых 87 привели к развитию травмы; 2-я группа (n=806) была сформирована путем исключения данных пациентов, отмечавших случаи падения и/или госпитализированных в стационар вследствие падения. Пациенты обеих групп имели сходные показатели по заболеваемости сердечно-сосудистыми

заболеваниями.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что статистически значимыми факторами риска падений являлись: пол, возраст, место падений, изменение скорости походки, равновесия или использование механических приспособлений для ходьбы. Дополнительными факторами риска падений были нарушение зрения и сна, наличие головокружений. Результаты исследования показали, что частота встречаемости некоторых заболеваний, ассоциированных с повышенным риском падения (глаукома, анемия, катаракта, атеросклероз сосудов нижних конечностей) существенно выше в 1-й группе. Падения в стационаре в большинстве случаев происходили в дневное время. Местом падения становились палата, коридор, процедурный кабинет. Основная часть падений в ночное время наблюдалась в гигиенических комнатах (туалет, ванна) или по дороге к ним. Падения в стационаре в 87 случаях осложнились развитием травмы, большинство из которых не привели к серьезному ухудшению состояния здоровья и представляли собой ушибы, гематомы и ссадины мягких тканей головы, туловища и конечностей ($n=48$), в 2 случаях отмечалось развитие носового кровотечения, у 1 пациента выявлено кровоизлияние в глаз, у 2 – развитие посттравматической пневмонии. Самым серьезным последствием падений ($n=34$) явилось развитие ушибленных и скальпированных ран у 7 пациентов, вывихов – у 4, перелома костей – у 19, закрытой черепно-мозговой травмы – у 1 пациентки, кроме того. В 2 случаях падения завершились летальным исходом. Выявлена тенденция преобладания женщин в группе пациентов с падением и развитием травмы. Оценка влияния полиморбидности и полипрагмазии на риск падений показала, что прием 5 препаратов и более достоверно повышал риск падения людей пожилого возраста.

Выводы. Учитывая высокую распространенность падений в пожилом и старческом возрасте, необходимо сформировать комплекс эффективных стратегий по снижению риска падений пациентов и созданию безопасной среды в медицинских учреждениях, а также повышать осведомленность людей и

отдельных сообществ в отношении факторов риска. При разработке комплекса профилактических мер следует учитывать высокую распространенность падений пожилых людей и выявленные особенности в возрастной группе старше 65 лет.

ПОИСК РАННИХ ПРЕДИКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ОНМК

Трошнева А.Ю., ординатор кафедры неврологии с курсом рефлексологии и
мануальной терапии

Руководитель: Ганькина О.А., асс. каф., к.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение: Мерцательная аритмия (МА) – одна из самых распространенных наджелудочковых аритмий. Возникновение мерцательной аритмии в остром и острейшем периодах острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) резко увеличивает риск тромбоэмболических осложнений, повторных инсультов и летального исхода пациентов.

Цель исследования: выявление предикторов развития впервые выявленного пароксизма мерцательной аритмии (ВВМА) у пациентов в остром и острейшем периодах ОНМК.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 1256 выписных эпикризов пациентов, проходивших лечение в 10 неврологическом отделении ГКБ им. С.П. Боткина г. Москвы в период с 01.01.2019 по 01.10.2019. В целевую группу были отобраны 26 пациентов с ВВМА, зарегистрированной во время пребывания в стационаре. Критерии исключения: мерцательная аритмия (МА) в анамнезе (в т.ч. наличие пароксизмов МА любой степени давности); ВВМА, зарегистрированная сотрудниками скорой помощи или врачами приемного отделения при поступлении пациента в больницу. В группу контроля вошли 22 пациента,

отобранных случайным образом. Критерии исключения: наличие любых форм МА в анамнезе и по данным ЭКГ.

Результаты: Частота встречаемости ВВМА среди больных ОНМК составила 2,1 %. Смертность среди ВВМА статистически достоверно выше смертности в контрольной группе ($7/26=27\%$, $p<0,001$).

Чаще всего ВВМА возникает на 4–9 день от момента возникновения ОНМК (на 4–6 день – в 41 % случаев, на 7–9 день – в 31 % случаев). У женщин ВВМА возникает достоверно чаще (73,1 %), чем у мужчин ($p<0,05$). Статистически значимых отличий в возрастной структуре не выявлено. Статистически значимой взаимосвязи возникновения ВВМА с типом инсульта и характером поражения также не выявлено. Тяжесть состояния в группе ВВМА достоверно больше, чем в контрольной группе: по шкале NIHSS $11,9\pm 8,1$ vs. $7,5\pm 4,3$ ($p<0,05$), по шкале Ривермид $4,9\pm 5,2$ vs. $6,4\pm 4,5$ ($p<0,01$), по шкале ШКГ $12,4\pm 2,7$ vs. $14,5\pm 1,4$ ($p<0,05$). Отличия по шкале mRs статистически не значимы.

По лабораторным параметрам (КЩС, биохимический анализ крови) статистически значимых различий между группами при уровне значимости $p = 0,05$ выявлено не было. Показатели относительного ($69,0 \pm 12,9$ vs. $62,2 \pm 11,4$) и абсолютного ($6,1 \pm 2,9$ vs. $4,8 \pm 2,2$) содержания нейтрофилов в общем анализе крови в группе пациентов с ВВМА достоверно ($p<0,03$) выше, чем в группе контроля.

При сравнительном анализе результатов Эхо-КГ (степень изменения клапанов, степень увеличения левого предсердия, степень увеличение правого предсердия, степень гипертрофии левого желудочка, степень выраженности легочной гипертензии) статистически значимых различий между группами при $p=0,05$ выявлено не было. По процентному соотношению сопутствующих патологий (атеросклеротический кардиосклероз, сахарный диабет, ХОБЛ, стенокардия) у пациентов с ВВМА и пациентов из группы контроля статистически значимых различий между группами при $p=0,05$ не выявлено.

Заключение: ВВМА встречается в 2,1 % случаев у пациентов в остром и

острейшем периодах нарушения мозгового кровообращения. Относительный риск развития ВВМА достоверно выше у женщин, не зависит от типа инсульта, характера и бассейна поражения. Тяжесть неврологического дефицита при инсульте – значимый фактор риска. На 2–9 день после инсульта следует обращать особое внимание на показатели крови ввиду повышенного риска развития эпизода МА, риск повышается при доле нейтрофилов более 60 %. При сочетании данных факторов риска рекомендуется проведение дополнительного обследования (Эхо-КГ, суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру) с консультацией кардиолога для решения вопроса о назначении превентивной терапии.

ЧТО СКРЫВАЕТСЯ ПОД МАСКОЙ «ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ»?

Трухина А.В., клинический ординатор кафедры педиатрии

им. ак. Г.Н. Сперанского.

Руководитель: Заплатников А.Л., д.м.н., профессор.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: уточнить в каждом конкретном случае индивидуальные причины и провоцирующие факторы рекуррентных респираторных инфекций (РРИ) у «часто болеющих детей» (ЧБД) для персонифицированного их лечения и оздоровления.

Материалы и методы: на основании детального анализа данных анамнеза (семейного, перинатального, жизни и заболевания), а также результатов клинического, лабораторного и инструментального обследования проведена верификация причин и провоцирующих факторов РРИ у 267 детей и подростков (возраст – 2–16 лет), обратившихся в 2016–2019 гг. за медицинской помощью по поводу «ЧБД» в консультативное отделение ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой» ДЗМ.

Результаты: на основании детального анализа данных анамнеза и результатов клинического, лабораторного и инструментального обследования установлено, что у подавляющего большинства детей из группы ЧБД имел место отягощенный семейный анамнез. Так, у родителей детей из группы ЧБД в детстве очень часто были отмечены рекуррентные инфекции органов дыхания (в 63,3 % случаев) и хронические/рецидивирующие поражения ЛОР-органов (в 60 % случаев). Кроме этого отмечен высокий уровень наследственной отягощенности по аллергическим заболеваниям – у 56,6 % пациентов. Показано также, что у 43,3 % детей с рекуррентными респираторными инфекциями имел место отягощенный перинатальный анамнез. Обращено особое внимание на то, что у подавляющего большинства детей, которые наблюдались в группе ЧБД, своевременно не были диагностированы или игнорировались ранее уже верифицированные патологические состояния и заболевания (упорно-персистирующие и часто рецидивирующие герпес-вирусные инфекции (цитомегаловирусная, Эпштейн-Барр вирусная инфекция, герпес-вирусная инфекция человека 6 типа) – у 50 % детей, аллергические заболевания органов дыхания (аллергический ринит, бронхиальная астма и др.) – в 21,4 % случаев, первичные некритичные (минорные) В-клеточные иммунодефициты – в 21,4 % случаев, недостаточность витамина Д – в 17,8 % случаев, лейко-нейтропения (врожденная, иммунная и вирус-ассоциированная) – у 14,2 % детей, гастроэзофагеальный рефлюкс – у 7,2% пациентов и др. Отмечено, что в единичных случаях «под маской» ЧБД были пропущены аутовоспалительные (синдром Маршала) и аутоиммунные (язвенный колит) заболевания. В 70 % случаев выявляли полипрагмазию, при этом наиболее часто нерационально применялись антибиотики и иммуномодуляторы. В то время как комплаенс адекватных рекомендаций по обследованию и лечению был очень низким и не превышал 22,5 %, нозологическая верификация патологических состояний, которые протекали под маской «ЧБД», позволила в каждом конкретном случае выбрать адекватную этиопатогенетическую терапию и персонифицированное оздоровление, что существенно повысило эффективность проводимых лечебно-

профилактических мероприятий в тех случаях, когда родители четко следовали указаниям врача.

Выводы: снижение респираторной заболеваемости у детей из группы ЧБД возможно только при раннем выявлении в каждом конкретном случае причин и провоцирующих факторов РРИ и назначения персонифицированной этиопатогенетической терапии, что определяет необходимость своевременной нозологической верификации диагноза.

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПОЗВОЛЯЕТ СОРВАТЬ МАСКИ «ЧБД» (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Трухина А.В., клинический ординатор кафедры педиатрии
им. ак. Г.Н. Сперанского.

Руководители: Заплатников А.Л., д.м.н., профессор.

Захарова И.Н., д.м.н., профессор.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель: показать важность уточнения причин ЧБД в каждом конкретном случае для своевременной нозологической верификации и назначения этиопатогенетической терапии на примере клинической демонстрации подростка, у которого под маской ЧБД и Эпштейн-Барр вирусной инфекции протекало аутоиммунное заболевание кишечника (язвенный колит).

Материалы и методы: проведен анализ истории болезни подростка 16 лет, обратившего в консультативное отделение ГБУЗ «ДГКБ имени З.А. Башляевой» ДЗМ для подбора терапии по поводу частых простудных заболеваний и Эпштейн-Барр вирусной инфекции.

Результаты: при первичном осмотре в консультативном отделении было обращено внимание на дефекты амбулаторного наблюдения по месту жительства: недооценку жалоб (слабость, быстрая утомляемость, плохой аппетит, боли в правом подреберье,), клинических данных (потеря веса –

3,5–4 кг за последние 4 мес., астенические проявления, болезненность при пальпации в правой подвздошной области), результатов лабораторного обследования (ускорение СОЭ в динамике до 35–101–120 мм/час, повышение СРБ до 26,4 мг/л) и неправильную трактовку результатов ИФА (anti-EBV-VCA-IgG 46 ед/мл; anti-EBV-NA-IgG 67,7 ед/мл, при отсутствии anti-EBV-VCA-IgM). Все это привело к тому, что подросток длительное время ошибочно наблюдался, как ЧБД, переносящий Эпштейн-Барр вирусную инфекцию. Для установления диагноза пациент был госпитализирован в педиатрическое отделение № 1 ГБУЗ «ДГКБ имени З.А. Башляевой» ДЗМ, где в результате проведенного комплексного обследования было верифицировано воспалительное заболевание кишечника (язвенный колит, субтотальный, с поражением поперечно-ободочной и сигмовидной кишки, активный, средней степени тяжести). На фоне проводимой терапии (режим, диета, месалазин) состояние пациента значительно улучшилось, что позволило выписать его под амбулаторное наблюдение. Повторная плановая госпитализация через 2 месяца и последующее катamnестическое наблюдение за подростком в течение 6 месяцев позволило сделать вывод о положительном эффекте проводимой терапии.

Выводы: представленная клиническая демонстрация убедительно показывает необходимость поиска причин и провоцирующих факторов в каждом конкретном случае рекуррентных респираторных инфекций. Такой подход — нацеленность на нозологическую верификацию патологических состояний, сопровождающихся частыми простудными заболеваниями, позволяет своевременно сорвать маски «ЧБД», установить диагноз и назначить адекватную этиопатогенетическую терапию, что существенно повышает эффективность проводимого лечения.

ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ: ИСТОРИЯ ВОПРОСА

Тумгоева Л.Б., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

Руководители: Кузнецов Р.Э., д.м.н., проф. кафедры акушерства и гинекологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва.

Цель исследования: систематизация научных данных о частоте, диагностике и лечении доброкачественных образований яичников у пациенток в постменопаузе.

Материалы и методы: Использованы литературные источники электронных баз данных PubMed, Embase, eLibrary и научные статьи в рецензируемых журналах с открытым доступом; использованы ключевые слова на русском и на английском языках: образования яичников, кисты яичников, постменопауза, ovarian lesions, ovarian tumors, postmenopause.

В анализ включены источники за последние 30 лет. Из анализа исключены публикации, посвященные злокачественным образованиям яичников, поликистозу яичников.

Результаты и обсуждение.

Образования яичников являются часто встречающейся патологией и составляют 19–25 % всех опухолей женских половых органов. Обсуждаемая также проблема придатковых образований в постменопаузальном периоде в силу своей распространенности является актуальной, геронтологически и социально - экономически весьма значимой. Средний возраст наступления менопаузы в Российской Федерации колеблется от 49 до 51 года, при этом в условиях дефицита эстрогенов женщины живут практически 1/3 своей жизни. Опухолевидные образования яичников выявляют по статистическим данным различных авторов от 2,5 % до 18 % больных в постменопаузе.

В настоящее время в мире не существует общепринятого золотого стандарта неинвазивной ранней диагностики, позволяющего идентифицировать злокачественные новообразования на этапе пограничных опухолей и ранних

стадий малигнизации, так как комбинация эхографии органов малого таза и определения СА-125 сыворотки крови признаны неэффективным скринингом ранних стадий рака яичников.

Углеводный антиген 125 (CA125) является наиболее распространенным сывороточным маркером опухоли яичников. Bian и соавторы исследовали прогностическую ценность опухолевых маркеров, в том числе ракового антигена 72-4, ракового антигена 15-3 и CA125; чувствительность выявления рака яичников с использованием этих трех опухолевых маркеров в комбинации была, очевидно, выше, чем при использовании каждого маркера в отдельности. Wu и соавт. предположили, что CA125 в сочетании с карциноэмбриональным антигеном, альфа-фетопротеином, СА19-9 и хорионическим гонадотропином человека (b-ХГЧ) может улучшить положительную скорость выявления рака. Однако эти опухолевые маркеры всегда лишены специфичности.

Первые шаги к созданию алгоритма дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных образований были предприняты еще в 1990 г. I. Jacobs и соавт. При попытке установить наиболее точные факторы риска (учитывались возраст, менопаузальный статус, уровень маркера СА-125) авторы разработали шкалу RMI и показали, что ее чувствительность составляет 85 %, а специфичность – 97 %.

В 2010 г. R.G. Moore и соавт. была предложена новая прогностическая модель – шкала ROMA, сочетающая в себе измерения опухолевых маркеров СА-125 и HE4. В сравнении с RMI шкала ROMA показала чувствительность 85,3 % у больных раком яичников I и II стадий по сравнению с 64,7 % в случае шкалы RMI ($p < 0,0001$). Но в 2011 г. M. Montagnana и соавт. было установлено, что эффективность шкалы ROMA гораздо выше у женщин в постменопаузе, чем у пациенток до менопаузы. В 2016 г. был проведен метаанализ с целью выявления оптимальной прогностической модели для рака яичника, в котором сравнивали наиболее распространенную модель оценки RMI, 2 шкалы IOTA (simple rules и LR2) и шкалу ROMA. Авторы пришли к выводу, что сочетание IOTA simple rules и субъективной оценки врача ультразвуковой диагностики

имеет наиболее высокую чувствительность и специфичность (91 и 91 % соответственно) в сравнении со шкалой RMI (чувствительность 75 %, специфичность 92 %).

Что касается инструментальных методов диагностики, то ультразвуковое исследование (УЗИ) стало стандартным диагностическим методом для оценки опухолей придатков и используется в качестве метода первой линии у пациентов с подозрительными изолированными образованиями яичников. Используя комбинацию нескольких режимов ультразвуковой визуализации, точность дифференциации доброкачественных и злокачественных опухолей яичников постоянно улучшается. В качестве дополнительных методов диагностики многие авторы предлагают использовать компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию, однако эти исследования чаще всего рекомендуют для анализа распространенности злокачественного процесса, а также при наблюдении в послеоперационном периоде и в процессе противоопухолевого лечения, но КТ малоэффективно в первичном выявлении и определении типа опухоли придатков матки, оценке локального распространения в малом тазу. Магнитно-резонансная томография позволяет определить положение, размеры, границы, компоненты и ангиогенез опухолей придатков.

Выводы: в соответствии с мировыми и российскими рекомендациями, в алгоритм обследования пациенток с образованиями яичников в постменопаузе входят такие обследования, как определение онкомаркеров (CA-125, HE4), расчет индексов ROMA и RMI. Ультразвуковое исследование должно проводиться всем больным с образованиями яичников. В ситуациях, когда диагностика овариальных образований затруднена, для уточнения локализации и структуры может быть произведена магнитно-резонансная компьютерная томография.

ДЕЗАДАПТИВНЫЕ МОДЕЛИ КОГНИТИВНОГО БУДУЩЕГО ПАЦИЕНТОВ
С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ:
СЕРИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Тучина О.Д., научный сотрудник

Руководители: Холмогорова А.Б., д.п.н., проф.,

Агибалова Т.В., д.м.н.

ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ, г. Москва

С момента открытия системы пассивного режима работы мозга накоплены многочисленные свидетельства того, что воспоминание о прошлом и репрезентации будущего (перспективная способность) движутся сходными нейробиологическими и когнитивными механизмами. В то время как современные исследователи подчеркивают особую роль нарушений автобиографической памяти в развитии психопатологии, в целом, и аддиктивных расстройств, в частности, вклад нарушений перспективной способности в генез и течение психических заболеваний нуждается в дополнительном изучении. Выделяют эксплицитные (осознаваемые) и имплицитные (бессознательные, автоматические) формы перспективной способности, которые определяют поведение людей в ситуациях стресса и неопределенности, в случае отсутствия осознаваемых репрезентаций будущего.

Целью работы стало изучение эксплицитных и имплицитных дезадаптивных моделей когнитивного будущего в клинике пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (АЗ) и их связи с характером течения и тяжестью заболевания у обследованных пациентов.

Материалы и методы. Исследование проводилось в 2018–2019 гг. в Московском научно-практическом центре наркологии. Было обследовано 109 пациентов-мужчин, получавших стационарное и амбулаторное лечение АЗ и не имевших коморбидных психических и наркологических расстройств. Обследование проводилось не ранее, чем на 15 день трезвости. На первом этапе все пациенты проходили нейропсихологическое тестирование и скрининг

аффективных расстройств (Госпитальный опросник тревоги и депрессии), для исключения грубых нарушений исполнительных функций и аффективных расстройств, которые могли бы повлиять на результаты исследования. На втором этапе для оценки эксплицитной и, частично, имплицитной перспективной способности пациенты тестировались с помощью методик «Линия жизни», «Культурный сценарий», методика самоопределяющих проекций. Модели имплицитной перспективной способности изучались с помощью метода составления геносоциограмм, опросника для определения коэффициента суицидальной опасности, шкалы импульсивности Баррата и глубинные интервью («Сценарное интервью», «Провитальное интервью»).

Результаты. По результатам исследования были выявлены основные механизмы формирования и соответствующие модели (сценарии) когнитивного будущего пациентов с АЗ.

Первая группа механизмов связана со скаффолдингом, то есть созданием моделей когнитивного будущего на основе определенных семантических опор (любимых историй, семейных секретов и легенд, профессиональных династий и т. д.). Вторая группа механизмов включает социальный прайминг, то есть систематическое (реже однократное) предъявление неких стимулов, которые впоследствии используются пациентом для выстраивания собственной идентичности (прайминг дат (смерть родственников в разных поколениях в одном и том же возрасте), прайминг имен (называние в честь живых или погибших родственников) и т. д.). Первая и вторая группа механизмов предполагают активное участие пациента в формировании репрезентаций будущего и их реализации. Третья группа механизмов отражает наличие более бессознательных процессов и связана с интроекцией сценариев агрессивного, импульсивного, аутоагрессивного поведения, которые практически не осознаются и заимствуются из семейного окружения с минимальной долей критики. Выявленные механизмы формирования когнитивного будущего у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя проиллюстрированы клиническими примерами пациентов, вошедших в описанное исследование.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ЗНАЧЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ НАРУШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ И РАЗВИТИИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Усманова Л.Р., ординатор кафедры психиатрии, психотерапии и
психосоматической патологии ФНМО РУДН

Руководитель: Агибалова Т.В., д.м.н., профессор Кафедры психотерапии и
сексологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В семье, где есть зависимый человек, страдает каждый член семьи. Анализ особенности взаимоотношений между членами семьи особенно важен для психотерапии и реабилитации зависимых пациентов. Далее рассматривается клинический случай пациента, болезнь которого сформировалась на фоне семейной кризисной ситуации и в дальнейшем играла значительную роль в жизни семьи.

Пациент Х. 2000 г. р. находился на лечении в отделении медицинской реабилитации ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» КФ № 1 с 27.12.2019 по 24.01.2020. Госпитализирован впервые в жизни. Диагноз по МКБ-10: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психостимуляторов (мефедрон). Синдром зависимости от психостимуляторов, средняя стадия. Патологическое влечение к азартным играм F63.0. Пагубное употребление каннабиноидов F12.1. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление. Клинический диагноз: Зависимость от психостимуляторов, постоянная форма, средняя стадия. Зависимость от компьютерных игр, средняя стадия, периодическая форма. Пагубное употребление каннабиноидов.

Из анамнеза: Воспитывался в семье младшим ребенком. Семья функционирует по патриархальному типу. Отношения между родителями пациента с его раннего детства были напряженными, конфликтными, несколько

раз вставал вопрос о расторжении брака по причине частых измен супруга. В период обучения пациента в первом классе брак родителей находился в кризисном состоянии - мать пациента застала мужа с любовницей. И именно в этот момент пациент попадает в аварию, переживает клиническую смерть. Состояние пациента объединяет отца и мать и «спасает» их отношения от расставания. Находясь на лечении в больницах, пациент приобщился к компьютерным играм. Далее с 15 лет эпизодически курил марихуану. К 13 годам толерантность к компьютерным играм увеличилась до 6 часов в сутки, сформировался игровой абстинентный синдром. В 2019 году толерантность к играм увеличилась до 13 часов в сутки. Первая проба мефедрона в сентябре 2019 года, когда праздновал закрытие сессии. Абстинентный синдром сформировался после первого же употребления. В декабре 2019 года форма употребления стала постоянной. Толерантность возросла до 2 г за прием. В этот период отношения матери и отца пациента снова переживают кризис, в семье ведутся разговоры о прекращении отношений в связи с изменами отца. Пациент признается матери об употреблении. Родители начинают поиск решения проблемы, и вновь «беда» пациента уберегает союз родителей от возможного разрыва. Родители разводятся, но формально, продолжая проживать вместе, чтобы «контролировать» сына. Во время пребывания в стационаре пациент в ходе индивидуальной и групповой психотерапевтической работы начал анализировать причины, значение семейной обстановки в формировании своей развившейся зависимости. На реабилитации находился 29 дней. После выписки возобновил учебу в институте. От лечения в реабилитационном отделении наркологического диспансера отказался. Посещает группы анонимных наркоманов, индивидуально работает с психотерапевтом.

Данный клинический случай представляется интересным с точки зрения мишеней психотерапевтического воздействия. История пациента демонстрирует то, как бессознательно пациент «спасает» отношения родителей от надвигающегося развода. Мишенями дальнейшей психотерапевтической

работы будут являться проработка симбиотических отношений, сепарация, осознание решений принятых в детстве по «спасательству семьи», понимание своей роли в семье и роли симптоматики зависимости.

ОККЛЮЗИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Ушарова С.А., аспирант кафедры офтальмологии

Руководитель: Мошетова Л.К., д.м.н., проф., академик РАН

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Проблема диагностики и лечения заболеваний, связанных с нарушением венозного кровообращения сетчатки, становится все более актуальной из-за увеличения роста сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся наиболее частой причиной возникновения данной патологии. Однако, нарушение кровотока в центральной вене сетчатки (ЦВС) может быть вызвано не только тромбом или эмболом, но и воспалением сосудистой стенки различного генеза (васкулит диска зрительного нерва). Этиология и патогенез данных состояний имеют ряд чрезвычайно важных отличий, определяющих выбор диагностических мероприятий и тактику проводимого лечения. При этом дифференциальная диагностика часто является непростой задачей из-за идентичности клинических картин.

Цель исследования: сформулировать четкие критерии дифференциальной диагностики и определить особенности клинического течения окклюзии ЦВС.

Материал и методы: обследовано 53 пациента, 36 – с диагнозом окклюзия ЦВС и 17 – с диагнозом васкулита диска зрительного нерва (ДЗН); 28 женщин и 25 мужчин в возрасте от 27 до 66 лет. Использовались стандартные офтальмологические методы обследования, флюоресцентная ангиография и оптическая когерентная томография. Дополнительные

диагностические исследования: УЗДГ сосудов головы и шеи, гемастазиограмма, липидный профиль плазмы, ревмопробы, рентгенография придаточных пазух носа, ортопантомограмма, бактериологический посев из носоглотки, а также ПЦР слезы, слюны и мочи на вирусную инфекцию. Клиническая база – ГБУЗ ГКБ имени С.П. Боткина.

Результаты: зрение при окклюзии ЦВС снижалось остро и значительно, при васкулите ДЗН изменения зрительных функций были не так существенны и имели ремитирующий характер. Состояние глазного дна всех пациентов соответствовало классической картине окклюзии ЦВС: изменения калибра и хода сосудов, отек ДЗН и макулярный отек, интравитреальные кровоизлияния разного калибра, «ватобразные» очаги. При оценке флуоресцентных ангиограмм выявлены следующие изменения венозной фазы: участки гипофлуоресценции вдоль сосудистых аркад и на ДЗН, а также прокрашивание стенок вен в виде «муфт» при васкулите ДЗН и значительное увеличение времени как венозного, так и артериального наполнения при окклюзии ЦВС. По данным дополнительных исследований у 11 (65 %) пациентов с васкулитом ДЗН была обнаружена бактериальная инфекция, у 6 (35 %) – вирусная. Значимых нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы у данных пациентов выявлено не было. При окклюзии ЦВС 33 (92 %) пациента страдали гипертонической болезнью, у 30 (83 %) пациентов был обнаружен атеросклероз сосудов и нарушение липидного профиля, у 15 (42 %) – патология тромбоцитарного звена. Данных за наличие активного инфекционного процесса у этой группы пациентов не обнаружено.

Выводы: дифференциальная диагностика васкулита ДЗН и окклюзии ЦВС проблематична. Несмотря на однородную клиническую картину, данные состояния требуют принципиально разных подходов в лечении. Согласно литературным данным, определенные микроРНК (miR-21, miR-126, miR-155) могут выступать в качестве биомаркеров сосудистых нарушений, а белки теплового шока (HSP 60, 70) – воспалительного процесса. Исходя из этого, коллективами НИИ молекулярной и персонализированной медицины и

кафедры офтальмологии академии начата разработка методов дифференциальной диагностики заболеваний, связанных с нарушением кровообращения по венам сетчатки с использованием miR и HSP. Полагаем, что это будет способствовать уточнению диагноза и улучшению качества оказания медицинской помощи при изучаемой патологии.

– Ф –

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ОГРАНИЧЕНИЙ В КАТЕГОРИИ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ОБЩЕНИЕ» НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ
КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ (МКФ)

Физицкая В.Д.¹, Бесланеев А.А.¹, Брыксин Д.А.¹,

Каблукова А.В.¹, Шмелева И.Э.²

Руководители: Шургая М.А.¹, д.м.н., Волынец Г.В.³, д.м.н.,

Пирожкова Т.А.⁴, д.м.н.,

¹ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

³ОСП НИКИ педиатрии им. Академика Ю.Е. Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ
имени Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва

⁴ФГБУ «ФБ МСЭ» Минтруда России, Москва

Цель исследования. Разработка достоверного балльного способа оценки степени выраженности ограничений в категории жизнедеятельности «Общение» на основе МКФ.

Объем и методы исследования. При разработке балльного способа оценки степени выраженности ограничений в категории жизнедеятельности «Общение» на основе МКФ проводилось тестирование всех критериев, характеризующих данную категорию жизнедеятельности.

Способность к общению (согласно МКФ – общение):

- восприятие сообщений при общении:
 - восприятие устных сообщений,
 - восприятие невербальных сообщений,
 - восприятие письменных сообщений,
 - восприятие сообщений на языке формальных символов;
- составление и изложение сообщений при общении:
 - составление и изложение сообщений с помощью речи,
 - составление и изложение сообщений в письменной форме,
 - составление и изложение сообщений в невербальной форме,
 - составление и изложение сообщений на языке формальных символов;
- разговор и общение с использованием средств связи и техник общения:
 - разговор:
 - начало разговора,
 - поддержание разговора,
 - завершение разговора,
 - разговор с одним человеком,
 - разговор с множеством людей;
 - дискуссия:
 - дискуссия с одним человеком,
 - дискуссия с множеством людей;
 - использование средств связи и техник общения:
 - использование телекоммуникационных устройств,
 - использование пишущих машин,
 - использование техник общения.

Результат. В категории жизнедеятельности «Общение» установлено 136 критериев. Отсутствие ограничений устанавливалось при набранных 131–136 баллов, незначительные ограничения – при 103–130 баллах,

умеренные ограничения – при 67–102 баллах, тяжелые ограничения – при 7–66 баллах, абсолютные ограничения – при <7 баллов.

Заключение. Способ позволяет установить степень выраженности ограничений в категории жизнедеятельности «Общение» при проведении медико-социальной экспертизы с целью установления инвалидности и при разработке программ реабилитации и оценке эффективности ее выполнения при наблюдении в динамике.

– X –

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С РЕДКОЙ СОСУДИСТОЙ АНАМАЛИЕЙ – ГИПОПЛАЗИЕЙ ИНФРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Харазов А.Ф.^{1,2}, Кульбак В.А.¹, Басирова Н.М.²

¹ – ФБГУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России,
г. Москва, Российская Федерация

² – ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования» Минздрава России, кафедра ангиологии,
сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии

Введение: Врожденное сегментарное сужение просвета аорты обозначают термином «коарктация». Коарктация аорты составляет от 5 % до 10 % врожденных пороков сердечно-сосудистой системы и по результатам вскрытия, встречается с частотой 1 на каждые 1550 человек. При выявлении более протяженного поражения аорты используют формулировку «гипоплазия». Это чрезвычайно редкое сердечно-сосудистое заболевание. В литературе встречаются лишь единичные наблюдения пациентов с данной аномалией. Во всех случаях описывается поражение нисходящей грудной аорты изолированно, либо в сочетании с поражением брюшного отдела. Такие формы гипоплазии аорты обычно выявляются у пациентов в возрасте до 30 лет,

отсутствие своевременного хирургического лечения приводят к развитию сердечной и почечной недостаточности у них.

Цель исследования: продемонстрировать случай успешного лечения редкой аномалии аорты – гипоплазии инфраренального отдела, которая привела к развитию у пациентки критической ишемии нижних конечностей.

Материалы и методы: Пациентка 46 лет обратилась в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского с жалобами на постоянные боли и наличие трофических язв на обеих нижних конечностях. По данным КТ-ангиографии выявлена протяженная окклюзия нисходящего отдела аорты. Детальный анализ анамнеза жизни пациентки, данных клинических, лабораторных и ангиографических данных позволили исключить воспалительную природу заболевания. Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме – резекция инфраренальной аорты с линейным протезированием протезом Экофлон 12 мм.

Результаты: Операция прошла успешно, удалось восстановить магистральный кровоток на артериях нижних конечностей. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, послеоперационные раны зажили первичным натяжением. После операции восстановилась пульсация на стопе, болевой синдром в конечности был купирован. На момент написания работы (через 19 мес. после реваскуляризации) состояние больной было удовлетворительным, явления критической ишемии купированы. Трофические язвы зажили вторичным натяжением через 2 мес. после операции.

Заключение: гипоплазия аорты – редко встречающееся заболевание, в литературе описано очень незначительное число подобных наблюдений. Хирургическое лечение является единственным методом коррекции заболевания. Мы приводим случай диагностики и успешной резекции аорты с протезированием при этой редкой патологии.

ЗРЕЛАЯ ТЕРАТОМА МОСТО-МОЗЖЕЧКОВОГО УГЛА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-НЕЙРОХИРУРГА

Хасиев А.А., ординатор кафедры нейрохирургии

Руководитель: Чапандзе Г.Н., к.м.н., асс.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Опухоли из эмбриональных клеток (тератомы) ЦНС встречаются очень редко, составляя приблизительно от 0,3 до 0,6 % от всех первичных опухолей головного мозга. Они обычно располагаются в срединных структурах головного мозга, поскольку это место с большим потенциалом для неправильного роста эмбриональных тканей. Таким образом, тератомы обычно можно обнаружить в таких областях, как вокруг третьего желудочка, особенно в области шишковидной железы, и в надсellarной или парасellarной области, реже в области червя мозжечка, базальных ганглий, мосто-мозжечкового угла и кавернозного синуса. Операции в области мосто-мозжечкового угла считаются одними из самых сложных в связи с анатомическими особенностями и необходимостью сохранения целостности черепных нервов. Однако в некоторых случаях поражаются и соседние структуры, тем самым усугубляя неврологический дефицит и увеличивая объем хирургического вмешательства.

Цель работы: Представить клинический случай хирургического лечения продолженного роста зрелой тератомы левого мосто-мозжечкового угла, осложнившейся абсцессом левого полушария мозжечка после оперативного лечения.

Материалы и методы: Изучена медицинская карта стационарного больного, поступившего в нейрохирургическое отделение ГKB им. С.П. Боткина.

Результаты: Больной А.А., 45 лет, поступил в нейрохирургическое отделение ГKB им. С.П. Боткина 26 января 2020 года с жалобами на головную боль, головокружение, шаткость при ходьбе. Из анамнеза известно, что в 2016 году было выполнено оперативное вмешательство по поводу удаления

тератомы левого мосто-мозжечкового угла. В декабре 2019 года у больного развился абсцесс левого полушария мозжечка, гнойный менингит. Состояние было расценено как продолженный рост тератомы, осложнившейся абсцессом, гнойным менингитом. В январе 2020 года больной госпитализирован для проведения оперативного вмешательства.

В неврологическом статусе при поступлении отмечались общемозговой синдром, координаторные нарушения с двух сторон. Обследования, проведенные в стационаре, не выявили значимых отклонений в общеклинических анализах крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, рентгенографии органов грудной клетки, ЭКГ.

На МРТ головного мозга от 15 января 2020 года: Состояние после оперативного лечения. Образование левого мосто-мозжечкового угла, левого полушария мозжечка, с компрессией столовых структур, вероятнее всего продолженным рост опухоли на фоне воспалительного процесса в оболочечном пространстве. 27 января 2020 года было выполнено оперативное вмешательство по удалению абсцесса левого полушария мозжечка и объемного образования (тератомы) левого мосто-мозжечкового угла с последующим переводом больного в отделение реанимации. 28 января 2020 года больной был переведен в отделение нейрохирургии. 28 января 2020 года получено гистологическое заключение объемного образования: морфологическая картина не противоречит содержимому зрелой тератомы. 29 января 2020 года по результатам спинномозговой пункции получены данные за гнойный менингит. 30 января 2020 года получены результаты посева фрагментов участка абсцесса, где выявлена грамм-отрицательная флора (*Acinetobacter genomospecies*), лейкоциты. 31 января 2020 года в связи с ухудшением общего состояния (угнетение сознания, нарастание общемозговой симптоматики) больной был переведен в отделение нейрореанимации. Выполнена МРТ головного мозга с целью оценки динамики послеоперационного состояния: Состояние после удаления абсцесса левого полушария мозжечка и объемного образования (тератомы) левого мосто-мозжечкового угла. Признаков остаточной массы

опухоли не выявлено. Тяжесть состояния было расценено как следствие прогрессирования гнойного менингита. В отделении реанимации больной получал оксигенотерапию, антибактериальную и симптоматическую терапию. По стабилизации состояния больной был переведен в профильное отделение. 1 марта 2020 года в связи с положительной динамикой общего состояния, в неврологическом статусе – без очаговой симптоматики, больной был выписан из стационара с рекомендациями (лечение и наблюдение у невролога по месту жительства, выполнение МРТ головного мозга с контрастным усилением через 6 месяцев, повторная консультация врача-нейрохирурга по результатам дообследования. Линезолид (Зивокс) по 600 мг 2 раза в день на 5 дней).

Заключение. Лечение пациентов с опухолями мосто-мозжечкового угла представляет значительные трудности, особенно при удалении тератом. Часто это связано с необходимостью применения расширенных и комбинированных оперативных пособий. Быстрая постановка диагноза с дальнейшей рациональной тактикой ведения пациента и применение высокотехнологической медицинской помощи существенно улучшают прогноз заболевания.

– Ч –

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – ДЕТСКОГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Чеботарь Н.А., врач-ординатор кафедры детской оториноларингологии

Руководитель: Грабовская В.А. врач высшей категории, зав. ЛОР отделением
ГБУ ДГКБ им. Н.Ф. Филатова, г. Москва.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В отделение реанимации ДГКБ им. Филатова из районной больницы бригадой СМП доставлен ребенок Н. 10 лет с диагнозом инородного тела мягких тканей шеи.

В районной больницы ребенку выполнена КТ головы и шеи. В области гипертрофированной носоглоточной миндалины определяется инородное тело длиной 8 мм.

На момент поступления состояние ребенка средней степени тяжести, стабильное. Ребенок в сознании, на осмотр реагирует адекватно. Жалобы на боль в области шеи и болезненность при глотании. Из анамнеза известно, что ребенок во время игры со старшим братом получил ранение из пневматического пистолета в область шеи. Клинически определяется входное отверстие размером 0,5*0,5 см в области латерального края ГКС мышцы, безболезненное при пальпации, без признаков воспаления.

Ребенку выполнено УЗИ мягких тканей шеи. Повреждения анатомических структур не определяется.

Ребенок переведен в лор отделение для проведения хирургического лечения.

В условиях операционной проведено удаление гипертрофированной носоглоточной миндалины с последующим удалением инородного тела мягких тканей шеи.

Операция проведена без осложнений, послеоперационный период так же без осложнений.

Ребенок выписан на 6-ые сутки в удовлетворенном состоянии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТАКТИК ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

Чехонацкий В.А., аспирант кафедры нейрохирургии

Руководитель: Кузнецов А.В., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Ряд специалистов взамен традиционной микродискэктомии в

лечении рецидивных грыж поясничного отдела позвоночника отдают предпочтение микродискэктомии в совокупности с транспедикулярной фиксацией. Данные, говорящие об уровне доказательности эффективности какого-либо из указанных методов хирургического вмешательства как операции выбора в лечении рецидивов грыж межпозвонкового диска на уровне поясничного отдела позвоночника до настоящего времени являются спорными.

Цель работы: изучение эффективности микродискэктомии с транспедикулярной фиксацией (ТПФ) и без нее в лечении рецидивов межпозвонковых грыж поясничного отдела позвоночника по данным литературы.

Материалы и методы: Литературный поиск был осуществлен за 2010–2019 гг. с помощью доступных баз данных медицинской литературы: PubMed, Elibrary, Cochrane.

Результаты: Определены следующие основные критерии сравнения данных методик:

1. Общий клинический исход. По данным El Shazy с соавт. (2013), (45 пациентов), сравнивших повторную микродискэктомию и ТПФ (transforaminal interbody fusion (TLIF), posterolateral fusion (PLF)) не нашли достоверной разницы в отношении среднего послеоперационного балла по шкале JOA (26.1 и 27.9 соответственно), однако отметили разницу в отношении послеоперационной боли в пояснице (2.3 ± 0.88 в группе с микродискэктомией, 2.9 ± 0.35 в группе TLIF и 2.8 ± 0.8 в группе PLF).

2. Осложнения. По данным Jian Guan с соавт., 2016 (37 пациентов) необходимость повторного вмешательства возникла у 3 пациентов из группы микродискэктомии, пациентам с ТПФ ревизионные операции не потребовались. По их данным время операции варьировалось от 82.7 ± 29.1 минут и 229.6 ± 42.1 минут в группе с микродискэктомией без фиксации и с ТПФ соответственно. Исследования El Shazy с соавт., а также работа Zhuo с соавт., 2009 (65 пациентов) показали, что у пациентов с выполненной

микродисэктомией без ТПФ объем кровопотери в два раза меньше, нежели у группы с фиксацией, однако значительно выше вероятность травмы ТМО (4-2 и 3-1 соответственно). Также у группы без фиксации повышена необходимость повторного вмешательства по поводу рецидива (2-0 и 3-0).

Выводы: Оптимальный хирургический подход при рецидивирующей грыже диска остается предметом споров. Несмотря на наличие активно выраженного спаечного процесса микродисэктомия является доказано эффективным методом лечения впервые возникших рецидивов грыж межпозвонкового диска на поясничном уровне, существенно снизив время операции и кровопотерю, но одновременно повышает риск повторного рецидива. В то же время микродисэктомия с ТПФ позволяет устранить нестабильность позвоночно-двигательного сегмента и минимализировать вероятность последующего рецидива и травмы ТМО, однако, в свою очередь, повышает нагрузку на смежные уровни позвоночного столба, является доказанной причиной увеличения болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника в послеоперационном периоде.

Прогноз снижения болевого синдрома ухудшается после каждой повторной операции на позвоночнике, что диктует необходимость определения точных показаний к применению современных методов лечения, оптимальное использование которых поможет увеличить количество положительных исходов повторных нейрохирургических вмешательств по поводу рецидивов межпозвонковых грыж на уровне поясничного отдела позвоночника.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ
МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА
ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Чехонацкий В.А., аспирант кафедры нейрохирургии

Руководитель: Кузнецов А.В., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В последнее время отмечается увеличение хирургической активности в лечении грыж межпозвонковых дисков. Это сопровождается развитием рецидивов грыж дисков до 23 % случаев, требуя проведения повторного хирургического вмешательства, что снижает возможность достижения положительных результатов в послеоперационном периоде.

Цель работы: изучение возможных факторов риска рецидивов межпозвонковых грыж поясничного отдела позвоночника по данным литературы.

Материалы и методы: Литературный поиск был осуществлен за 2010–2019 гг. с помощью доступных баз данных медицинской литературы: PubMed, Elibrary, Cochrane.

Результаты: Определены следующие возможные факторы риска развития рецидивов грыж межпозвонкового диска:

1. Возраст. Исследование 1028 пациентов Yugas с соавт., 2016, показало: возраст менее 30 лет является существенным фактором риска развития рецидивов грыж, в то же время по данным Yao с соавт., 2014, (111 пациентов) прямым предиктором развития рецидивов являлся возраст более 50 лет.

2. Пол. По данным Shimia с соавт., 2013 и Kim с соавт., 2015, (627 пациентов) риск развития рецидивов грыж межпозвонкового диска на уровне поясничного отдела позвоночника связан с мужским полом.

3. Индекс массы тела (ИМТ). По данным Meredith с соавт., 2013, (75 пациентов), повышенный ИМТ (33.6 ± 5.1 кг/м²) является предиктором

развития рецидивов, однако, по данным Moliterno с соавт., ретроспективно исследовавшим 217 пациентов, пониженный ИМТ также относится к факторам риска.

4. Высота межпозвонкового диска. По данным Yaman с соавт., 2017, (600 наблюдений) пациенты с рецидивами грыж имеют сравнительно большую высоту межпозвонкового диска, нежели пациенты без возникших рецидивов, (19.1 ± 4.6 мм) и (15.0 ± 3.3 мм) соответственно.

5. Курение. Miwa с соавт., 2015, проанализировали клинические данные 32 реоперированных пациентов и пришел к выводу, что группа курильщиков показала на 18,5 % больший риск развития рецидивов в сравнении с некурящей группой.

6. Сфера труда. Miwa с соавт., 2015, отмечают, что тяжелый физический труд также является одним из основных предикторов развития рецидивных грыж на уровне поясничного отдела позвоночника.

7. Изменения по типу Modic. По данным Yaman с соавт., 2017, изменения по типу Модик встречались в группе пациентов с рецидивами в статистически верифицированно большем количестве раз, нежели в контрольной группе пациентов без рецидивов.

8. По данным Motsumoto с соавт., 2013, 344 пациента, повреждение задней продольной связки, каудальная миграция секвестра, большой дефект фиброзного кольца также являются одними и первоочередных факторов риска развития рецидивов грыж.

Выводы. Учитывая, что прогноз снижения болевого синдрома доказано ухудшается после каждой повторной операции на позвоночнике, отказ от модифицируемых (индекс массы тела, курение, сфера труда) и грамотный выбор тактики хирургического лечения, основанный на анализе не модифицируемых (возраст, пол, высота межпозвонкового диска, изменения по типу Modic, вид первичной грыжи) факторов риска поможет увеличить количество положительных исходов после первичных и повторных нейрохирургических вмешательств, снизить общую нетрудоспособность

работающего населения.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННЫХ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ В УРОЛОГИИ

Чехонацкий И.А., аспирант кафедры урологии и хирургической андрологии,

Руководитель: Лоран О.Б., акад. РАН, д.м.н., проф., заведующий кафедрой
урологии и хирургической андрологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: Современный прогресс в области медицинских технологий, активное использование электронных баз данных и достижения в сфере программирования открывают большие возможности в области медицины. С увеличением количества регистрируемой информации, клиницисты часто сталкиваются с проблемой ее корректной интерпретации и анализа.

Решение этой проблемы существенно упрощается при внедрении в процесс искусственных нейронных сетей (ИНС) – программных реализаций математических моделей, построенных по принципу функционирования биологических нейронных сетей – сетей нервных клеток живого организма. ИНС представляют собой систему соединенных и взаимодействующих между собой простых процессоров (искусственных нейронов). Такие процессоры обычно довольно просты, особенно в сравнении с процессорами, используемыми в персональных компьютерах. Будучи соединенными в большую сеть с управляемым взаимодействием, такие локально простые процессоры вместе способны выполнять довольно сложные задачи, особенно в области анализа и интерпретации данных, что диктует необходимость проводить дальнейшие и интенсивные разработки в этой области.

Цель исследования: определить возможности применения искусственных нейронных сетей в современной урологической практике.

Материалы и методы: Проведен анализ баз данных Embase, PubMed, Medline, глубина поиска составила 6 лет.

Результаты: По результатам проведенного анализа, применение ИНС описано во многих разделах урологии – начиная от диагностики и лечения, и заканчивая прогнозированием течения урологических заболеваний. Так, Kwak с соавт., использовали ИНС в диагностике рака предстательной железы путем анализа оцифрованных гистологических материалов, и достигли 97 % точности в его идентификации. Ngyuen с соавт., используя алгоритмы машинного обучения достигли совершенствования дифференцировки Gleason 3 от 4 (AUC 0,82). Shao с соавт., используя ИНС в анализе панели онкомаркеров в моче, с целью неинвазивной диагностики рака мочевого пузыря, достигли точности 76,6 %, чувствительности 71,88 % и специфичности 86,67 %. Кроме того, ИНС активно внедряются и в лечении урологических заболеваний. Так, Aminsharifi с соавт., использовали ИНС с целью прогнозирования «stone free rate» после чрескожной нефролитотомии (ЧПНЛ) с точностью 82,8 %, и определения необходимости ре-ЧПНЛ с точностью 97,7 %. Активно исследуется применение искусственного интеллекта и в прогнозировании течения онкоурологических заболеваний. Так, ряд авторов (Wong, Harder, Zhang, Shiradkar, Lalonde) использовали ИНС с целью прогнозирования биохимического рецидива рака предстательной железы, используя результаты гистологического исследования, клинико-анатомические особенности пациента, данные МРТ, ПСА; что позволило спрогнозировать биохимический рецидив с точностью 97,6 % (Wong), чувствительностью 94 % (Harder) и специфичностью 91 % (Zhang).

Выводы: Таким образом, применение ИНС может быть рассмотрено в качестве дополнительных инструментов в диагностике и лечении урологических заболеваний, однако их применение требует проведения дальнейших клинических исследований и их валидации.

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕГО ЛЕЧЕНИЯ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА

Шаферс А.Ш., клинический ординатор кафедры ортодонтии;
Никифорова К.И., клинический ординатор кафедры ортопедической
и общей стоматологии;

Руководитель: Самохина Е.С., к.м.н., доцент кафедры ортодонтии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Актуальность проблемы профилактики и лечения зубочелюстных аномалий у детей и подростков занимает одно из ведущих мест в структуре общей стоматологической помощи, поскольку аномалии прикуса выявляются в среднем по стране у 32 % детей и подростков, а в крупных промышленных городах – 37,2 %, в Москве – 41,3 % (Ф.Я. Хорошилкина, Ю.М. Малыгин, Н.А. Королькова, 1977). Данная проблема обусловлена еще недостаточным решением ряда задач, поскольку определяется взаимосвязью аномалий положения зубов, их окклюзии, величины челюстей, заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, нарушений функций зубочелюстной системы с общими нарушениями.

Цель работы. Обобщить собственный опыт по профилактике и раннему лечению аномалий прикуса.

Материалы и методы исследования. В качестве материала для исследования были обобщены архивные данные из историй болезней 1 279 пациентов, обратившихся на кафедру за ортодонтической помощью. Возраст пациентов был от 3 до 15 лет. Были использованы следующие методы обследования: анкетирование, клинический осмотр, биометрические и рентгенологические исследования, фотометрия. В ходе работы была опробована предложенная нами специальная оттискная ложка для получения слепков с челюстей (патент № 2705600 от 11.11.2019)

Содержание.

– Анализ анкет по интервьюированию родителей дошкольников и врачей-педиатров выявил низкий уровень осведомленности родителей обследованных детей (72,6 %) и недостаточные знания о современных методах профилактики и лечения дефектов зубных рядов детей (89,1 %) врачей-педиатров.

– При планировании стоматологических профилактических мероприятий у дошкольников необходимо учитывать факторы риска возникновения зубочелюстных аномалий и состояние общесоматического здоровья. Особое внимание в работе стоматолога-педиатра должно быть уделено устранению вредных привычек, профилактическому протезированию дефектов зубных рядов, комплексам миогимнастики и выявлению сопутствующих заболеваний.

Рекомендуется прием твердой пищи, что способствует не только самоочищению полости рта и зубов, но и тренировке жевательных мышц, мышц губ и языка. Употребление фруктов, овощей сопровождается слюноотделением, удлинением времени пережевывания пищи, интенсификацией роста и развития зубочелюстной системы. Необходимо бороться с вредными привычками (сосание и прикусывание пальцев, губ, щек, языка, различных предметов). Вредные привычки приводят к деформации зубных рядов, нарушению роста челюстей, а также функций зубочелюстной системы. Чтобы отучить ребенка от привычки сосать пальцы или другие предметы, мы применяли стандартные вестибулярные пластинки, миофункциональные аппараты, трейнеры.

Мы оценивали вредные привычки по классификации В.П. Окушко и в зависимости от этого пациенты были распределены на 3 группы.

В первой группе были пациенты, когда вредные привычки не имели физиологически приспособительного значения. Во второй группе вредные привычки имели физиологически приспособительные значения, т. е. это неправильно протекающие функции. В третьей группе были пациенты с неправильными позотоническими рефлексам.

Заключение. При постановке задач профилактики следует учитывать

периоды формирования зубочелюстной системы, сопровождаемые физиологическими, морфологическими и функциональными изменениями. Для каждого периода рекомендуется свой комплекс мероприятий, направленный на устранение неблагоприятных этиологических и патогенетических факторов. При реализации задач раннего ортодонтического лечения следует акцентировать внимание на широком использовании щитовой терапии (вестибулярные пластинки, пропульсоры, трейнеры, регуляторы функции Френкеля и др.), поскольку они позволяют добиться миодинамического равновесия в челюстно-лицевой области между периоральной и внутриоральной мускулатурой, а зубоальвеолярная дуга располагается между двумя группами противодействующих мышц и ее форма напрямую зависит от миодинамического равновесия.

В настоящее время большое значение приобретает возможность осведомления населения по вопросам профилактики зубочелюстно-лицевых аномалий через средства массовой информации. Нужно уделять внимание, пропаганде здорового образа жизни, привлекая высококвалифицированных стоматологов для проведения консультаций по вопросам стоматологического здоровья.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРОЕНИЯ ЗУБОАЛЬВЕОЛЯРНЫХ ДУГ В НОРМЕ И ПРИ ДИСТАЛЬНОМ ПРИКУСЕ В ПРОЦЕССЕ РОСТА ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Шаферс А.Ш., клинический ординатор кафедры ортодонтии;
Никифорова К.И., клинический ординатор кафедры ортопедической и общей
стоматологии;

Руководитель: Малыгин Ю.М., д.м.н., профессор кафедры ортодонтии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Значимость: изучаемого вопроса заключается в том, что несмотря на

многочисленные публикации по данной проблеме, все еще недостаточно сведений о динамике роста, развития и формирования зубоальвеолярных дуг в норме и при патологии, в частности при дистальном прикусе, это необходимо для дифференциальной диагностики

Цель. Основная цель работы заключалась в улучшении ортодонтической дифференциальной диагностики при сравнительном изучении строения зубоальвеолярных дуг в норме и при дистальном прикусе в процессе роста, развития и формирования зубочелюстной системы.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили гипсовые диагностические модели челюстей при постоянном прикусе 40 детей с ортогнатическим прикусом и 70 пациентов с дистальным прикусом в возрасте от 11–19 лет, а также использовался архивный материал кафедры ортодонтии.

Для анализа диагностических моделей были использованы следующие методики:

- сегментарный анализ по Gerlach;
- определение ширины зубных дуг по Pont с идлеками Linder-Harth, а также по Н.Г. Снагиной;
- для определения едины переднего отрезка зубных дуг применялась методика Korkhauz;
- для определения ширины и длины апикального базиса – методика Howes.

Содержание. В период формирования постоянного прикуса, т. е. смены зубов (6–12 лет) имеются факторы риска, возникновения дистального прикуса:

- нарушение комплектности, размерности и позиционности зубов и их зачатков;
- отсутствие трем, т. е. щелей между фронтальными зубами;
- разница в сумме размеров между нижними и верхними временными молярами;
- степень мезиализации, т. е. перемещения вперед нижней челюсти,

отсутствие стираемости жевательной поверхности временных зубов, также нарушение мезиального смещения боковых зубов, при наличии для них места в виде трем;

- правильный порядок смены зубов особенно при рудиментарном варианте формирования зубочелюстной системы.

В период доформирования постоянного прикуса (12–24 года) имеются следующие факторы риска:

- нарушение активности роста в челюстно-лицевой области;
- травмы передних зубов;
- преждевременная потеря зубов и последующее патологическое смещение соседних зубов на их место;
- заболевания височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС);
- генетические факторы (макродентия верхних зубов, макрогнатия верхней челюсти (микродентия и микрогнатия нижней челюсти);
- воздействие внешних факторов среды, влияющих на рост нижней челюсти.

После изучения диагностических моделей челюстей в норме и при дистальном прикусе было выявлено сужение зубных рядов, которое больше выражено в области верхних постоянных моляров, чем премоляров по сравнению с ортогнатическим прикусом и расчетной средней индивидуализированной нормой. Как правило, отклонения в ширине и длине зубных рядов сочетались с изменениями размеров их апикального базиса.

Заключение. Изучение морфологии зубных рядов позволило выявить следующие особенности, характеризующие дистальный прикус:

- деформацию зубных дуг в трансверсальном и сагиттальном направлениях; верхнего у 100% исследуемых и нижнего – в 98,4 % случаев;
- на верхней челюсти чаще наблюдается недостаточное или усиленное развитие апикального базиса и реже его деформацию по сравнению с зубным рядом;
- на нижней челюсти почти во всех случаях наблюдается задержка

развития апикального базиса.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕРЕСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПАРАМЕТРОВ, А ТАКЖЕ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ

Шеденко К.Ю., магистр кафедры высшей нервной деятельности

Руководитель: Анисимов В.Н., к.б.н., в.н.с.

Научный консультант: Ковалева А.В., к.б.н., с.н.с. НИИ нормальной
физиологии

МГУ им М.В. Ломоносова, г. Москва

Определение эмоционального состояния человека имеет значение во многих практических областях. В медицине, в частности, в психиатрии, доступ к эмоциональному и когнитивному состоянию человека инструментальными способами, может способствовать улучшению качества диагностики.

Целью данной работы является исследование глазодвигательных и вегетативных параметров, коррелирующих с субъективной оценкой интереса при чтении. Измерение физиологических показателей при демонстрации материала позволяет получить объективные показатели даже в том случае, если эмоции не осознаются респондентом, или в случае, когда респонденты могут не давать полную информацию исследователю о своем эмоциональном состоянии по различным причинам.

В исследовании приняли участие 38 здоровых добровольцев в возрасте от 18 до 27 лет (40 % мужчины, средний возраст $22 \pm 0,4$). В рамках исследования проводилась запись движений глаз инфракрасной камерой FastVideo 250B (Россия), запись ЭЭГ (Мицар-ЭЭГ-202, Россия), а также запись вегетативных показателей с помощью полиграфа ThoughtTechnology ProComp Infiniti System (Канада): КГР, ФПГ, температура, абдоминальное дыхание.

В качестве материала использовались описания туров, которые могут

являться моделью контента, вызывающего положительные эмоции. Тексты были стандартизированы по основным характеристикам. Количество символов было приведено к общему значению (730 ± 1). Сложность текстов проверялась с помощью тестов, адаптированных для русского языка: Flesch-Kincaid ($11,3 \pm 0,29$), Индекс автоматической читаемости ($11 \pm 0,22$), SMOG ($9,6 \pm 0,03$). Материал предъявлялся дважды в различных формах, после чего задавался вопрос о заинтересованности.

В ряде случаев добровольцы изменяли ответ после второго предъявления материала. Некоторые показатели при чтении не только отражают ответ на вопрос об интересе ($p < 0,05$), но и позволяют предсказывать изменение ответа по показателям в первом предъявлении. Наиболее точным показателем в этом плане является амплитуда саккад при чтении (критерий Краскела–Уоллиса, $n = 27414$, $\chi^2 = 294,94$, $df = 3$, $p < 0,0001$).

Глазодвигательные и вегетативные параметры по-разному коррелируют с субъективной оценкой интереса при чтении информационного контента. Более того, некоторые показатели могут служить предикторами изменения ответа после повторного предъявления. Таким образом, глазодвигательные параметры в перспективе могут использоваться для определения эмоционального состояния человека.

СОМАТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ С АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПО СХЕМЕ ХИТ-КАРТЕРА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО БИОИМПЕДАНСНОЙ ОЦЕНКИ

Шерагулова В.С., ординатор кафедры диетологии и нутрициологии
Руководитель: Семенов М.М., научный сотрудник лаборатории спортивной антропологии и нутрициологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии»
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования – изучить изменчивость соматотипа по схеме

Хит-Картера у больных с алиментарно-зависимой патологией и возможности его биоимпедансной оценки.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 104 пациента клиники ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» (26 мужчин и 78 женщин первого и второго периода в зрелом возрасте). У испытуемых определяли тотальные, продольные, поперечные, обхватные размеры тела и кожно-жировые складки различных участков тела. Антропометрические измерения проводили по стандартной методике, принятой в НИИ и Музее антропологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Продольные размеры тела определяли антропометром Мартина, массу тела – на электронных весах. Обхватные размеры измеряли пластиковой сантиметровой лентой, поперечные диаметры большим толстотным циркулем. Кожно-жировые складки определяли с использованием калипера Lange. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по методу Кетле. Соматотипирование определяли по схеме Хит-Картера. Обработка данных выполнялась с использованием программы MS Excel 2007 и Statistica 7. При определении компонентов соматотипа рассчитывали долю дисперсии R^2 и стандартную ошибку уравнения регрессии SEE. Проверку достоверности различия средних значений изучаемых признаков оценивали по t-критерию Стьюдента, $p < 0,05$.

Результаты. Получены анатомо-антропометрические характеристики половозрастных групп пациентов с алиментарно-зависимыми патологиями (ожирение различной степени и сахарный диабет 2-го типа). Значимые половые различия обнаружены по антропометрическим показателям между возрастными подгруппами и без учета возраста (слитый массив). По ИМТ значимых половых различий не обнаружено с учетом и без учета возраста. Следовательно, по показателю ИМТ мужчины и женщины не отличаются, а по показателю ЖМТ%, точно характеризующей степень жировотложения, обнаружены достоверные различия. Выявлено увеличение баллов компонентов соматотипа эндоморфии и мезоморфии в полтора раза при минимальных значениях компонента эктоморфии по сравнению с литературными данными.

Установлены достоверные половые различия по компоненту эндоморфия с учетом возрастных групп и на слитом массиве. Оценки компонентов соматотипа по Хит-Картеру регрессионными формулами, для эндоморфии и формула для мезоморфии в целом оказались неинформативными для данного контингента.

Заключение. Средние значения антропометрических показателей и значение средних соматотипов по Хит-Картеру у пациентов с алиментарно-зависимыми патологиями достоверно не отличаются в возрастных подгруппах 1-го и 2-го периода зрелого возраста у мужчин и женщин. С учетом возрастных подгрупп и без учета (слитый массив) отмечался выраженный половой диморфизм по антропометрическим показателям и по компоненту соматотипа эндоморфии за исключением ИМТ. Показана несостоятельность оценки соматотипа по Хит-Картеру у пациентов с алиментарно-зависимыми патологиями по данным биоимпедансометрии. Ввиду значимой корреляции биоимпедансных и антропометрических оценок компонентов соматотипа по Хит-Картеру показанных в работах считаем целесообразным разработку новых регрессионных уравнений для оценки соматотипа данного континента в последующем.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ХОФИТОЛА ПРИ НАРУШЕНИИ МАТОЧНО-ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА НЕВЫРАЖЕННОЙ СТЕПЕНИ

Шестопалова А.Н., ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Крамарский В.А., д.м.н., проф., член РАЕН

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

Цель работы: Ведущую роль в установлении нарушения маточно-плацентарного кровотока играет анализ кровотока в сосудах плода и маточной артерии с помощью доплерометрии. Л.С. Логутова, С.В. Новикова(2004). По

мнению С.В. Беговой, Н.С-М. Омарова(2009), Л.Е. Мурашко, В.А. Бурлев (2010) включение хофитола позволяет повысить эффективность лечения при нарушениях маточно-плацентарного кровотока (МПК), гипоксии плода во 2 и 3 триместрах беременности за счет повышения кислородного потока в этих сегментах кровяного русла. В тоже время результаты исследований, на основании доказательной медицины, указывают на неэффективность лечебных мероприятий при манифестированных формах плацентарной недостаточности, одним из проявлений которой является нарушение маточно-плацентарного кровотока В.Е. Радзинский (2011). Таким образом, противоречивость тактических подходов послужило основанием для проведения исследования, с оценкой эффективности и целесообразности применения хофитола при нарушении МПК.

Материал и методы исследования: исследовано 74 беременные женщины в сроки беременности с 27–28 недель с нарушением маточно-плацентарного кровотока, с динамическим наблюдением и лечением до родоразрешения. Все женщины были разделены на 2 группы. Первая группа беременных (42 человека) в комплексной терапии получала хофитол по 2 таблетки 3 раза в день за 15–20 минут до принятия пищи, на протяжении 3 недель. Вторая группа женщин 32 человека получала комплексную терапию основной патологии и терапию, направленную на улучшение реологических свойств крови. Оценка кровотока проводилась путем доплерометрии маточных артерий и артерий пуповины с параллельной оценкой биометрических показателей плода и проведением КТГ после 30 недель беременности. При нарушении кровотока 1 степени доплерометрия и КТГ проводились 1 раз в неделю. При 2-й степени 2 раза в неделю. В первой группе женщин средний возраст составил 25 лет (5,1), во второй группе 27 лет (6,2). В 1 группе первородящих было 29, повторнородящих 13 человек. Во второй группе соответственно 19 и 13 человек. Угроза прерывания беременности в 1 группе отмечалась в 36 (85,7 %) случаях, во 2 группе в 24 (75 %). Экстрагенитальная патология выявлена у всех наблюдаемых с артериальной

гипертензией 1 степени у 9 (21,4 %) женщин из 1 группы и у 7 (21,9 %) из второй. Из наблюдения исключены женщины с желчно-каменной болезнью, сахарным диабетом, выраженной преэклампсией и нарушением МПК 3 степени.

Результаты: Нарушение МПК 1 степени отмечено у 34 (81 %) и 2 степени у 8 (19 %) женщин из первой группы и у 28 (87,5 %) и 4 (12,5 %) из 2 группы соответственно. ЗВУР ассиметричная форма, легкой степени выявлена у 6 женщин из 1 группы и у 4 из второй. По данным КТГ гипоксия плода легкой степени (по Фишеру 6–7 баллов) отмечена в 7 наблюдениях из 1 группы и в 6 из второй. В процессе проводимой комплексной терапии с применением хофитола уже через 2 недели в 1 группе отмечено восстановление МПК у 28 (66,7 %) и улучшение у 7 (16,7 %) женщин. Во второй группе улучшение отмечено у 3 (9,4) и восстановление МПК у 10 (31,25 %). Восстановление показателей КТГ после 3 недель терапии и 4 недель наблюдения произошло во всех наблюдениях в обеих группах беременных женщин. Повторный курс хофитола в 1 группе женщин через 3 недели после окончания предыдущей терапии потребовался в 6 наблюдениях в 1 группе женщин в связи с появлением признаков угрозы прерывания беременности и нарушения МПК. Преждевременные роды в этой группе женщин произошли у 3 (7,1 %) беременных: через естественные родовые пути у 2 (4,8 %) посредством кесарева сечения у 1 (2,4 %) в связи с резким нарушением МПК. Во второй группе женщин повторный курс сохраняющей токолитической терапии потребовался уже в 34 недели у 5 беременных и у 3 в 35–36 недель. При этом 2 (6,25 %) случаях беременные родоразрешены в связи с появлением признаков преэклампсии выраженной степени в 35 недель посредством кесаревого сечения и 4 (12,5 %) в 35–36 недель через естественные родовые пути в связи с самопроизвольно развившейся родовой деятельностью. Родоразрешены в срок 39 беременных из 1 группы и 26 из второй. В состоянии гипоксии легкой степени (Апгар 6–7 баллов) родилось 5 новорожденных из 1 группы и 5 новорожденных из второй. В гипоксии с оценкой по Апгар

4–5 баллов родилось 2 (6,25 %) новорожденных после их 2 группы и 1 из первой (2,4%)

Выводы: При нарушении МПК в связи с угрозой прерывания беременности применение хофитола в 2 раза чаще восстанавливает МПК. Применение хофитола при угрозе прерывания беременности и нарушении МПК в 2,6 раз меньше происходит преждевременных родов и в 2,6 раза меньше рождается детей в гипоксии выраженной степени.

– Ю –

ТОННЕЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОДСЛИЗИСТАЯ ДИСSEKЦИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ КРУПНОЙ АДЕНОМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ

Югай О.М., Аспирант отдела эндоскопической диагностики и хирургии

Руководитель: Чернышов С.В., д.м.н. ведущий научный сотрудник отдела

онкопроктологии

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва.

Введение. Тоннельный метод подслизистой диссекции (ТЭПД), может являться методом выбора у пациентов с крупными аденомами толстой кишки, позволяя снизить частоту фрагментации и улучшить качество операционного препарата.

Цель. Улучшить результаты эндоскопического удаления крупных аденом толстой кишки

Материал и методы. У пациента, 70 лет при колоноскопии по месту жительства выявлено крупное LST образование прямой кишки, до 10 см. По данным колоноскопии в «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» в верхнеампулярном отделе прямой кишки определяется крупная латерально стелющаяся аденома, гранулярная, негомогенная, протяженностью 12 см., заполняет 3/4 просвета кишки, ямки эпителия по S. Kudo III, сосудистый рисунок по Sano II тип. Признаков малигнизации не выявлено. Была

запланирована ТЭПД.

Операция. Операция проводилась под анестезиологическим контролем с применением препаратов для неингаляционной общей анестезии и анксиолитиков по мере необходимости.

Для выполнения операции применяли видеогастроскоп, так как его диаметр более всего подходит для данного метода.

Первым этапом была образована «подслизистая подушка» путем инъекции раствора гиалуроновой кислоты окрашенной индигокармином. Лифтинг составил 5 мм. Затем выполнен окаймляющий разрез слизистой у дистальной границы опухоли, после чего манипулятором эндоскопа при помощи специального конусовидного колпачка, была проведена тракция границы резекции опухоли с последующим рассечением подслизистого слоя в пределах окаймляющего разреза. Затем произведено формирование тоннеля, путем рассечения подслизистого слоя под опухолью на всем ее протяжении, с последующим удалением. В процессе операции проводилась успешная превентивная коагуляция сосудов гемостатическими щипцами, в сформированном тоннеле.

После извлечения, операционный препарат был фиксирован на специальной планшете и только после этого отправлен на морфологическое исследование.

Результаты. Время операции составило 235 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 5 сутки.

Морфологическое заключение: Тубуло-ворсинчатая аденома с умеренной дисплазией эпителия, R0.

Выводы. Использование ТЭПД позволяет нивелировать сложности у пациентов с крупными новообразованиями толстой кишки и снизить частоту фрагментации операционного препарата.

ОСНОВНЫЕ ОШИБКИ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ДОКУМЕНТАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ РАДИАЦИОННЫМИ ОБЪЕКТАМИ

Юртова Е.В., ординатор кафедры радиационной гигиены им. ак. Ф.Г. Кроткова

Руководитель: Алехнович А.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Анализ документации, предоставляемой медицинскими организациями, эксплуатирующими генерирующие источники ионизирующего излучения, при проведении санитарно-эпидемиологической экспертизы с целью выявления соответствия (несоответствия) документации санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам.

Материалы и методы. Было обследовано более 50 объектов и проведено более 90 экспертиз в рентгенодиагностических кабинетах больниц и поликлиник города Москвы. Проанализирована инструктивная, организационно-распорядительная и другая внутренняя документация объектов.

Результаты. При проведении специалистами органа инспекции ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии г. Москвы» экспертизы документации, предоставляемой объектами, были выявлены нарушения, которые ставят под сомнение достоверность представленной в ней информации, препятствуют проведению экспертизы и получению санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам. Более чем у 40 % объектов документация не соответствовала требованиям санитарного законодательства. Основные выявляемые ошибки: недостоверные данные или устаревшие сведения в протоколах дозиметрического контроля и эксплуатационных параметров рентгеновских аппаратов. Встречаются протоколы измерений, выполненные организациями, не имеющими аттестат аккредитации. Отсутствуют протоколы измерений нерадиационных факторов (шум, освещение, микроклимат, температура поверхности элементов технического

оснащения и др.). Журнал регистрации инструктажа на рабочем месте, контрольно-технический журнал и карточки учета индивидуальных доз облучения персонала оформлены не в соответствии с установленными формами санитарных правил. Несвоевременно оформленные приказы о допуске персонала к работе с источниками ионизирующего излучения, об отнесении лиц к персоналу групп А и Б, о назначении ответственного за радиационную безопасность на объекте. Отсутствуют документы, подтверждающие обучение персонала группы А по вопросам радиационной безопасности и о своевременном прохождении ими медосмотра. Около 30 % объектов не располагали требуемыми документами, и только у 7 % объектов документация удовлетворяла требованиям санитарного законодательства в сфере обеспечения радиационной безопасности.

Выводы. В рамках проведения санитарно-эпидемиологических экспертиз, выявляя основные проблемы ведения организационно-распорядительной документации, специалисты ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии г. Москвы» могут проводить консультации с администрацией объектов, что предотвратит ошибки в будущем и будет способствовать повышению радиационно-гигиенической грамотности персонала и населения.

ДЕСТРУКТИВНЫЕ И НЕЙРОСТИМУЛЯЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ДИСКИНЕЗИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Юсупова А.Р., ординатор кафедры нейрохирургии, очная форма обучения

Руководители: Гуща А.О., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Болезнь Паркинсона (БП) – медленно и неуклонно прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, поражающее экстрапирамидную моторную систему. Несмотря на успехи современной

фармакологии, комплексная терапия является симптоматической, а не этиологической, а также имеет ряд недостатков, существенно снижающих качество жизни пациентов с БП. Помимо ярко выраженных побочных эффектов, вплоть до непереносимости терапии пациентом, длительный прием препаратов леводопы может приводить к возникновению лекарственных дискинезий (ЛД), моторных флуктуаций, синдрома «on-off», феномена «истощения» дозы. Моторные флуктуации и лекарственные дискинезии являются самостоятельным дезадаптационным фактором, влияющим на повседневную активность пациента. Хирургическое лечение пациентов с БП (применение деструктивных и нейростимуляционных вмешательств) успешно применяется с целью снижения выраженности побочных действий фармакотерапии, в том числе ЛД. В настоящее время эффективными считаются воздействия на постероventральные отделы внутреннего сегмента бледного шара, что приводит к выраженному эффекту в виде снижения выраженности или исчезновения ЛД.

Цель исследования. Оценить клинические результаты деструктивных (постероventральная паллидотомия) и нейростимуляционных (DBS внутреннего сегмента бледного шара) вмешательств у пациентов с лекарственными дискинезиями при болезни Паркинсона.

Материалы и методы. Хирургическое лечение было проведено 68 пациентам с БП, осложненной ЛД (14 пациентам проведена постероventральная паллидотомия (ПВП) и 54 пациентам – DBS внутреннего сегмента бледного шара), в период с 2012 по 2018 гг. в ФГБНУ НЦН. Вмешательство выполнялось контрлатерально стороне с максимально выраженными дискинезиями. Выраженность ЛД оценивали по шкале UPDRS (часть IV-A), повседневную активность и качество жизни – по опроснику PDQ-39 и шкале Шваба-Ингланда, проводили оценку до операции, через 1 неделю и через 6 месяцев после операции.

Результаты. Через 1 неделю после хирургического лечения у всех пациентов (100 %) отмечался регресс контрлатеральных дискинезий на

68,3±9,7%, у 50 % пациентов было выявлено снижение выраженности ипсилатеральных дискинезий в среднем на 43 %. У 50 % пациентов из группы ПВП удалось снизить дозу леводопы (в среднем на 15 % от принимаемой ранее дозы), из группы DBS – у 56 %. [1] При оценке через 6 месяцев после операции регресс контрлатеральных ЛД составил 55,7±8,8 %, ипсилатерально выраженность ЛД вернулась к предоперационному уровню. Применение ПВП и DBS позволило достоверно улучшить показатели повседневной активности и качества жизни: по шкале Шваба–Ингланда в ON-периоде на 20%, в OFF-периоде — на 30 %, по опроснику PDQ-39 — на 31 %. Существенных послеоперационных осложнений не наблюдалось. У 3 пациентов (4 %) отмечены легкие нарушения речи по типу дизартрии, которые регрессировали через 2–3 недели после операции.

Выводы. Наш опыт подтверждает, что односторонняя ПВП и DBS внутреннего сегмента бледного шара являются эффективными и безопасными методами хирургического лечения БП, осложненной ЛД. Проведение микроэлектродной регистрации нейрональной активности, а также тестовой стимуляции позволяет точно позиционировать электрод, что улучшает результаты лечения.

РЕТРОПЛЕВРАЛЬНАЯ ТЕРАТОМА

Юсупова А.Р., ординатор кафедры нейрохирургии

Руководители: Гуца А.О., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Тератома – эмбрионально-клеточная опухоль, представляет собой ткань или орган, нетипичный для локализации опухоли. Чаще являются гонадными, но встречаются экстрагонадные тератомы (крестцово-копчиковые, тератомы переднего средостения, ретроперитонеальные тератомы).

Клинический случай. Пациентка М., 36 лет, обратилась с жалобами на

периодические боли в нижнегрудном отделе позвоночника справа с иррадиацией в правый бок и правое подреберье.

Заболела остро, в конце февраля 2019 года развился высокоинтенсивный болевой синдром в правом боку до 10 баллов по ВАШ. Была госпитализирована по месту жительства, соматической патологии не выявлено. Через 3 дня боль существенно уменьшилась и с тех пор беспокоит периодически интенсивностью до 4 баллов по ВАШ. Симптоматическая терапия (кеторол, трамадол) без эффекта. При МРТ грудного отдела позвоночника – объемное образование на уровне Th11-Th12 справа.

При поступлении интенсивность болевого синдрома по ВАШ до 4 баллов. Неврологический дефицит отсутствует.

Принято решение о хирургическом лечении пациентки – удалении объемного образования Th11-Th12 справа.

Во время оперативного вмешательства обнаружено кистозное образование, содержимое которого отправлено на посев и гистологическое исследование. Капсула новообразования иссечена и также отправлена на гистологическое исследование. По результатам исследований: гистологическая картина соответствует зрелой тератоме. Результаты иммуногистохимического исследования: экспрессия pan-keratin, ЕМА отмечается в эпителиальной выстилке кишечного типа и структурах, гистологически соответствующих слюнным железам. Реакция с анти-S100 отмечается в хондроцитах дифференцированного хряща. Результаты посева на флору: стерильно.

На 1е сутки после операции динамика положительная, отмечался регресс болевого синдрома. На 2-е сутки после операции была переведена из ОРИТ. Через пять дней развился интенсивный болевой синдром в области послеоперационной раны и правой половины туловища, назначен трамадол 100 мг в/м однократно.

До получения результатов гистологического исследования пациентка консультировалась у рентгенологов, онкологов. Предполагали, что новообразование представляет собой эхинококковую кисту, абсцесс,

невриному.

По результатам контрольных МРТ через 1 и 6 месяцев отмечается регресс опухоли, послеоперационные изменения в области выполненного оперативного вмешательства.

Выводы. Представленное клиническое наблюдение уникально: в литературе авторы нашли лишь два похожих случая (ретроплевральная тератома у девятимесячного мальчика и ретроперитонеальная тератома у девушки 28 лет). Зрелая тератома представляет собой доброкачественное новообразование, достаточно проведения хирургического лечения в необходимом объеме.

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

Материалы конференции

Подписано в печать 20.03.2020

Формат 60×84 $\frac{1}{16}$

Печ. л. 18,5

Тираж 500 экз.

Заказ № 94

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 Минздрава России
ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993