

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

**VIII Конференция молодых ученых РМАНПО
с международным участием
«ГОРИЗОНТЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ»**

Материалы конференции

Том I

Москва

2017

УДК 61.001-06.053

ББК 72ж

К 652

VIII Конференция молодых ученых РМАНПО с международным участием «Горизонты медицинской науки»: сборник материалов конференции; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования». М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017. Т. I. 270 с. ISBN 978-5-7249-2688-1

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 61.001-06.053

ББК 72ж

ISBN 978-5-7249-2688-1

© Российская медицинская академия
непрерывного профессионального
образования, 2017

Дорогие молодые коллеги!

В восьмой раз Академия принимает в своих стенах научно-практическую конференцию молодых ученых, которая за эти годы приобрела международный статус. Название нашего форума - "Горизонты науки" - отражает вектор научных исследований молодых ученых-медиков: создание высокотехнологичной и интеллектуально насыщенной превентивной, персональной и профилактической медицины будущего, совершенствование диагностики и лечения социально значимых заболеваний. Внедрение в практику лечебных подходов, разрабатываемых на основе исследований молодых ученых, несомненно, будет способствовать повышению качества жизни.

В этом учебном году Академия стала больше и сильнее в связи с присоединением к ней четырех уважаемых и авторитетных организаций системы дополнительного профессионального образования Казани, Иркутска, Новокузнецка и Пензы. Соответственно, в Академии теперь стало еще больше молодых ученых, увлеченных медицинской наукой, и это очень заметно и по увеличению количества присланных для публикации работ и заявленных устных докладов, и по тому, что они стали более разнообразными, качественными и интересными. Очень ценно, что одним из результатов объединения стало расширение возможностей заниматься медицинской наукой за счет объединения интеллектуальных и материальных ресурсов, научного оборудования и методик. Это особенно важно для выполнения научных исследований по приоритетам, обозначенным в принятой в декабре 2016 года «Стратегии научно-технического развития России». Реализация любых планов невозможна без вовлечения молодых талантливых людей, необходимость поддержки которых провозглашена на государственном уровне, в том числе и в виде различных грантовых программ, предназначенных для молодых ученых. Данный форум также является одним из способов поддержки молодежной медицинской науки и я искренне надеюсь, что для многих из вас он даст импульс к дальнейшей жизни в науке.

Желаю успешного проведения мероприятия, новых интересных научных контактов и проектов перспективных научных исследований.

Ректор
академик РАН



Л.К. Мошетова

Оглавление

1.	Абациева М.П. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛОМИКИ В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ	23
2.	Абдуллаев М.Д. ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ	25
3.	Абдуллина А.А., Боков Р.О. СРАВНЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ИНТРАНАЗАЛЬНОГО И ВНУТРИБРЮШИННОГО ВВЕДЕНИЙ СЕМАКСА НА ПОВЕДЕНИЕ И mGluRII-РЕЦЕПТОРЫ МЫШЕЙ BALB/C	27
4.	Абдураззаков Ф.Ш. МИГРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	29
5.	Абельский Д.Е. СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ ФЕМТО-ЛАСИК ПО СТАНДАРТНОМУ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОМУ ПО ДАНЫМ АБЕРРОМЕТРИИ ПРОТОКОЛАМ АБЛЯЦИИ	30
6.	Абрамова В.Н. КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА СТАРШЕ 75 ЛЕТ	32
7.	Абрамова Е.С., Сурменёв Д.С. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У КРЫС В УСЛОВИЯХ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО МЕТАЛЛОКОМПЛЕКСНОГО АНТИГИПОКСАНТА	34

8. Абрамова О.А., Бодрова Н.А.
 КРАНИОЦЕРВИКАЛГИЯ КАК ЕДИНСТВЕННОЕ
 ПРОЯВЛЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА:
 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 36

9. Агеева А.И.
 ПРЕФОРМИРОВАННЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В
 КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С
 ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ 38

10. Алексеева А.Г.
 СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ,
 ПРОТЕКАЮЩЕЙ С ОНЕЙРОИДНО-КАТАТОНИЧЕСКИМИ
 СОСТОЯНИЯМИ В ПРИСТУПАХ 41

11. Аликов А.В.
 ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ
 КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ
 ОРГАНИЗАЦИЯХ 43

12. Аллояров П.Р.
 УСЛОВИЯ ТРУДА НА ПРЕДПРИЯТИЯХ ПО ДОБЫЧЕ
 НЕРУДНЫХ СТРОИТЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ (НА ПРИМЕРЕ
 ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ) 45

13. Амосова В.А.
 ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОЙ
 БРАХИТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГРУППЫ УМЕРЕННОГО
 РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
 ЖЕЛЕЗЫ 47

14. Анисимова Е.А., Имагиллова Р.К.
 ПРОБИОТИКИ VS АНТИБИОТИКИ: ОЦЕНКА
 МОБИЛЬНОСТИ ГЕНОВ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ
 У ПРОБИОТИЧЕСКИХ ЛАКТОБАЦИЛЛ 49

15. Аргинбаев М.Н.
ДИСТРЕСС – РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА
СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВУЗА 51
16. Арзамасцева А.А., Волкова А.С., Зиганшина Э.Э., Григорьева
Т.В., Сакулин К.А., Яруллина Д.Р.
ХАРАКТЕРИСТИКА КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ
ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ
ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА 53
17. Артемова А.С., Коростелев Д.С., Белоказанцева В., Урюпина
А.А., Горовая А.Д.
К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ КАРОТИДНОЙ
ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ У БЕССИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ 55
18. Артемова А.С.
ВЫБОР МЕТОДА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ У
ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 57
19. Арынов А.А.
КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВАРИАНТОВ
НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ 58
20. Асоскова А. В.
МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ХРОНИЧЕСКОЙ
СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЫ 60
21. Астафьев В.В.
ПОДГОТОВКА ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ 62
22. Атжаксынова Б.С.
РИСКИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА
СЧЕТ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА 64

23.	Ашеков Е.О.	
	АЛКОГОЛИЗМ – ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА	66
24.	Бабаджанов Ж.К., Эгамбердиев К.К.	
	ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ	68
25.	Бабаев А.Б.	
	НИЗКОДОЗНАЯ БРАХИТЕРАПИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НИЗКОЙ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА	70
26.	Бабкина О.В.	
	ПОВЫШЕННАЯ ДНЕВНАЯ СОНЛИВОСТЬ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА И ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ	73
27.	Байрамова Г.Ф., Агмадов А.М., Байрамова Э.Ф.	
	ОДНОВРЕМЕННЫЙ Т-САТ ЕРІLASІK С АКСЕЛЕРАТИВНЫМ КРОССЛИНКИНГОМ РОГОВИЧНОГО КОЛЛАГЕНА ПРИ КЕРАТОКОНУСЕ	74
28.	Барабаш Р.А.	
	МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ	76
29.	Баранова Е.В.	
	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ДИЕТОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА	78
30.	Бардакова К.Н.	
	СВЕРХКРИТИЧЕСКАЯ ФЛЮИДНАЯ МОДИФИКАЦИЯ ЛАЗЕРНО-СТРУКТУРИРОВАННЫХ МАТРИКСОВ	80

31. Барышева Е.М, Запесоцкая С.Я., Барышев А.С., Солдатов В.О.,
Полушведкина О.Б.
ПОЛИМОРФИЗМЫ -174G>C ГЕНА IL6 И -308G>A ГЕНА TNF,
АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ МИОМЫ МАТКИ 82
32. Безъязычная А.А., Ипатов В.Ю.
ПОИСК ОПТИМАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ИЗОЛИРОВАНИЯ
ЦЕФТРИАКСОНА ИЗ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА
(ТКАНЕЙ ПОЧКИ) 84
33. Безъязычная А.А., Ипатов В.Ю.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕФТРИАКСОНА В БИОЛОГИЧЕСКОМ
МАТЕРИАЛЕ МЕТОДОМ СПЕКТРОФОТОМЕТРИИ В УФ-
ОБЛАСТИ 85
34. Белозерова А.В.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ С
ХЛОРГЕКСИДИНОМ И МЕТРОНИДАЗОЛОМ 86
35. Бельская К.И.
СЛУЧАЙ ОККЛЮЗИРУЮЩЕГО 88
НЕЙРОРЕТИНОВАСКУЛИТА
36. Беляков Г.И.
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПЛАВИКОВОЙ КИСЛОТЫ И
САНДБЛАСТИНГА ПРИ ЦЕМЕНТНОЙ ФИКСАЦИИ
КЕРАМИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ИЗ ДИОКСИДА
ЦИРКОНИЯ И ЛИТИЯ ДИСИЛИКАТА 90
37. Берсенёва О.В., Ерыгина А.А., Черноусов В.В.
БРАХИТЕРАПИЯ И ЭНУКЛЕАЦИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
МЕЛАНОМЫ ХОРОИДЕИ НА БАЗЕ ЧОКОД 2014-2016гг. 92
38. Блинова Н.П., Алексеев А.М., Петрова К.В.
ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ,

	ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ	94
39.	Бордовский С.П., Никулин В.Э. ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО НЕ РЕКОМЕНДОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПО КРИТЕРИЯМ «STOPP/START» ПАЦИЕНТАМ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	96
40.	Бородулина Э.В. ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА	98
41.	Бржезинская Л.Б. К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ ПУБЕРТАТА У МАЛЬЧИКОВ	100
42.	Бруслик Н.Л., Ахатова Д.Р., Яруллина Д.Р. АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНЫЕ ШТАММЫ ЛАКТОБАЦИЛЛ КАК ОСНОВА ПОЛИКОМПОНЕНТНОГО ПРОБИОТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА	102
43.	Брюханова Е.Н. ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЛИТЕЛЬНЫХ РЕМИССИЙ В КЛИНИКЕ АЛКОГОЛИЗМА	104
44.	Васемазова Е.Н. ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ДИСБАЛАНСА У ПОЖИЛЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	106
45.	Вечеринкина С.Б. АТЕРОСКЛЕРОЗ У ЛИЦ НАПРЯЖЕННОГО ТРУДА С ХОРОШО КОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	108

46. Волужева С.В., Жукова А.Р.
СОПОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И
ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПИРАМИДНОЙ
СИСТЕМЫ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ 110
47. Воронина Д.Д.
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ
МАГНИТОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ
МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ 112
48. Галиуллина Л.А.
ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН КОРЕННОГО
НАСЕЛЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АО ПРИ
БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ 114
49. Гариева М.А.
ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У РАБОТНИКОВ
ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО
ТРАНСПОРТА, РАБОТАЮЩИХ В НОЧНЫЕ СМЕНЫ 116
50. Гибазова О.Р., Козлов А.А.
МЕТОДИКА ОТЛУЧЕНИЯ ОТ АППАРАТА ИСКУССТВЕННОЙ
ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ В РЕЖИМАХ VI-VENT И CPAP
У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ
ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ И НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА 118
51. Гибазова О.Р., Козлов А.А.
ОСОБЕННОСТИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ
И ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОМ
ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ
С ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ 120
52. Гильметдинов А.Ф.
ВЛИЯНИЕ ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВАРИАНТА

	ОПУХОЛИ НА НЕОБХОДИМОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ИПСИЛАТЕРАЛЬНОЙ ДОЛЕВОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО	123
53.	Гиннятулина Р.И. ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	125
54.	Голубева А.В. ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫМИ ДОЗАМИ АТОРВАСТАТИНА НА ПАРАМЕТРЫ АППЛАНАЦИОННОЙ ТОНОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ STEM1	127
55.	Гончаров В.В. ЭФФЕКТЫ ГИПЕРОСМОЛЯРНЫХ РАСТВОРОВ ГЛЮКОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ	129
56.	Гордон Р.Э. СИМВАСТАТИН ОКАЗЫВАЕТ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЙ ЭФФЕКТ НА МЕДУЛЛОБЛАСТОМУ ТИПА SONIC HEDGEHOG	131
57.	Горемыкина М.С. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РАСЧЕТ ПОСТУПДЕНИЯ НУТРИЕНТОВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	132
58.	Гугнин А.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	134
59.	Гурбанов Т.В. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ	

	ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И РЕАКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.	135
60.	Гуськова Ю.А., Душина Е.В. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЗОНЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ПАРАМЕТРЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ	137
61.	Данилевская М.М., Ахремцова А.А. ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ТРАНСФУЗИЙ ПРИ ПЕРЕХОДЕ НА БЕЗВОЗМЕЗДНОЕ ДОНОРСТВО	139
62.	Даутова А.А., Башаров Г.Х. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ	141
63.	Демьянчук Д.Н., Губарь А.С. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ОПЕРАТИВНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА	143
64.	Денисенко Н.П., Рыжикова К.А., Созаева Ж.А. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА С3435Т ГЕНА АВСВ1 У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА	145
65.	Джасим Н. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАРКЕРОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ, ПРИБЫВАЮЩИХ В РОССИЙСКУЮ ФЕДЕРАЦИЮ	147
66.	Джафарли Имми Вугар Кызы, Ганькина О.А. ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОМИНИРУЮЩЕГО ПОЛУШАРИЯ	149

67. Дулаева С.К.
ВЫБОР ГАСТРОЭНТЕРОСТОМИИ ПРИ СТЕНОЗЕ
ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ
ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ 151
68. Дюжев Д.В.
СВЯЗЬ АКТИВНОСТИ СУРЗА С ПОКАЗАТЕЛЕМ УРОВНЯ
КОНЦЕНТРАЦИЯ/ДОЗА ГАЛОПЕРИДОЛА У ПАЦИЕНТОВ С
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ 153
69. Дюкарев В.В.
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЧЕРЕПНО-
МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ 155
70. Егоров М.В.
ВОЗМОЖНОСТИ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ ТОМОГРАФИИ В
ОЦЕНКЕ ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА 157
71. Егорова Е.В., Коломан И.И.
"МОСКВА" В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ
ПАРКИНСОНА 159
72. Жучков А.В., Чертовских Я.В., Попова Я.В.
ВЛИЯНИЕ НОСИТЕЛЬСТВА РАЗЛИЧНЫХ ГЕНОТИПОВ ПО
СУРЗА5*3 НА ФАРМАКОКИНЕТИКУ ПРЕПАРАТА
ТАКРОЛИМУС У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ
ПЕЧЕНИ 161
73. Загдай С.П.
ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ ЖЕНЩИН ЗА
ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ 163
74. Зиняков С.А.
ОРГАНИЗАЦИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ И УПРАВЛЕНИЯ

	ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ РОССИИ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОГО ПОДХОДА	165
75.	Зобкова Г.Ю. ПОПУЛЯЦИОННЫЙ СКРИНИНГ НА НОСИТЕЛЬСТВО МУТАНТНЫХ ГЕНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ МОНОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	167
76.	Зуева А.В. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	169
77.	Зыкин А.П. ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ УДВОЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА	171
78.	Зябрева И.А. РЕФЛЮКСНЫЙ СИНДРОМ И ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ПРИ ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОМ РЕФЛЮКСЕ	173
79.	Иванова Е.В., Иващенко Д.В. КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕНОБАРБИТАЛ- СОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	175
80.	Иванова Е.В., Иващенко Д.В. АНТИПСИХОТИКИ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: ОЦЕНКА ОПАСНЫХ И ЗНАЧИМЫХ МЕЖЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ	177

81.	Иванова Л.В.	СТИГМАТИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ (РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ВРАЧЕЙ ОРДИНАТОРОВ И ИНТЕРНОВ)	179
82.	Игнатова А.В.	МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЛАНОМ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ГОЛОВЫ И ШЕИ (ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНО-ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ)	181
83.	Идрисова М.Б.	ВЛИЯНИЕ ИОННО-РЕФЛЕКТОРНОГО ИМПУЛЬСНОГО МАГНИТОЭЛЕКТРОФОРЕЗА НА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА	183
84.	Ижбулатова Я.Б.	ОСОБЕННОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ И МАГНИТНО- РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА	185
85.	Индароков Т.Р.	РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ С ПРЕВЕНТИВНЫМ ШВОМ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ	186
86.	Иониди П.В.	МИКРО-РНК КАК НОВЫЙ ТРАНСКРИПТОМНЫЙ БИОМАРКЕР ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС	188
87.	Исмагилов А.Д.	ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, УДЛИНЯЮЩИХ ИНТЕРВАЛ QT И ИХ КОМБИНАЦИЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	191
88.	Каболова К.Л.	НАРУШЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА В СТРУКТУРЕ ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК	193

89. Казаков А.М.
ЗНАЧЕНИЕ МУТАЦИИ ANAPLASTIC LYMPHOMA KINASE (ALK) И TUMOR-ASSOCIATED GLYCOPROTEIN 72 (TAG-72) В ЛЕЧЕНИИ И ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ 195
90. Канаева Т.В., Степанцова Ю.Н.
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ТРОМБОАНГИИТОМ В РФ И САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ 197
91. Камышанский Е.К., Быкова Т.Н., Быкова С.Н., Домбаев А.А., Алтаев Н.С.
СТРУКТУРНАЯ НЕЗРЕЛОСТЬ ПЛАЦЕНТЫ АССОЦИИРУЕТСЯ С ГИПОКСИЧЕСКИМ ДИСТРЕССОМ ПЛОДА 199
92. Каприн Д.А.
НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 200
93. Кардашенко Я.Р.
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ 202
94. Карлсен А.А., Соболева Н.В., Кичатова В.С.
ЦИРКУЛЯЦИЯ ВИРУСА ГЕПАТИТА С СРЕДИ УСЛОВНО ЗДОРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 204
95. Касымбекова Ф.Н., Акимбаева Н.К.
КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ РАЗВИТИЯ ПЛОДА 206
96. Кечиян Д.К.
КАТЕТЕРИЗАЦИЯ И ШУНТИРОВАНИЕ СРЕДНЕГО УХА. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА 207

97. Килина Д.А., Рыбникова А.В.
ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ 209
98. Кирилин М.М., Малкина В.Д.
ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В
КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЕ «DOLPHIN IMAGING» ПРИ
ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У
ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМИ
АНОМАЛИЯМИ 211
99. Киценко Ю.Е., Юрова М.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛИМФОДИСЕКЦИИ ПРИ
КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ НА ФОНЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ 213
100. Кичатова В.С., Карлсен А.А., Соболева Н.В.
КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ В ГЕНОМЕ
ВИРУСА ГЕПАТИТА С 215
101. Клемина А.Д.
МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ
АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ
ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРОВ ХЛОРИНОВОГО РЯДА 217
102. Ковалев И.Г.
ПРОТИВОСУДОРОЖНЫЕ И НООТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ
НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ 4-ФЕНИЛПИРРОЛИДОНА,
ЛЕВЕТИРАЦЕТАМА И ПИРАЦЕТАМА 219
103. Коваленко К.Ю.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ
С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА
В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ 221

104. Коваль О.А.
РОЛЬ АНТЕРОЛАТЕРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ В СТАБИЛИЗАЦИИ
КОЛЕННОГО СУСТАВА IN VIVO И IN VITRO. 223
105. Козлов А.А., Гибазова О.Р.
МАРКЕРЫ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО
ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ДИАГНОСТИКЕ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У
НЕДОНОШЕННЫХ НОВорожденных 225
106. Коклина А.В.
АКТГ-ЭКТОПИРОВАННЫЙ СИНДРОМ, КЛИНИЧЕСКИЙ
СЛУЧАЙ 227
107. Колесникова Е.Н.
ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У
ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА ВКУСОВОЙ
ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ 229
108. Колесникова Е.Н.
ВКУСОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К
ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ И ЕЁ ОСОБЕННОСТИ У
ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И
ОЖИРЕНИЕМ 231
109. Комаров С.Д.
ВЛИЯНИЕ АКТИВНОСТИ ИЗОФЕРМЕНТА CYP2D6 НА
ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ РАВНОВЕСНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ
ГАЛОПЕРИДОЛА У ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ 233
110. Конова О.Д., Рыжикова К.А., Созаева Ж.А.
ВЛИЯНИЕ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА
rs2108622 ГЕНА CYP4F2 НА РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К

	КЛОПИДОГРЕЛУ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	235
111.	Королева Е.А. ПРОЛАПС ВЕРХНЕГО СВОДА КОНЪЮНКТИВЫ ПРИ КРАНИООРБИТАЛЬНОЙ ТРАВМЕ	236
112.	Костицына М.А. ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВАРИАБЕЛЬНОСТЬЮ КОНЦЕНТРАЦИЙ ВАНКОМИЦИНА В РУТИННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	238
113.	Косян А.А. ВЛИЯНИЕ КОКАРНИТА НА УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА И НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА	240
114.	Кравченко Л.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И МАРКЕРНАЯ ДЕТЕКЦИЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ	241
115.	Круглов Е.Е. АНТИБИОТИКОУСТОЙЧИВОСТЬ И СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ, ВЫДЕЛЕННОЙ ОТ ПАЦИЕНТОВ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ	243
116.	Кувшинова Я.В. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	245
117.	Купаева В.А. РОЛЬ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА В РАЗВИТИИ ОЖИРЕНИЯ	247

118. Курков А.В.
ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ РЕБЕРНЫХ
ХРЯЩЕЙ ПРИ ВОРОНКОВИДНОЙ И КИЛЕВИДНОЙ
ДЕФОРМАЦИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ 249
119. Куров М.А.
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО
СУСТАВА 251
120. Лапина Е.Ю.
ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О СКРИНИНГЕ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЕГО ВАЖНОСТЬ
ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА 253
121. Леванов А.Н., Денисенко Н.П., Рябова А.В.
КОНЦЕНТРАЦИЯ ДАБИГАТРАНА И СОСТОЯНИЕ
ФУНКЦИИ ПОЧЕК В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ У РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ 255
122. Левченко А.С., Распопов А.А.
РОЛЬ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ
ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА 259
123. Лохов А.В.
РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ
ФОРМАМИ ИНСУЛЬТОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 261
124. Лукина Е.С.
АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ
КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ОЖИРЕНИЕМ НА АМБУЛАТОРНОМ
ЭТАПЕ 263

125. Лукина М.В.
ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РАННЕМ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ И
ФАКТОРЫ РИСКА 265
126. Лялина А.С., Хисамутдинова А.М., Мокшина П.С.
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ 267

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАБОЛОМИКИ В ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ

Абациева М. П., аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней,
гастроэнтерологии и диетологии

Руководитель: Бакулин И. Г., д.м.н., проф.

СЗГМУ имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Технологии, используемые в "омных" науках, позволяют одновременно измерять значительные количества биомолекул. На сегодняшний день эти технологии активно внедряются в практических целях, чтобы создать новые тесты для диагностики заболеваний, оценки риска их возникновения, ответной реакции организма на лекарственное воздействие. Однако, являясь мировым трендом в создании новых диагностических методов, сегодня "омные" тесты пока не дошли до стадии практического применения. В особенности это касается метаболомики, самой молодой из "омных" наук.

Цель исследования: показать результаты проведенных метаболомных исследований и определить возможности их проведения в диагностических целях.

Материалы и методы. С помощью баз данных (Pubmed, Scopus, elibrary.ru) проведен поиск информации о применении метаболомики в диагностических целях. Изучены результаты с 2005г. по 2016г. Метаболомный профиль исследуется в онкологии, гастроэнтерологии, кардиологии и неврологии. При исследовании биоптатов рака молочной железы выявили значимое повышение уровня холин-содержащих соединений, понижение глицерофосфохолина и глюкозы по сравнению с показателями в здоровой ткани. Nishiumi S. и соавт. в 2012г. исследовали метаболом сыворотки крови при колоректальном раке на основании сывороточных маркеров. Показатели их чувствительности, специфичности и точности составили 85%. Кроме того, в 2010г. Qiu Y. и Cheng Y. с соавт.

изучили метаболиты мочи у пациентов с колоректальным раком, где также выявили изменения по сравнению с контрольной группой. При изучении метаболомных профилей при раке предстательной железы и раке головного мозга выявлены корреляции и активно ведутся новые исследования. Показаны возможности метаболомики в идентификации потенциальных биомаркеров неалкогольной жировой болезни печени и неалкогольного стеатогепатита, изучены низкомолекулярные метаболиты при воспалительных заболеваниях кишечника и целиакии. Lewis G.D.; Sabatine M.S. с соавт. в 2005г. изучили метаболом пациентов с ишемией. Были выявлены 6 метаболитов, концентрации которых существенно различались у больных и в здоровой группе. Исследования метаболома в гинекологии проводятся в разных направлениях: Vouk K. и соавт. в 2012г. обнаружили повышенные уровни фосфатидилхолина и сфингомиелина в плазме женщин с эндометриозом, по сравнению со здоровыми. В 2012г. Atiomo W. И Daykin C.A. исследовали метаболом плазмы женщин с синдромом поликистозных яичников, где выявлено значительное снижение концентраций метаболитов по сравнению с гинекологически здоровыми женщинами. В 2007 г. в исследовании у пациентов с депрессией Paige L.A. и соавт. выявили значимые различия между метаболическим профилем больных в стадии обострения и здоровых. В 2008 г. Bogdanov M. и соавт. изучали метаболом при болезни Паркинсона. Разница между метаболическими профилями пациентов и группой контроля была значимой. Kaddurah-Daouk R. и соавт., в 2011г. изучая цереброспинальную жидкость при болезни Альцгеймера, подтвердили целесообразность дальнейших метаболомических исследований с целью идентификации возможных биомаркеров заболевания.

Заключение. Масс-спектр метаболома различных биологических жидкостей, полученный с помощью газовой хромато-масс-спектрометрии, является мультивариационной характеристикой, позволяющей достоверно диагностировать или оценивать риск возникновения социально значимых заболеваний. Если использовать данный метод для скрининг-диагностики,

это будет означать действительный переворот в клинической микробиологической лаборатории и в клинической медицине в целом.

ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Абдуллаев М.Д., студент 3-го курса

Руководитель: Попова Е.В., к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО ОрГМУ, г. Оренбург

Моногенные болезни - это разнородная по клиническим проявлениям группа заболеваний, обусловленных мутациями на уровне гена. Одним из наиболее часто встречающихся моногенных заболеваний является врожденный гипотиреоз. В основе любой формы врожденного гипотиреоза лежит абсолютная или относительная недостаточность тиреоидных гормонов.

Гормоны щитовидной железы представляют собой йодированные молекулы, называемые йодтиронидами. Главным стимулятором секреции Т4 и Т3 является тиреотропный гормон. В свою очередь, секреция ТТГ контролируется пептидным гормоном гипоталамуса — тиролиберином.

Гипотиреоз приводит к развитию дисметаболизма, снижению скорости протекания окислительных процессов, активности ферментативных систем, повышению трансмембранной клеточной проницаемости. Дефицит тиреоидных гормонов грубо нарушает процессы роста, дифференцировки всех тканей и систем организма. С введением в клиническую практику высокочувствительных радио- и иммунологических методов определения концентрации гормонов - Т3, Т4 и ТТГ в крови стала возможной ранняя диагностика врожденного гипотиреоза.

Актуальность. Поскольку свободные Т3 и Т4 обеспечивают биологическую и метаболическую активность, не вызывает сомнения их большая диагностическая значимость.

Цель исследования. Изучение уровня тиреоидных гормонов и ТТГ у пациентов с врожденным гипотиреозом различных возрастных групп.

Материалы и методы. В данном исследовании приводится анализ уровня Т3, Т4 и ТТГ у 42 пациентов с врожденным гипотиреозом, проходящих обследование в «ПНИЛ по изучению механизмов естественного иммунитета ОрГМУ». Уровень гормонов определялся методом ИФА. Статистическая обработка проведена с помощью пакетных программ «Statistica-10», с использованием методов параметрической статистики.

Результаты и обсуждение. Обследуемые были разделены на группы по возрастному критерию: 1) 1 месяц - 1 год, 2) 1 год - 14 лет, 3) старше 15 лет. В ходе работы установлено, что средние значения уровней Т3, Т4 во всех возрастных группах соответствуют референсным значениям, рекомендованным фирмой-изготовителем и принятым в ПНИЛ. Однако выявленное повышение уровня ТТГ во всех возрастных группах может указывать на наличие гипотиреоза.

Число детей до года, находившихся в состоянии эутиреоза и субклинического гипотиреоза, было одинаковым, составив 44%. У 1 ребенка выявлен манифестный гипотиреоз (12%) с повышением уровня ТТГ и снижением уровня Т4. Уровень Т3 соответствовал референсным значениям у всех обследованных детей.

Во второй группе у детей более часто выявлялся субклинический гипотиреоз (47% обследованных). Состояние эутиреоза было выявлено у 32% пациентов. У 1 ребенка (5%) выявлен манифестный гипотиреоз. Кроме того, в 16% случаев обнаружен вторичный гипотиреоз.

В третьей возрастной группе у 58% пациентов выявлялся эутиреоз, у 42% — манифестный гипотиреоз.

Выводы. Полученные данные позволяют оценить эффективность проводимой терапии и необходимость корректировки схемы лечения у каждого индивидуального пациента.

СРАВНЕНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ
ИНТРАНАЗАЛЬНОГО И ВНУТРИБРЮШИННОГО ВВЕДЕНИЙ
СЕМАКСА НА ПОВЕДЕНИЕ И mGluRII-РЕЦЕПТОРЫ МЫШЕЙ BALB/C

Абдуллина А.А., аспирант лаборатории радиоизотопных методов
исследований

Боков Р.О., студент II курса магистратуры биологического факультета МГУ
имени М.В. Ломоносова, кафедра физиологии человека и животных

Руководитель: Ковалёв Г.И., д.м.н., проф.

ФГБНУ "НИИ фармакологии имени В.В. Закусова", г. Москва

Семакс (Met-Glu-His-Phe-Pro-Gly-Pro) – регуляторный пептид, который обладает ноотропным, нейропротекторным, антиоксидантным, антигипоксическим и анксиолитическим действиями. Представляет собой модифицированный фрагмент адренокортикотропного гормона (АКТГ), содержащий семь аминокислотных остатков, воспроизводящий эффект указанного гормона.

В лаборатории радиоизотопных методов исследований ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова» было установлено, что инбредные мыши линии BALB/c характеризуются меньшей эффективностью исследовательского поведения, большей тревожностью и двигательной активностью в условиях незнакомой обстановки, поэтому они были выбраны в качестве модели когнитивного дефицита с состоянием повышенной тревожности и двигательной активности.

Целью данной работы стало сравнение влияния внутрибрюшинного и интраназального введений семакса (0,6 мг/кг/день) на поведение в закрытом

крестообразном лабиринте, а также на mGluRII-рецепторы мозга мышей BALB/c.

Материалы и методы. Исследования проводили на самцах мышей линий BALB/c массой 25-30 г. Животным посредством внутрибрюшинного (в/б) и интраназального (и/н) введений в течение 5 дней (субхроническое введение) один раз в сутки вводили физиологический раствор (контрольная группа) либо препарат, растворенный в физиологическом растворе (опытная группа), после чего поведение мышей исследовали в лабиринте. С помощью радиолигандного анализа определяли влияние семакса на характеристики [G-3H]-LY354740 (селективный агонист) с mGluRII-рецепторами коры мозга. Результаты экспериментов *ex vivo* оценивали с помощью рассчитанных по координатам Скетчарда величин K_d и B_{max} , отражающих степень сродства рецептора к лиганду (нМ) и количество мест связывания лиганда (фмоль/мг белка), соответственно.

Результаты. При внутрибрюшинном введении семакса улучшается исследовательская активность мышей и понижается тревожность, но, в свою очередь, при интраназальном введении в большей степени возрастает эффективность исследовательского поведения по сравнению с внутрибрюшинным ($p < 0,05$, t-тест Стьюдента: 36% при и/н против 16% при в/б), в меньшей степени проявляется анксиолитический эффект препарата ($p < 0,05$, t-тест Стьюдента: 57% при в/б против 40% при и/н).

При обоих путях введения семакс не изменял характеристики mGluRII-рецепторов в коре мозга мышей BALB/c (B_{max} контроль в/б = 951 ± 69 и B_{max} семакс в/б = 990 ± 78 фмоль/мг; B_{max} контроль и/н = 962 ± 70 и B_{max} семакс и/н = 1084 ± 76 фмоль/мг; K_d контроль в/б = $35,33 \pm 7,21$ и K_d семакс в/б = $39,36 \pm 8,54$ нМ; K_d контроль и/н = $37,38 \pm 8,21$ и K_d семакс и/н = $40,43 \pm 8,17$ нМ).

Выводы. 1. У мышей BALB/c семакс положительно влияет на исследовательское поведение и снижает тревожность при обоих путях введения. 2. Ноотропный эффект семакса сильнее проявляется при интраназальном введении по сравнению с внутрибрюшинным, тогда как

анксиолитическая активность семакса в большей степени наблюдается при внутрибрюшинном введении. 3. mGluR II-рецепторы не вовлечены в регуляцию данного типа поведения при обоих путях введения.

МИГРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Абдураззаков Ф.Ш., студент магистратуры,
кафедра подготовки врачей общей практики №1

Руководитель: Салиев Д.К., к.м.н., доц.

АГМИ, г. Андижан.

Введение. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК) является важной проблемой современной медицины. Этим заболеванием страдают приблизительно 10% населения земного шара.

Клинический анализ течения заболевания подтверждает представление о язвенной болезни (ЯБ) как болезни адаптации. Сезонные обострения весной и осенью, когда предъявляются повышенные требования к организму в связи с адаптацией к изменяющимся климатическим условиям, развитие или обострение ЯБ при стрессорных, конфликтных ситуациях, в период адаптации к изменившимся условиям жизни —урбанизация, миграция, переход на более сложную, напряженную работу и т.п., утверждают это мнение.

Цель исследования: изучить распространенность ЯБЖ и ДПК у мигрантов и постоянного населения на территории города Андижана.

Материалы и методы. Обследованы 80 пациенты с ЯБЖ и ДПК, из них 25% (20 чел.) — мигранты, 75% (60 чел.) — постоянное население. Исследование проводилось методом анкетирования на базе 7-ой поликлиники города Андижана. На каждый случай заболевания заполнялись анкеты с указанием Ф.И.О., года рождения, пола, адреса, места

работы, даты взятия на учет, основного диагноза, осложнений, сопутствующих диагнозов.

Результаты. Изучение вклада мигрантов и постоянного населения в ежегодную статистику впервые выявленной ЯБ по территориальным участкам показало, что в 2013 году общее количество впервые выявленных больных с ЯБ были 26 чел., из них 15,4% (4 чел.) составили мигранты и 84,6% (22 чел.) — постоянное население. В 2014 году количество этих больных составило 25 чел., среди них мигранты составили 24% (6 чел.), оседлое население — 76% (19 чел.). В 2015 году количество впервые выявленных больных с ЯБ составило 29 чел., среди них 34,5% (10 чел.) мигранты и 65,5% (19 чел.) — оседлое население. Во всех территориальных участках при ежегодном наблюдении отмечен рост вклада мигрантов в статистику впервые выявленной ЯБЖ и ДПК.

Выводы. 1. Повышение первичной заболеваемости с ЯБ в городе Андигане произошло за счет мигрантов. Они составили 1/3 впервые выявленных больных с ЯБЖ и ДПК. 2. Следует усиливать первичную и вторичную профилактику ЯБЖ и ДПК среди мигрантов города Андигана.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ ФЕМТО-ЛАСИК ПО СТАНДАРТНОМУ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОМУ ПО ДАННЫМ АБЕРРОМЕТРИИ ПРОТОКОЛАМ АБЛЯЦИИ

Абельский Д.Е., старший преподаватель кафедры офтальмологии

Руководитель: Имшенецкая Т.А., д.м.н., проф.

БелМАПО, г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: сравнить результаты операций по эксимерлазерному in situ кератомилёзу с формированием роговичного лоскута фемтосекундным лазером с (А-фемто-ЛАСИК) и без (фемто-ЛАСИК) использования данных aberrometry в сопоставимых группах.

Материалы и методы. Были проанализированы данные 88 пациентов (55 – фемто-ЛАСИК и 33 А-фемто-ЛАСИК), полученные в результате применения статистического метода отбора подобного по вероятности (ОПВ) из данных 151 пациента (101 – фемто-ЛАСИК и 50 А-фемто-ЛАСИК). Метод ОПВ позволяет сформировать полностью сопоставимые группы пациентов из исходных несопоставимых. Обследование пациентов было выполнено до и через 6 месяцев после операции и включало: сбор полного офтальмологического анамнеза с анализом жалоб на нарушения зрения (НЗ) и физический дискомфорт в области глаз (ФД), проверку некорригированной (НОЗ) и наилучшей корригированной остроты зрения вдаль (НКОЗ), абберрометрию, заполнение опросника по оценке качества жизни, обусловленного зрением NEI-VFQ-25 (National Eye Institute Visual Function Questionnaire). Различия между группами оценивались при помощи критерия хи-квадрат с точным тестом Фишера и U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. Не выявлено статистически и клинически значимых различий между результатами операций фемто-ЛАСИК и А-фемто-ЛАСИК по значениям итоговой послеоперационной рефракции ($p=0,931$) и НОЗ ($p=0,665$ для $НОЗ \geq 1,0$, $p=0,886$ для $НОЗ 0,55 - 0,8$). Послеоперационные значения абберраций высших порядков (АВП) были статистически значимо ниже в группе А-фемто-ЛАСИК ($p<0,001$). Качество жизни, обусловленное зрением, по данным опросника NEI-VFQ-25 улучшилось ($p<0,001$) в обеих группах в равной степени ($p=0,24$). Частота наличия жалоб на ФД после операции фемто-ЛАСИК составила 47,3%, в группе А-фемто-ЛАСИК – 27,3% ($p=0,014$), на НЗ – 57,3% для группы фемто-ЛАСИК и 27,3% ($p<0,001$) для А-фемто-ЛАСИК.

Заключение. Сравнение результатов операций фемто-ЛАСИК и А-фемто-ЛАСИК в полностью сопоставимых, сформированных с применением метода отбора подобного по вероятности, не выявило статистически значимых различий по показателям послеоперационной рефракции, некорригированной и наилучшей корригированной остроты зрения,

изменении показателей качества жизни, обусловленного зрением. Статистически значимо лучшие результаты по индукции и итоговым послеоперационным значениям аберраций высших порядков, а также частоте наличия жалоб на нарушения зрения и физический дискомфорт в области глаз были достигнуты в группе А-фемто-ЛАСИК.

КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА СТАРШЕ 75 ЛЕТ

Абрамова В.Н., аспирант кафедры нервных болезней и восстановительной
медицины

Руководитель: Слюсарь Т.А., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь

Цель исследования: изучить специфику когнитивных нарушений и нейровизуализационных изменений вещества головного мозга у пациентов с хронической ишемией головного мозга старше 75 лет.

Материалы и методы. Обследовано 35 пациентов с диагнозом "хроническая ишемия головного мозга" в условиях стационара соматоневрологического отделения ГБУЗ ОКБ г. Тверь, в возрасте от 75 до 93 лет, из них 24 женщин и 11 мужчин. Пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты первой группы (№1) в анамнезе имели острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу (11 человек), вторую группу (№2) составили пациенты без острого нарушения мозгового кровообращения в анамнезе (24 человека), средний возраст обследуемых в первой группе составил 83,7 лет, во второй группе 83,2 лет. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование, оценка соматического и неврологического статуса. Нейровизуализация (МРТ головного мозга) проводилась на аппарате Magnetom Impact Expert («Siemens», Германия) с

напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла. При анализе МР-томограмм рассчитывались относительные размеры желудочков мозга: индекс передних рогов (ИПР), индекс тел боковых желудочков (ИТБЖ). Также проводилось исследование когнитивной сферы с использованием следующих методик: мини-исследование когнитивного статуса (MMSE), тест рисования часов, батарея лобной дисфункции (БЛД), проба Шульте, Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA).

Результаты. При анализе полученных данных у всех пациентов были выявлены когнитивные нарушения различной степени выраженности. Так, средний балл при выполнении MMSE в группе №1 составил 18,5, Монреальской шкалы 15,9 баллов, что соответствует деменции лёгкой и средней степени, время выполнения пробы Шульте значительно превышало норму (25-30 с) и составило в среднем 113,2 с. Средний балл при выполнении теста рисования часов составил 6,2 балла, БЛД – 7,7 баллов, что также говорит о наличии деменции. Большинство пациентов группы №2 также имели когнитивные расстройства дементного уровня, но, по сравнению с группой №1, показали достоверно лучший результат ($p<0,05$) при выполнении MMSE и Монреальской шкалы, где средний балл составил 23,8 и 20,4 соответственно. Время выполнения пробы Шульте также превысило нормальные значения, но оказалось статистически значимо ниже, чем в группе №1 – 77,6 с ($p<0,05$). Показатели БЛД в группе №2 были достоверно выше, чем в группе №1 – 9,6 баллов ($p<0,05$). Средний балл теста рисования часов у больных группы №1 и группы №2 (6,5 баллов) статистически значимо не различался. При анализе результатов МРТ головного мозга установлено, что индексы передних рогов и тел боковых желудочков в обеих группах не имели достоверных различий. Однако, показатели ИТБЖ у пациентов как группы №1 (38,8), так и группы №2 (39,7) статистически значимо превышали возрастную норму (22,6-26,0), что могло свидетельствовать о внутренней церебральной атрофии.

Выводы. Когнитивные нарушения являются основной составляющей клинической картины хронической ишемии головного мозга у пациентов данной возрастной группы, обращая на себя внимание не только клинициста, но самого пациента и его родных, зачастую являясь одной из главных жалоб. Так, когнитивные нарушения различной степени выраженности были выявлены у 100% обследованных, вне зависимости от наличия в анамнезе сосудистой катастрофы. Однако у пациентов с ишемическим инсультом в анамнезе показатели когнитивных функций были достоверно ниже. Полученные результаты подтверждают данные литературы о том, что инсульт повышает вероятность возникновения деменции, а также является предиктором прогрессирования уже имевшихся когнитивных расстройств.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА У КРЫС В УСЛОВИЯХ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО МЕТАЛЛОКОМПЛЕКСНОГО АНТИГИПОКСАНТА

Абрамова Е.С., старший научный сотрудник научно-исследовательского центра; Сурменёв Д.С., научный сотрудник научно-исследовательского центра

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

ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России, г. Смоленск

Цель исследования. Изучение влияния нового металлокомплексного соединения $\pi Q1983$ с доказанным антигипоксическим эффектом, вводимого *per os*, на интенсивность потребления кислорода (O_2) при формировании у животных острой гипоксии без гиперкапнии (ОГ-Гк), а также оценка его влияния на величину стандартного энергетического обмена (СТЭО). Опыты выполнены на 54 крысах-самцах линии Wistar массой 170-180 г в соответствии с «Международными рекомендациями по проведению медико-биологических исследований с использованием животных» (1985).

Формирование у животных состояния ОГ-Гк обеспечивали путём их размещения в прозрачных гипоксических камерах объёмом 1,0 л. Для предупреждения развития у крыс состояния гиперкапнии использовали гранулы натронной извести в количестве 50 г на одно животное. Наличие в гипоксической камере эластичного компенсатора внутриёмкостного давления препятствовало возникновению в ходе опыта эффекта гипобарии. До помещения животных в гипоксические камеры проводили тестирование качества воздуха с помощью электронных газоанализаторов.

1-й опытной группе вещество $\pi Q1983$ вводили внутрь через эластичный зонд в среднеэффективной дозе (100 мг/кг), предварительно растворив субстанцию в 3 мл изотонического раствора NaCl. Веществом сравнения служил эталонный антигипоксикс амтизол, который вводили крысам 2-й опытной группы в той же дозе аналогичным способом. Животным 3-й группы (контрольной) давали по 3 мл изотонического раствора NaCl. Период инкубации составлял 90 мин. После помещения животных в условия эксперимента их гибель констатировали на момент полной остановки дыхания (второй агональный вздох).

По итогам первой части исследования оценивали уровень энергетических затрат крыс в условиях применения обоих антигипоксических веществ. В связи с тем, что в опытах на животных определение основного обмена – показателя, объективно характеризующего скорость течения энергоёмких процессов, не представляется возможным, у крыс регистрировали параметр, известный в литературе как «стандартный энергетический обмен». Определение СтЭО осуществляли с помощью модифицированного метода М.Н. Шатерникова. Все полученные результаты обработаны статистически.

Как было установлено, введение крысам изученных веществ внутрь в равных дозах (100 мг/кг) сопровождалось снижением скорости потребления O_2 в сравнении с контролем ($4,48 \pm 0,23$ мл/мин). Так, по истечении периода инкубации, т.е. через 90 мин после введения вещества $\pi Q1983$, скорость

снижалась в 3 раза. На заключительных этапах эксперимента скорость потребления O_2 составляла всего $0,56 \pm 0,07$ мл/мин. Гибель животных наступала при концентрации O_2 порядка 6,0% (в контрольной группе – 10,3%, $p < 0,005$). Следует отметить, что средняя величина СтЭО в контроле составила $194,4 \pm 0,7$ ккал/сут/кг, в то время как применение нового антигипоксанта уже через 15 мин. ОГ-Гк приводило к снижению показателя до $74,5 \pm 0,5$. Амтизол в отношении показателя «СтЭО» оказывал менее выраженное действие.

Таким образом, вещество $\pi Q1983$ продемонстрировало способность существенно замедлять энергетические процессы у животных. Высказано предположение, что при развитии ОГ-Гк защитный эффект данного металлокомплексного соединения реализуется благодаря его способности лимитировать на клеточном уровне потребности организма в O_2 и субстратах биологического окисления.

КРАНИОЦЕРВИКАЛГИЯ КАК ЕДИНСТВЕННОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ

ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА:

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Абрамова О.А., ординатор кафедры неврологии детского возраста;

Бодрова Н.А., врач неврологического отделения ДГКБ им. З.А. Башляевой

Руководитель: Комарова И.Б., к.м.н., доц. кафедры неврологии детского
возраста

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Церебральный венозный тромбоз (ЦВТ) – редкое заболевание с вариабельным клиническим течением. Частота встречаемости в популяции ЦВТ – $15.7/1000000/\text{год}$ (Devasagaya S. et al., 2016). Низкая распространенность и нетипичные проявления ЦВТ часто приводят к поздней диагностике, что сопряжено с развитием жизненно опасных осложнений, в т.ч. венозного инфаркта и субарахноидального кровоизлияния

(Siddiqui FM et al., 2006). Смертельные исходы встречаются в 5-10% случаев (Tatlisumak T. et al., 2016). Наиболее постоянно встречающимся симптомом ЦВТ является головная боль (ГБ), наблюдающаяся у 88,8% больных (José M. Ferro et al., 2004); иногда цефалгия может быть единственным проявлением ЦВТ. В популяции цефалгический синдром встречается также очень часто. Учитывая этот факт, чрезвычайно важным представляется дифференцирование вторичной ГБ, вызванной синус-тромбозом, от первичной ГБ.

Цель исследования: описать клинический случай церебрального венозного тромбоза, единственным проявлением которого был цефалгический синдром.

Материал и методы. Пациент К., 14 лет; опрос родителей, оценка неврологического статуса и результатов проведенного обследования.

Результаты. Больной К., 14 лет, находился на лечении в неврологическом отделении ДГКБ им. З.А. Башляевой, куда поступил с жалобами на сильную головную боль в лобной области справа, боль в области шеи справа, слезотечение, боль в глазах. Симптомы появились за неделю до госпитализации, их интенсивность постепенно нарастала. За месяц до дебюта ГБ ребенок перенес ОРВИ. При осмотре обращало на себя внимание вынужденное положение головы с наклоном к правому плечу. При офтальмоскопии выявлен двусторонний отек дисков зрительных нервов (ДЗН). Учитывая односторонний характер ГБ, сочетание с цервикалгией, вынужденное положение головы, боль в глазах и слезотечение, персистирование болевого синдрома несколько дней и отек ДЗН, заподозрен ЦВТ. Известно, что «золотым стандартом» диагностики синус-тромбоза является магнитно-резонансная томография (МРТ) с режимом венографии (G. Saposnik et al., 2011). По техническим причинам проведение данного исследования оказалось невозможным. Выполнена спиральная компьютерная томография (СКТ) с контрастированием. На бесконтрастных изображениях выявлены признаки верхнечелюстного синусита D и асимметрии поперечных

синусов D>S; при контрастировании – дефект заполнения поперечного, сигмовидного синусов и яремной вены D, что позволило верифицировать диагноз ЦВТ. Данные лабораторного обследования также свидетельствовали о текущем тромбообразовании: нейтрофильный лейкоцитоз в крови, гиперфибриногенемия, повышение уровня D-димера. В соответствии с международными рекомендациями назначена гепаринотерапия из расчета 16 ед/кг/ч.

Заключение. Основанием для подозрения на ЦВТ у ребенка с головной болью явился необычный характер длительной цефалгии, возникшей вскоре после инфекционного заболевания, в сочетании с цервикалгией и вынужденным положением головы, не удовлетворяющей критериям первичных вариантов данного синдрома и сопровождающейся отеком ДЗН. Наиболее вероятным этиологическим фактором у данного пациента была респираторная инфекция, осложнившаяся синуситом. Минимально достаточным методом верификации ЦВТ можно считать СКТ с контрастированием. Однако ввиду недостаточной чувствительности данного метода при возможности предпочтение следует отдавать МРТ с венографией.

ПРЕФОРМИРОВАННЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

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

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Внебольничная пневмония является одной из самых актуальных проблем современной медицины. Это связано с ростом распространенности заболевания, случаев тяжелого течения, осложнений, смертности. В

настоящее время в комплексной терапии внебольничных пневмоний широко применяют физиотерапевтические методы.

Цель исследования: изучить сравнительную эффективность различных лечебных физических факторов в комплексной терапии внебольничной пневмонии.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ эффективности стационарного лечения 124 пациентов за 2016 год. Были проанализированы истории болезни пациентов в возрасте от 23 до 78 лет с диагнозом «внебольничная нижнедолевая односторонняя пневмония». В исследование не были включены пациенты с иными локализациями очага пневмонии, с тяжелыми сопутствующими патологиями и больные, имеющие противопоказания для назначения физиотерапевтических процедур. Все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от проводимой терапии. Всем больным назначали базисную терапию, которая включала в себя использование антибактериальных, симптоматических средств, высокодисперсных щелочных ингаляций и лечебную гимнастику.

В I (контрольную) группу вошло 23 человека, которые получали только базисную терапию. Пациентам II группы (39 человек) дополнительно назначали дециметроволновую (ДМВ) терапию. Её проводили от аппарата «Волна -2 », мощностью 30 Вт с зазором 3 см на проекцию пораженной доли легкого, продолжительностью 8 минут, ежедневно, курсом 10 процедур. В III группе (32 человека) дополнительно проводили магнитотерапию аппаратом «Полус-2». Процедуру выполняли по поперечной методике двумя прямоугольными индукторами на проекцию пораженной доли легкого в прерывистом режиме, с частотой 50 Гц, величиной магнитной индукции 30 мТс, продолжительностью 12 минут, ежедневно, курсом 10 процедур. Терапию IV группы (30 пациентов) дополнили лекарственным электрофорезом 2% эуфиллина с положительного электрода и 2% йодида калия с отрицательного электрода по поперечной методике на проекцию пораженной доли легкого. Процедуру проводили постоянным электрическим

током, плотностью 0,05 Вт/см, продолжительностью 12 минут, ежедневно, курсом 10 процедур.

Результаты. Эффективность применения физиотерапевтических методов лечения оценивали по динамике клинических, лабораторных и рентгенологических показателей. На 5-й день лечения было отмечено уменьшение интенсивности кашля в I группе у 65,2%, во II – у 89,7%, в III – у 75%, а в IV – у 63,3%. В результате включения в комплекс лечебных физических факторов во всех основных группах отмечены положительные результаты, однако во II и III группах они носили достоверный характер по отношению с IV и I. При контрольном рентгенологическом обследовании, которое проводилось на 14 день от начала терапии, положительная динамика отмечена в I группе у 60,9%, во II – 96,4%, а в III и IV группах по 87,3%. Результаты по данному показателю во всех трех группах были достаточно близки и статистически отличались от контрольной группы.

Дополнительное включение лечебных физических факторов в комплексную терапию больных с внебольничной нижнедолевой пневмонией позволило существенно повысить эффективность лечения и уменьшить сроки госпитализации.

При сравнительной эффективности трех изучаемых лечебных физических факторов по двум критериям наиболее достоверный результат показала ДМВ - терапия.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С ОНЕЙРОИДНО-КАТАТОНИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ В ПРИСТУПАХ

Алексеева А.Г., ассистент кафедры психиатрии

Руководитель: Тиганов А.С., акад. РАН, д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель работы. Изучение особенностей терапии шизофрении, протекающей с картиной онейроидной кататонии.

Материалы и методы. Клинико-терапевтическим методом было обследовано 68 больных шизофренией с различным типом течения эндогенного процесса, в структуре которого отмечались онейроидно-кататонические состояния. Данный метод использовался для определения оптимальной терапевтической тактики и включал анализ используемых в различных группах больных лечебных мероприятий со сравнительной оценкой их эффективности.

Результаты. Анализ проводимой терапии больных с шизофренией, протекающей с онейроидно-кататоническими состояниями в приступах, показал наличие неоднородности в используемой тактики и методах лечения. Выделенные на более раннем этапе исследования клинико-типологические группы онейроидно-кататонических состояний создавали предпосылки для различий в принципах терапии таких больных. Метод психофармакотерапевтического воздействия строился на основании выделенных типологических разновидностей онейроидных состояний, т.к. они определяли особенности и темп развития психоза. На схему терапии также оказывала влияние клиническая картина и динамика заболевания после перенесенных онейроидно-кататонических состояний.

Ведущим в схеме терапии являлось применение нейролептических препаратов в разных комбинациях. В первой группе больных (15

наблюдений) с наиболее острым течением онейроидно-кататонических состояний наиболее эффективным оказалось применение комбинации ЭСТ с типичным нейролептиком (хлорпромазин) в дозе до 200-300 мг/сут. При этом общие показатели эффективности в результате терапевтического воздействия в данной группе оказывались наиболее высокими, что отражало более благоприятный прогноз.

Для больных со средним темпом развития, объединенных наиболее сходным клиническим течением эндогенного процесса и относительно благоприятным прогнозом (32 наблюдения) основной схемой терапии стала комбинация типичного нейролептика (трифлуоперазин в дозе 30-45 мг/сут) и атипичного антипсихотика (оланзапин до 20 мг/сут или клозапин до 200 мг/сут) или же сочетание типичного нейролептика и нормотимика (натрия вальпроат до 1200 мг/сут), что было обусловлено особенностями течения картины заболевания. Достаточная степень эффективности при психофармакологическом воздействии отражала в том числе и относительную благоприятность клинико-прогностических параметров.

Для группы больных с затяжным, неблагоприятным типом течения заболевания (21 наблюдение) с тенденцией к непрерывности процесса ведущими в терапии стали достаточно разнообразные комбинации препаратов, включающие как типичные (трифлуоперазин до 30 мг/сут, галоперидол 20-30 мг/сут, зуклопентиксол до 30 мг/сут), так и атипичные антипсихотики (рисперидон до 6 мг/сут, оланзапин до 20 мг/сут, кветиапин до 900 мг/сут), комбинации двух антипсихотиков, их сочетание с антидепрессантами и нормотимиками. При этом общие показатели эффективности проводимого лечения были существенно ниже, чем у предыдущих групп.

Выводы. Выбор терапевтической тактики при эндогенном заболевании с онейроидно-кататоническими состояниями в приступах необходимо осуществлять дифференцировано с учетом особенностей клинико-психопатологической картины онейроида. Такой подход способен обеспечить

максимальную эффективность лечения при различных вариантах онейроида и формах течения шизофрении.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Аликов А.В., аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения
имени Н.А. Семашко

Руководитель: Трегубов В.Н., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

Материалы и методы. Исследование проведено на кафедре общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А. Семашко медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с использованием аналитического и логического методов.

Результаты. Проведенное исследование позволило конкретизировать основные особенности проведения КИ ЛС:

1) Первоначально экспериментальный лекарственный препарат изучается с участием небольшого количества здоровых добровольцев. Когда получены данные о безопасности и переносимости нового ЛС для человека, начинается этап КИ на пациентах, целью которых является изучение эффективности данного препарата.

2) Фармацевтическая компания может проводить КИ самостоятельно или с привлечением контрактно-исследовательской организации (КИО). Первый важный шаг – поиск медицинской организации (МО), на базе которой может быть проведено КИ.

3) Требования, предъявляемые к МО:

- наличие аккредитации на проведение клинических исследований, выданной МЗ РФ;

- возможность включить в исследование необходимое количество пациентов с требуемым диагнозом;

- наличие диагностических подразделений, помещений для приема пациентов, хранения материалов исследования и препарата;

- квалификация исследователя и членов исследовательской команды, их опыт работы, профессиональная репутация как исследователей, знание международных и локальных нормативных требований (ICH GCP; ГОСТР 52379-2005 “Надлежащая клиническая практика”; Федеральный закон N 61"Об обращении лекарственных средств"; Приказ МЗ РФ от № 200н “Об утверждении правил надлежащей клинической практики)

4) Перед началом исследования протокол, кандидатуры исследователей и все материалы исследования должны быть одобрены Министерством здравоохранения РФ и Советом по Этике.

5) Согласно ICH GCP, этический комитет должен не только одобрить исследование, но и осуществлять этическое сопровождение на всем его протяжении. Поэтому наличие Локального Этического Комитета (ЛЭК) при МО является обязательным требованием.

6) После завершения административного этапа и проведения обучения исследовательской команды по протоколу и процедурам КИ возможно начинать набор пациентов. Врач знакомит пациента со всеми аспектами КИ, и, после подписания информированного согласия, пациент имеет возможность участвовать в КИ. На протяжении всего КИ пациенты должны регулярно приходить в клинику для проведения обследования в строгом соответствии с протоколом КИ. Эти процедуры необходимы, чтобы оценить эффективность и безопасность нового препарата.

Заключение. Исследование показало, что в процессе проведения клинического исследования фармацевтические компании, КИО, МО и врачи-исследователи должны учитывать представленные особенности и строго следовать всем российским и международным регуляторным требованиям.

УСЛОВИЯ ТРУДА НА ПРЕДПРИЯТИЯХ ПО ДОБЫЧЕ НЕРУДНЫХ СТРОИТЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ

(НА ПРИМЕРЕ ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)

Аллойров П.Р., аспирант очной формы, кафедра профилактической
медицины и охраны здоровья

Руководитель: Мельцер А.В., д.м.н., проректор по медико-
профилактическому направлению

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

Актуальность. Высокий уровень профессиональной заболеваемости и неблагоприятные условия труда работающих делают необходимой гигиеническую оценку условий труда и профессионального риска на предприятиях по производству нерудных строительных материалов.

Цель исследования: изучить условия труда на предприятиях по добыче нерудных строительных материалов для разработки комплекса профилактических мероприятий по оптимизации и оздоровлению условий труда.

Результаты. В 2015 году ведущей отраслью Ленинградской области, в которой регистрировалось наибольшее количество профессиональных заболеваний, являлась добыча нерудных строительных материалов, главным образом гранитного щебня (18 случаев, что составляет 43,9%). Работа в данной отрасли промышленности связана с интенсивным воздействием комплекса производственных факторов, не отвечающих гигиеническим нормативам, таким как: гранитная пыль, шум, вибрация, неблагоприятный микроклимат, значительные физические нагрузки.

Предприятия этой отрасли ведут деятельность на открытых карьерах, где ведётся разработка месторождений нерудных строительных материалов (гранитов, гранито-гнейсов) с последующей переработкой горной массы для

получения готовой к реализации продукции. С точки зрения работы в условиях интенсивного пылеобразования и воздействия вибрационно-шумового фактора на этапах добычи, транспортировки и переработки исходного минерального сырья наибольшее беспокойство вызывают профессии рабочих основных и вспомогательных групп, непосредственно занятых выполнением производственных операций: дробильщики, резчики камня, машинисты горных машин, водители погрузчиков и большегрузных автомобилей, слесари по ремонту технологического оборудования.

Наиболее неблагоприятным технологическим процессом, ухудшающим состав воздуха рабочей зоны по пылевому составу, являются процессы дробления и грохочения горной массы. Концентрации кремнийсодержащей пыли на рабочих местах дробильщиков, грохотовщиков дробильно-сортировочных заводов превышают ПДК в 2-8 раза; на рабочих местах обработчиков камня – до 10 раз; на рабочих местах кольщиков камня – до 6 раз.

Работа горнорабочих связана со значительным уровнем производственного шума. На рабочих местах дробильщиков, грохотовщиков дробильно-сортировочных заводов шум превышает ПДУ на 5-12 дБА; локальная, транспортная и транспортно-технологическая вибрация превышает ПДУ на 2-3 дБ. Работа проводится в условиях неблагоприятных метеофакторов, при значительной статической и динамической нагрузке.

Заключение. Данные о современном состоянии условий труда работников, занятых в производстве гранитного щебня, будут применены для комплексной гигиенической оценки условий труда с использованием моделей профессионального риска. На основе рассчитанной стажевой нагрузки будут разработаны предложения для повышения целенаправленности проведения периодических медицинских осмотров и обоснованы мероприятия, направленные на разработку и внедрение системы раннего выявления профессиональной патологии у работников, что, в

конечном итоге, позволит разработать целенаправленные и обоснованные управленческие решения для улучшения условий труда.

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОЙ БРАХИТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГРУППЫ УМЕРЕННОГО РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Амосова В.А., студентка очной формы обучения

Руководитель: Петровский А.В., к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Цель исследования. Оценка ближайших и отдаленных онкологических результатов проведенной брахитерапии с использованием источников I-125 у пациентов группы умеренного риска прогрессирования РПЖ.

Материалы и методы. В период с 01.01.2004 по 01.01.2014 гг. в Российском онкологическом научном центре им. Н.Н. Блохина была выполнена брахитерапия 321 больным, из которых 86 (26,8%) соответствовали критериям РПЖ умеренного риска по D'Amico. Медиана возраста составила 66 лет (от 48 до 76). ПСА колебался в пределах от 10 до 20 нг/мл у 50 (58,1%) пациентов, у 36 (41,9%) больных ≤ 10 нг/мл. Стадия T1c зарегистрирована у 16 (18,6%) больного, T2a (67,4%) – у 58, T2b (14%) – 12 пациентов. Распределение согласно градации по шкале Глисона было следующим: ≤ 6 баллов у 74 пациентов (86,0%), 7 баллов – у 12 (14%). Брахитерапию I-125 осуществляли под УЗ-контролем. Планирование имплантации проводили в онлайн-режиме. Суммарная очаговая доза на предстательную железу составляла 145 Гр. Доля предстательной железы, получившая 100% дозы, составила в среднем 98% (94,2-100%). D90 на предстательную железу колебалось от 152,8 до 188,8 Гр (медиана 172,4 Гр).

Медиана дозы на уретру (D1) составила 206,8 Гр, D10 – 195,3 Гр; медиана дозы на прямую кишку D1 – 173, 4 Гр, D10 – 149,5 Гр.

Результаты и обсуждение. Интраоперационных осложнений не было. Все пациенты выписаны из стационара на вторые сутки после имплантации. Уретрит 1-3 степени в течение 1 месяца после операции развился у 60 (69,3%) пациентов, при этом к 6-месячному сроку наблюдения симптомы дизурии оставались у 11 (13,3%) больного. Ректит 1 степени в течение 1 месяца после операции развился у 2 (2,1%) пациентов, при этом к 6-месячному сроку наблюдения симптомы ректита были купированы у всех больных. Выполненная через 1 месяц после имплантации дозиметрия показала удовлетворительное дозное распределение у всех больных.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения оценивались: по уровню общего простат-специфического антигена, УЗИ предстательной железы, малого таза, забрюшинного пространства, оценке качества мочеиспускания по международной шкале IPSS.

К моменту начала лечения уровень общего ПСА колебался в пределах от 10 до 20 нг/мл у 50 (58,1%), у 36 (41,9%) больных ≤ 10 нг/мл. Через три месяца после окончания лечения уровень общего ПСА в 97% случаев не превышал 4 нг/мл (медиана 1,76 нг/мл); через шесть месяцев зафиксирован уровень ПСА 1,5 нг/мл; через девять и двенадцать месяцев у большинства пациентов ПСА был не выше 1 нг/мл.

До проведенного лечения количество баллов по шкале IPSS составило 0-7 баллов – n=43, 8-19 баллов – n=27, 20-35 баллов – n=16. Через три месяца число пациентов с умеренной симптоматикой незначительно увеличилось до 37%, с выраженной - 21%; через 6 месяцев после окончания лечения только у 6% зафиксирована выраженная симптоматика. Через 12 месяцев 0-7 баллов зарегистрировано у 74% пациентов.

Оценка отдаленных результатов лечения показала, что при медиане послеоперационного наблюдения 65 месяцев общая выживаемость составила

95,2%, без биохимического рецидива живы 90,5% пациентов, без клинического рецидива 92,9%, опухоль-специфическая выживаемость 100%.

При выполнении данного исследования были выявлены факторы, не влияющие на выживаемость. К ним относится возраст ($p=0,305$), D90 на предстательную железу ($p=0,615$), V100 предстательной железы ($p=0,725$), предоперационная антиандрогенная терапия ($p=0,250$). Дальнейшее накопление клинических и дозиметрических данных позволит выявить новые прогностические факторы, влияющие на лечение больных раком предстательной железы с использованием постоянных имплантатов.

Заключение. Таким образом, при выполнении брахитерапии постоянными источниками I-125 у больных умеренной группы риска получены очень хорошие функциональные и онкологические результаты. Данный метод обеспечивает отличный контроль уровня ПСА при медиане наблюдения 65 месяцев и при этом обеспечивает высокое качество мочеиспускания через 2-3 года после лечения.

ПРОБИОТИКИ VS АНТИБИОТИКИ: ОЦЕНКА МОБИЛЬНОСТИ ГЕНОВ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У ПРОБИОТИЧЕСКИХ ЛАКТОБАЦИЛЛ

Анисимова Е.А., лаборант-исследователь НИЛ «Молекулярная генетика микроорганизмов» Института фундаментальной медицины и биологии;
Имагиллова Р.К., техник-проектировщик Междисциплинарного центра протеомных исследований КФУ Института фундаментальной медицины и биологии

Руководитель: Яруллина Д.Р., к.б.н., доц.

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

Антибиотики, хотя и являются наиболее успешным средством в борьбе с инфекциями, но часто оказываются неэффективны из-за формирования

антибиотикорезистентности (АР) у патогенных бактерий. Кроме того, прием антибиотиков – одна из самых распространенных причин дисбактериозов. Для лечения последних применяются пробиотики – живые микроорганизмы, которые способствуют нормализации микрофлоры и оказывают благотворное действие на организм. Поскольку пробиотические микроорганизмы обладают выраженной антагонистической активностью в отношении патогенных микроорганизмов, сегодня их все чаще рассматривают в качестве альтернативы антибиотикам в лечении некоторых инфекционных заболеваний. Кроме того, недавно стало известно, что сфера влияния пробиотиков выходит далеко за границы кишечника и охватывает иммунную, сердечно-сосудистую и даже нервную системы. Таким образом, если XX век был веком антибиотиков, то XXI – это век пробиотиков.

Данная работа направлена на выяснение роли пробиотиков в распространении генов АР.

Цель работы. Выявление генетических детерминант устойчивости к клинически распространенным антибиотикам у пробиотических штаммов лактобацилл и выяснение возможности их передачи условно-патогенной гастроинтестинальной микрофлоре.

В работе использовано 19 штаммов лактобацилл, выделенных из кисломолочных продуктов и пробиотических препаратов. С помощью диско-диффузионного метода определили уровни их устойчивости к 14 антибиотикам различной природы: β -лактамам, аминогликозидам, макролидам, клиндамицину, ванкомицину, рифампицину, ципрофлоксацину, тетрациклину и хлорамфениколу. Большинство исследованных лактобацилл продемонстрировали профиль резистентности, типичный для данной группы микроорганизмов. Среди них была распространена устойчивость к аминогликозидам, ципрофлоксацину и ванкомицину, к остальным антибиотикам лактобациллы были преимущественно чувствительны. Генетические детерминанты устойчивости к эритромицину (Erm) и тетрациклину (Tet) часто подвержены горизонтальному переносу, поэтому у

одного Erm-резистентного штамма и трех Tet-резистентных штаммов гены, кодирующие устойчивость к данным антибиотикам, были амплифицированы методом ПЦР и просеквенированы по Сэнгеру. В геномной ДНК *L. fermentum* 5-1 обнаружен ген *ermB*, а в плазмидной – гены *tetM* и *tetK*. В геномах остальных лактобацилл гены устойчивости к Erm и Tet выявлены не были. Исследуя возможность передачи лактобациллами генов AP мы показали, что бактерии *Citrobacter freundii* могут приобретать ген устойчивости к Tet после электропорации плазмидной ДНК *L. fermentum* 5-1.

Таким образом, в данной работе впервые установлено, что штамм *L. fermentum* 5-1 не только обладает потенциально мобильными генами AP, но и способен передавать их в чужой геном *in vitro*. Полученные результаты указывают на то, что во избежание распространения генов AP лактобациллы не могут без ограничения использоваться в фармацевтической и пищевой промышленности, а требуют исследования мобильности их генов AP.

ДИСТРЕСС – РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВУЗА

Аргинбаев М.Н., студент

Руководитель: Койшигарина Г.Б.

Карагандинский Государственный Медицинский Университет, г. Караганда

Актуальность. Сахарный диабет, наравне с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, прочно удерживает первенство среди самых распространенных и опасных болезней XX, а теперь уже и XXI века. Сахарный диабет II типа (СД) или инсулинонезависимый диабет характеризуется пониженной секрецией инсулина, а часто даже значительно усиленной и не поддается лечению инсулином. По данным государственного регистра за период с 2004 по 2014 гг распространенность сахарного диабета в Республике Казахстан выросла с 114 355 до 244 541 человек, что составило

прирост на 130 186 человек (113, 8%). Если учитывать такой темп роста, то к 2024 г. количество пациентов может вырасти до 525 763 человек, причем, возраст страдающих данной патологией уменьшается и во врачебной практике все чаще встречаются молодые пациенты. В ходе нашей работы мы рассматривали влияние на развитие метаболического синдрома и инсулинорезистентности, иными словами – сахарного диабета II типа, таких факторов как тревога, переживания, психоэмоциональный стресс.

Цель исследования. Оценка влияния эмоционального стресса на развитие сахарного диабета среди студентов 2-3 курсов медицинского университета до и после проведения рубежного контроля, сессии и сравнение уровня глюкозы в двух группах студентов, с разной степенью адаптации и академической нагрузки.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 270 студентов, 23 из которых составили контрольную группу. За день до проведения рубежного контроля у студентов была взята кровь для анализа уровня глюкозы.

1. Инструментальные исследования: глюкометр (ACCU-CHEK Active), тонометр (BIOPRESS ANEROID), стресс-системы с велоэргометром «Lode Corival», беспроводного электрокардиографа «Поли-Спектр-8».

2. Психологические исследования:

Тест «Методика определения темперамента» Г.Айзенка

Тест «Тип вашего темперамента» Гиппократ

Обсуждения и результаты. По полученным нами результатам обследования мы обратили внимание на группу студентов 3 курса, уровень глюкозы в крови которых составил 5,7-6,3 ммоль/л. Такие результаты могут говорить о недостаточной адаптированности студентов 3 курса в воздействию эмоциональных стрессоров. Для выяснения приверженности данной группы к стрессу студентов мы решили определить тип темперамента у студентов данной группы по методике Г.Айзенка и Гиппократ. В результате 10 студентов оказался меланхоликом, 13 холериками.

Выводы. В ходе нашего исследования направленного на изучение влияния эмоционального стресса на развитие сахарного диабета, наше внимание привлекла часть группа студентов 3 курса (14,7%), уровень глюкозы в крови которых составил 5,3-5,5 ммоль/л, которые по типу темперамента согласно таблице Г.Айзенка и Гиппократы оказались меланхоликами и холериками. Такие результаты позволяют высказать предположение о том, что люди с такими типами темперамента более менее защищены от эмоционального стресса и более привержены к нарушениям со стороны нейроэндокринной системы, связанными с нарушениями адаптационного синдрома Селье.

ХАРАКТЕРИСТИКА КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА

Арзамасцева А.А.¹, Волкова А.С.¹, студенты кафедры микробиологии,
Зиганшина Э.Э.¹, Григорьева Т.В.¹, Сакулин К.А.², Яруллина Д.Р.¹

Руководитель: Карпухин О.Ю.², д.м.н., проф.

¹ ФГАОУ ВО КФУ, ИФМиБ, г. Казань

² ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань

Хронический запор (ХЗ) или колостаз является одной из важнейшей медико-социальных проблем современности. В РФ распространенность ХЗ среди населения составляет 20% и увеличивается пропорционально возрасту пациентов. Данные последних лет указывают на наличие функциональной связи между нарушением моторно-эвакуаторной функции кишечника и составом кишечной микробиоты, но до сих пор не установлено, какие именно изменения архитектуры микробного сообщества желудочно-кишечного тракта специфичны для ХЗ. Механизмы микробной регуляции сократительной активности кишечника также остаются не раскрытыми.

Цель исследования. Характеристика структуры микробного сообщества толстой кишки человека при колостазе с помощью методов классической микробиологии и метагеномного анализа.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования использовали резецированные препараты толстой кишки пациентов, прооперированных по поводу декомпенсированной формы хронического колостазы, и фекалии практически здоровых лиц. Материал исследовали в соответствии с разрешением Локального этического комитета ГБОУ ВПО КГМУ МЗ РТ (протокол №9 от 24.11.2015). Методами классической микробиологии с помощью сред специального назначения оценили общую обсемененность образцов аэробными и факультативно анаэробными бактериями, а также бифидобактериями, энтеробактериями, в том числе сальмонеллами и шигеллами, молочнокислыми бактериями (МКБ), в том числе лактобациллами. Секвенирование генов 16S рРНК выполнили на секвенаторе MiSeq (Illumina). Первичный анализ данных секвенирования выполнили на платформе Basespace (Illumina). Для анализа полученных последовательностей гена 16S рРНК использовали биоинформационный пакет QIIME v. 1.8.0. (<http://qiime.org/>).

Результаты. Установлено, что микробный пейзаж образцов препаратов, полученных от разных пациентов, существенно отличается, что соответствует современным представлениям об индивидуальных различиях в микрофлоре индивидуумов как в норме, так и при патологиях. Тем не менее, все образцы характеризовались высоким содержанием бактерий группы МКБ: от 10^4 до 10^{15} КОЕ/г. Метагеномный анализ выявил более низкое содержание МКБ в микробном сообществе пациентов с колостазом, что обосновывает целесообразность использования пробиотиков в лечении ХЗ. Ни в одном из исследованных образцов не обнаружены энтеробактерии и, в частности, представители родов *Salmonella* и *Shigella*. Методом секвенирования гена 16S рРНК показано, что в препаратах толстой кишки преобладают филы *Firmicutes* и *Bacteroidetes*. Представители двух других

основных фил в микробиоте кишечника - *Proteobacteria* и *Actinobacteria* - представлены в значительно меньшем количестве.

Заключение. Таким образом, данное исследование расширяет наши представления о составе микрофлоры толстой кишки человека при ХЗ, а также доказывает необходимость параллельного использования традиционных культуральных методов и современных технологий ДНК-диагностики бактерий для объективной оценки состава микробного сообщества.

Исследование выполнено с использованием оборудования Междисциплинарного ЦКП КФУ для обеспечения клеточных, геномных и постгеномных исследований в Приволжском регионе.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ У БЕССИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Артемова А.С., студентка 5 курса, Коростелев Д.С., студент 5 курса,
Белоказанцева В., студентка 5 курса, Урюпина А.А., студентка 3 курса,
Горовая А.Д., студентка 3 курса

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

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО «Северо-Западный Государственный
Медицинский Университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ

Атеросклеротическое поражение сонных артерий, не сопровождающееся выраженной неврологической симптоматикой, может привести к развитию транзиторных ишемических атак (ТИА) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Целью настоящего исследования явилось изучение результатов проведения эверсионной каротидной эндартерэктомии у пациентов с симптомным и бессимптомным каротидным стенозом.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения за 83 пациентами, оперированными по поводу каротидного стеноза. В основную группу вошли 23 пациента с бессимптомным поражением, в контрольную – 60 больных с симптомным критическим каротидным стенозом. Анализировались особенности вмешательства, характеристики поражения брахиоцефальных сосудов, коморбидная патология, метаболические изменения, особенности когнитивных нарушений (по шкале MoCA) и другие последствия оперативного воздействия в 30-дневный срок. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ «STATISTICA-10». Различия принимались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Выявлено более частое поражение контрлатеральной сонной (1 v/s 25; $\chi^2=10,76$, $p < 0,05$) и подключичной (5 v/s 27; $\chi^2=3,8$, $p < 0,05$) артерий у пациентов контрольной группы. У пациентов с симптомным стенозом отмечены значительные колебания артериального давления интраоперационно ($35,6 \pm 20,1$ v/s $59,6 \pm 13,7$; $p < 0,05$). Высокие значения артериального давления в первые 24 часа после оперативного вмешательства, требующие медикаментозной терапии, были выявлены у пациентов контрольной группы ($133,39 \pm 14,02$ v/s $150,2 \pm 14,82$; $p < 0,05$). Гиперперфузионный синдром чаще наблюдался у пациентов контрольной группы (2 v/s 18; $p < 0,05$). Ишемические нарушения после эверсионной каротидной эндартерэктомии были отмечены только у пациентов с неврологической симптоматикой ($p < 0,05$). Периоперационные нарушения ритма в первые сутки послеоперационного периода были зафиксированы только у пациентов с симптомным стенозом (8 пациентов; $p < 0,05$).

Обсуждение. Необходимость интраоперационного повышения артериального давления могла сказаться на частоте неблагоприятных кардиоваскулярных событий в послеоперационном периоде у пациентов контрольной группы.

Выводы. Учет атеросклеротического поражения брахиоцефальных артерий позволяет улучшить результаты ликвидации каротидного стеноза.

ВЫБОР МЕТОДА РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Артемова А.С., студентка 5 курса, очная форма обучения, бюджет

Научный руководитель: Иванов М. А., проф., д.м.н.

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО «Северо-Западный Государственный
Медицинский Университет им. И. И. Мечникова» МЗ РФ

Метаболический синдром (МС) нередко определяет итоги реваскуляризации при наличии критической ишемии нижних конечностей у пациентов с периферической артериальной болезнью (РАД).

Целью настоящего исследования явилось изучение результатов реконструкции артериального сегмента у пациентов с РАД на фоне МС.

Материалы и методы. В основу работы легли наблюдения над 73 пациентами с РАД на фоне МС, которым осуществлялась реваскуляризация, преимущественно, по поводу критической ишемии (CLI). Основную группу составили 48 пациента, перенесших эндоваскулярные вмешательства (ЭВ), в основном, на инфраингвинальном сегменте. В контрольную группу вошли 25 человек, которым выполнялись традиционные шунтирующие (открытые) операции (ОО). Анализировались длительность госпитализации, продолжительность операции, объем кровопотери, динамика оксигенации тканей в результате вмешательства, осложнения, сохранение конечности в 30-дневный срок после оперативного воздействия. МС диагностировался по критериям АТР III. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ «STATISTICA-10».

Результаты. Пациенты с МС относятся к группе высокого риска в связи с наличием тяжелых коморбидных состояний (гипертоническая болезнь 2-3 стадии, декомпенсированный сахарный диабет и пр.). Гендерные особенности РАД определяли преобладание женщин в эндоваскулярной группе. Переносимость ЭВ ассоциируется с незначительной продолжительностью

указанных воздействий в сравнении с ОО у больных МС (85 ± 49 мин v/s 211 ± 103 мин; $p < 0,05$). Интраоперационная кровопотеря у пациентов основной группы была на 300 мл ниже, чем у пациентов контрольной ($p < 0,05$). pO_2 в тканях у пациентов основной группы имела лучшую динамику, чем после ОО. Большая частота осложнений в группе ОО (тромбозы, кровотечения, инфекционные осложнения) сопровождалась увеличением продолжительности госпитализации – в контрольной группе койко-день был в среднем на 10 больше ($p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с РАД эндовазальные вмешательства могут быть методом выбора на фоне МС.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВАРИАНТОВ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Арынов А.А., резидент кафедры анестезиологии и реаниматологии

Руководитель: Чурсин В.В., к.м.н., доц., заведующий кафедрой

КазМУНО, г. Алматы

Нарушения кровообращения занимают ведущее место среди патологических синдромов у больных, находящихся на лечении в ОАРИТ. Но не всегда у врачей есть возможность инвазивного мониторинга или реографии. Чаще всего они вынуждены довольствоваться «стандартными» показателями: пульсоксиметрия, АД, ЧСС, ЦВД. В связи с этим нам видится важным представить наш алгоритм диагностики нарушений кровообращения по клиническим данным. Нарушения кровообращения можно диагностировать не только по ненормальным величинам АД, ЧСС, ЦВД, но и по соотношению АД и ЧСС. Существует эмпирически установленная зависимость между этими показателями – **Систолическое АД = ЧСС + 40 (± 10)**. Отсутствие данного прироста или избыточный прирост свидетельствует о нарушениях в системе кровообращения. Оценка состояния кожных

покровов имеет важное значение – их цвет, холодные или горячие. Прохладность и нарушения микроциркуляции при низком АД свидетельствует о высоком ОПСС. Горячие кожные покровы при низком АД могут свидетельствовать о снижении ОПСС. Для уточнения изменения ОПСС существует ряд фармакологических проб. При подозрении на повышение ОПСС проводится **проба с вазодилататорами**. Для этого мы используем магния сульфат, либо препараты из группы нитратов: магния сульфат 25 % - 5 миллилитров вводится медленно, либо изомик по 0,25-0,5 мг болюсно. При положительной пробе отмечается снижение ЧСС и повышение АД, что свидетельствует о высоком ОПСС, таким больным необходимо назначение периферических вазодилататоров. **Проба с мезатоном** проводится также при тахикардии в сочетании с низким АД, но при теплых кожных покровах, т.е. при подозрении на сниженное ОПСС. Для проведения этой пробы вводят 25-75 мкг мезатона под контролем АД и ЧСС. Проба считается положительной при значимом снижении ЧСС и приросте АД. Этот факт будет свидетельствовать о том, что мы имеем дело с низким ОПСС и больной нуждается в вазопрессорах. Тахикардия в данном случае будет компенсаторной – для поддержания сердечного выброса, на фоне резкого снижения ОПСС.

Один из главных вопросов – объем инфузионной терапии. Во-первых, необходимо оценить уровень ЦВД. При тахикардии ЦВД всегда должно быть невысоким либо отрицательным! Высокое ЦВД при тахикардии свидетельствует о декомпенсации сердечной недостаточности или о повреждении легких и требует от нас ограничение инфузионной терапии. Необходимо понимать, что сам показатель ЦВД никак не может говорить о волемическом статусе. Т.е. низкое ЦВД не может послужить для нас сигналом о начале инфузионной терапии, но повышенное или нормальное при тахикардии является сигналом для остановки инфузии. В случае же невысоких показателей ЦВД, при тахикардии и низком АД, необходимо провести **инфузионную пробу**. Суть ее заключается в болюсной инфузии

(предпочтительно в магистральную вену) раствора кристаллоида. Проба считается положительной, если после инфузии 200-400мл раствора снижается ЧСС и повышается АД (прироста ЦВД сразу ждать не следует!). Безусловно, таким больным необходимо увеличить инфузионную терапию. При отрицательной пробе (тахикардия не уменьшается, АД не повышается, быстро повышается ЦВД) инфузия не показана и нужно искать другую причину нарушенного кровообращения, а не уповать на несуществующую гиповолемию.

Выводы. Методы клинической диагностики нарушений кровообращения, используемые на клинических базах нашей кафедры более 10 лет, помогают выявлению этих нарушений, что способствует правильной коррекции и дальнейшему успешному лечению.

МЕТОДЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СПОНТАННОЙ КРАПИВНИЦЫ

Асоскова А. В., ординатор кафедры дерматовенерологии и косметологии

Руководитель: Мерцалова И. Б., к.м.н, асс.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Хроническая спонтанная крапивница (ХСК) встречается у 5% населения и характеризуется длительным рецидивирующим течением и появлением высыпаний, сопровождающихся выраженным зудом, что оказывает значимое влияние на качество жизни пациентов. Вариабельность выраженности клинических проявлений заболевания и их субъективность требуют стандартизации методов клинической оценки степени тяжести, динамики патологического процесса, а также эффективности проводимой терапии и влияния заболевания на качество жизни пациентов.

По данным международных согласительных документов по ведению пациентов с крапивницей (The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the

definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update) для определения степени тяжести ХСК рекомендуется шкала UAS7 (The Urticaria Activity Score 7), включающая в себя оценку основных симптомов заболевания (интенсивности зуда, динамики появления и количества высыпаний) по валидизированной трехбалльной шкале ежедневно в течение семи дней с последующей интерпретацией результатов лечащим врачом. Этот метод позволяет эффективно оценивать динамику течения заболевания, однако его недостатками являются проспективный характер, необходимость достаточной комплаентности пациента, возможность использования только для взрослого населения и отсутствие оценки ангиоотека. Для оценки клинических проявлений ангиоотека разработана шкала степени тяжести ангиоотека AAS28 (Angioedema Activity Score 28), позволяющая проспективно оценить степень тяжести эпизода ангиоотека на основании ведения пациентом дневника в течение 28 дней.

Для оценки влияния заболевания на повседневную жизнь пациента Baiardini и соавт. разработан опросник качества жизни при хронической крапивнице CU-Q2oL (The Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire). В ходе анализа литературы выявлено, что такой, адаптированный именно для ХСК, метод является достаточно надежным и более чувствительным по сравнению с универсальными способами оценки качества жизни при дерматологических заболеваниях (например, при определении дерматологического индекса качества жизни DLQI).

Современной тенденцией является разработка шкал, сочетающих оценку пациентом основных клинических проявлений ХСК и их влияния на его повседневную жизнь. Так, Jariwala и соавт. предложили шкалу USS (The Urticaria Severity Score), в которой основные клинические проявления ХСК оценивают по семибалльной шкале на основании девяти вопросов, а качество жизни оценивается на основании стандартных опросников.

Для оценки адекватности проводимой терапии применяется метод оценки эффективности лечения крапивницы UCT (Urticaria Control Test),

позволяющий выявлять пациентов с недостаточно контролируемым течением заболевания. UST подразумевает ретроспективную оценку за четыре недели на основании четырех вопросов. Несмотря на краткость, простоту теста и удобство для пациентов, слабой стороной UST является недостаточная детализация клинических проявлений и степени влияния заболевания на качество жизни.

Таким образом, анализ литературы показывает необходимость усовершенствования существующих шкал и разработки новых методов клинической оценки ХСК с последующим внедрением их в повседневную клиническую практику, что обеспечит персонализированный подход к лечению заболевания, позволяя подобрать адекватную терапию и оценить ее эффективность и безопасность, а также отслеживать динамику воздействия дерматологического заболевания на разные аспекты жизни пациента.

ПОДГОТОВКА ШЕЙКИ МАТКИ К РОДАМ

Астафьев В.В., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Подзолкова Н.М., д.м.н., проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Основной задачей современного акушерства является бережное родоразрешение. С целью подготовки шейки матки к программированным родам Мифепристоном в 2010 г. была разработана медицинская технология на базе Московского областного НИИ акушерства и гинекологии. Основное показание к использованию медицинской технологии подготовки шейки матки к родам – отсутствие биологической готовности организма беременной к родам («незрелая» или недостаточно «зрелая» шейка матки), а именно при доношенной физиологической беременности, или тенденции к ее перенашиванию, или при необходимости досрочного родоразрешения в

интересах матери и/или плода при патологически протекающей беременности. Мифепристон – синтетический антигестаген, конкурирующий с прогестероном на уровне его рецепторов. Препарат оказывает выраженное влияние на состояние шейки матки, что крайне важно для успешных родов. Мифепристон снимает тормозящее влияние прогестерона на экспрессию гена проколлагеназы и стимулирует высвобождение металлопротеиназ и коллагеназы, при этом не вызывая гиперактивности миометрия. Эффективность Мифепристона доказана во многих иностранных и российских исследованиях.

Способ применения – однократно внутрь 200 мг Мифепристона (1 таблетка) в присутствии врача, через 24 часа повторный приём 200 мг Мифепристона. Через 48-72 часа проводится оценка состояния родовых путей и при необходимости назначают простагландины или окситоцин. Достижение зрелости шейки матки происходит в 1,7 раза чаще у первородящих по сравнению с повторнородящими женщинами. Кроме того, было выявлено, что 78% повторнородящих пациенток развили регулярную родовую деятельность после приема одной дозы препарата, тогда как первородящие вступили в роды после первой дозы миропристона лишь в 48.6% наблюдений.

Таким образом, следует выделить следующие преимущества Миропристона особенно актуальные в современной медицине:

- Высокая эффективность при «незрелой» шейке матки (способствует созреванию шейки матки).
- Не вызывает гиперстимуляцию матки.
- Нет негативного влияния на состояние плода.
- Нет риска преждевременной отслойки плаценты.
- Не увеличивает риск преждевременного излития околоплодных вод.
- Для приёма препарата не требуются врачебные манипуляции.

- Использование препарата не зависит и не влияет на состояние влагалищной микрофлоры. Нет риска инфицирования.
- Наименьшая частота осложнений родов и кесарева сечения, что объясняется: а) подготовка миометрия к последующему применению утеротоников, б) повышением эффективности родостимуляции.

РИСКИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА СЧЕТ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА

Атжаксынова Б.С., магистрант кафедры микробиологии, вирусологии и
иммунологии

Руководитель: Засорин Б.В., д.м.н., проф.

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
имени Марата Оспанова, г. Актобе

Цель исследования. Оценка уровня канцерогенного и неканцерогенного рисков для здоровья взрослого населения г. Актау за счет химического загрязнения атмосферного воздуха.

Оценку риска для здоровья проводили в соответствии с методологией, изложенной в «Руководстве по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду. Руководство. Р2.1.10.1920-04. М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России; 2004».

В качестве информационной базы использовали данные выкопировки из стандартной формы статистической отчетности результатов мониторинга за состоянием окружающей среды, проводимого «Комитетом по защите прав потребителей» по Мангистауской области (за период 2011 -2015 гг). Расчет неканцерогенных рисков с учетом критических органов и систем производился для таких загрязнителей атмосферного воздуха, как: сернистый

ангидрид, сероводород, окись углерода, окислы азота, аммиак и общие углеводороды.

На первом этапе исследования производился расчет среднегодовых и среднесуточных концентраций загрязняющих веществ. На основании данных расчетов определяли концентрацию вещества, поступающего в организм с атмосферным воздухом, из расчета мг/кг массы тела (за указанный период времени).

Рассчитывали коэффициент опасности (HQ) неканцерогенных эффектов, а также индекс опасности (HI) для всех указанных выше веществ. Кроме того, рассчитывался HI для каждого критического органа и системы.

При анализе параметров риска для здоровья с учетом пола выявлено, что максимальный риск для здоровья женского населения г. Актау представляет наличие в атмосфере углеводородов: $HQ=9,23$ (HQ для других анализируемых химических веществ <1).

HI в данной группе составил 10,44; а в отношении критических органов он составил: для органов дыхания – 10,35, для заболеваний ЦНС – 9,32, а для находящихся на третьем месте заболеваний печени и почек – 9,23.

Несколько меньший неканцерогенный риск (но без достоверных отличий по сравнению с женщинами) отмечен и для здоровья мужского населения: для общих углеводородов – 7,93. $HI=8,95$, для органов дыхания – 8,88, для ЦНС – 8,02, для печени и почек – 7,93.

Уровни индивидуального канцерогенного риска (CR) для здоровья взрослого населения г. Актау показывают аналогичную тенденцию. Риск развития злокачественных новообразований среди женщин в 1,5 раза выше, чем для мужчин ($2,2E^{-03}$ и $1,5E^{-03}$ соответственно).

При сравнительной характеристике риска часто используется величина популяционного годового риска (PCRa) – расчетное число дополнительных случаев рака в течение года.

Анализ результатов оценки популяционного канцерогенного риска с учетом пола показал, что у женщин он в 1,8 раза выше, чем у мужчин (соответственно, 169,6 и 96,5).

Выводы.

1. Наибольший риск для здоровья взрослого населения г. Актау представляет содержание в атмосфере углеводородов.
2. Женское население более подвержено риску возникновения болезней органов дыхания, ЦНС, печени и почек, а также новообразованиям по сравнению с мужчинами.

АЛКОГОЛИЗМ – ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Ашеков Е. О., кафедра патологической физиологии

Руководитель: Койшыгарина Г. Б., доц., старший преподаватель

кафедры патологической физиологии

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда

Актуальность. Алкоголизм – одна из актуальных проблем современного общества и по своим разрушительным последствиям сравнима с наркоманией. Помимо пагубного влияния на нервную, сердечно-сосудистую системы, печень и пищеварительный тракт, этиловый спирт способствует возникновению воспалительных заболеваний. Это связано с тем, что при субъективном ощущении согревания теплоотдача значительно увеличивается. Часто данный эффект этилового спирта сопровождается экзогенным охлаждением. В результате ослабляются защитные свойства организма, что является благоприятным для развития инфекционно-воспалительных заболеваний.

Цель и задачи. В эксперименте на теплокровных животных изучить состояние защитных свойств организма после принятия этилового спирта и влияния низкой температуры.

Материалы и методы. Опыты проводились на белых беспородных крысах. Животные были выбраны здоровыми, масса составляла 170-200 г. Сформированы экспериментальная и контрольная группа. У крыс экспериментальной группы перед началом измеряли ЧСС, ЧД, температуру тела, забирали кровь на ОАК. Затем им вводили перорально 100 мл 40%-ного раствора этилового спирта. Через 15 минут измеряли температуру тела, ЧД, ЧСС. После этого крыс помещали на 3 часа в комнату с температурой воздуха 5-10°C. Через 3 и 9 часов у крыс провели повторные измерения ЧСС, ЧД, температуры тела, ОАК. Данная последовательность проводилась каждый второй день в течение месяца. В контрольной группе у крыс перед началом эксперимента измеряли ЧСС, ЧД, t° тела, ОАК. После измерений крысы были помещены в комнату с температурой воздуха 5-10°C, где они находились в течение 3 часов. По истечении этого времени проводили повторные замеры ЧСС, ЧД, температуры тела, ОАК, повторив их еще через 9 часов. Эксперимент повторялся каждый второй день в течение месяца.

Обсуждение и результаты. Показатели температуры тела животных контрольной группы составляли 36,2 – 36,4°C, ЧД 74-76 в минуту. А у крыс опытной группы через 15 минут температура снизилась на 0,1°C, ЧД увеличилась на 9,2%. Через 3 часа охлаждения у животных температура снизилась на 0,4°C, ЧД на 8,5% увеличилась. Состояние крыс через 9 часов заметно ухудшилось: появился озноб, акроцианоз, температура тела снизилась на 1,0°C, ЧД снизилась на 6,5%. Таким образом, при переохлаждении крыс в течение первых 15 минут отмечалась стадия мобилизации компенсаторных реакций, а в последующие часы появились признаки декомпенсации, общее переохлаждение и угнетение дыхания.

Выводы. 1. Гипотермия, вызванная действием этилового спирта, вызывает изменения основных этапов фагоцитарного процесса, проявляющиеся в снижении адгезивной способности лейкоцитов (преимущественно за счет клеток с высокой силой сцепления) и увеличении поглотительной способности при измененном количестве фагоцитирующих

клеток. 2. Экзогенное охлаждение в сочетании с действием этилового спирта сопровождается ослаблением защитных свойств организма, о чем свидетельствует снижение поглотительной способности нейтрофилов – показатель, наиболее устойчивый к сдвигам гомеостатических констант. 3. Выявленный комплекс изменений свидетельствует о снижении эластичности клеток и нарушении внутриклеточных регуляторных механизмов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Бабаджанов Ж.К., ассистент кафедры подготовки ВОП,

Эгамбердиев К.К.

Руководитель: Атаджанов Ш.К., д.м.н.

Ургенчский филиал Ташкентской Медицинской Академии,

Респ. Узбекистан, г.Ургенч

Одним из важнейших этапов лечения больных с желчекаменной болезнью является выявление патологии внепеченочных желчных ходов, так как, по данным литературы, при рутинной интраоперационной оценке состояния желчных путей холедохолитиаз выявляется в 3,6-8,9% наблюдений, стриктуры холедоха в 1,5-7,3%, папиллостеноз – в 2,2-7,1%. Невыявленный и неустраненный холедохолитиаз занимает ведущее место в структуре постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) – до 41-58%, а стриктуры холедоха и папиллостеноз являются причиной развития ПХЭС в 17-24% случаев.

Цель работы: разработать тактику лечения больных при диагностировании патологии внепеченочных желчных ходов у больных с острым холециститом.

Материалы и методы. Нами выполнено 355 лапароскопических (ЛС) холецистэктомий (ХЭ). Одним из важнейших этапов лечения больных с

острым холециститом является выполнение рентгенодиагностики внепеченочных желчных ходов. Мы стремимся дренировать холедох и выполнять ИОХГ на каждой операции. При диагностировании патологии внепеченочных желчных путей нами разработан алгоритм действий, который сводится к максимальному использованию миниинвазивных технологий. Причём хотелось бы особо подчеркнуть, что такой же порядок действий мы применяем и на «открытых» операциях. При достоверном диагностировании на ИОХГ стриктур терминального отдела холедоха, папиллостенозов или конкрементов менее 2 см стремимся выполнять интраоперационную ЭПСТ, причем как антеградную, так и ретроградную в сочетании, при необходимости с литоэкстракцией. В случае, если конкремент не удалось удалить по каким-либо причинам, выполняем ЛС холедохотомию и литоэкстракцию. При отсутствии результатов от выполненных манипуляций, операцию заканчиваем оставлением наружного дренажа холедоха с последующим выполнением в послеоперационный период ЭПСТ.

Результаты. Используемая нами методика позволила диагностировать холедохолитиаз у 23 пациентов (6,5%), причем бессимптомный - у 7 (2,0%). Стриктуры терминального отдела холедоха и папиллостеноз выявлены у 21 больного (5,9%), бессимптомные - у 14 пациентов (3,9%). Сочетание холедохолитиаза и стриктур холедоха отмечено в 5 (1,4%) наблюдениях. Применение данной методики позволило значительно снизить уровень конверсии при диагностировании у больных с острым холециститом патологии внепеченочных желчных путей, т. к. имеются наблюдения неоднократного успешного выполнения ЭПСТ при расположении устья БДС в крупных парафатеральных дивертикулах. Максимальный же размер удалённого после ЭПСТ конкремента составил 3 см.

Выводы. При диагностировании у больных патологии внепеченочных желчных путей необходимо максимально использовать современные возможности миниинвазивных технологий, т. е. стремиться к одноэтапному

лечению больных, включающему в себя ЛСХЭ, ИОХГ, ИЭПСТ, при необходимости ЛСХТ и литоэкстракцию. Предлагаемая тактика лечения ведёт к улучшению качества лечения больных, снижению сроков пребывания в стационаре, уменьшению числа осложнений, а так же, что не менее важно, снижению числа ПХЭС.

НИЗКОДОЗНАЯ БРАХИТЕРАПИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НИЗКОЙ ГРУППЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА

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

Руководитель: Дадашев Э.О., к.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО; ГКБ им. С.П. Боткина, г. Москва

Рак предстательной железы (РПЖ) относится к числу наиболее распространенных онкологических заболеваний. Для лечения неметастатического РПЖ применяются радикальная простатэктомия(РПЭ), лучевая терапия (дистанционная и брахитерапия) и гормональное лечение.

Брахитерапия (БТ) является разновидностью лучевой терапии. Она может выполняться в двух модификациях: высокодозной (облучение опухоли достигается за счет временного помещения в мишень источников высокой мощности дозы, содержащие изотопы ^{60}Co , ^{192}Ir , ^{137}Cs , ^{169}Yb) и низкодозной (НД-БТ) (выполняется перманентная имплантация источников низкой мощности дозы, содержащие изотопы ^{125}I , ^{103}Pd , ^{131}Cs). Для пациентов с РПЖ с низким уровнем риска прогрессирования заболевания эта процедура признана в качестве стандартного общепринятого метода лечения. За последнее десятилетие многочисленные клинические исследования доказали безопасность и эффективность брахитерапии, в том числе радиационной онкологической группой (RTOG). В США «Американским брахитерапевтическим обществом» (ABS) разработаны рекомендации, в Европе руководствуются рекомендациями «Европейского общества

радиотерапии и онкологии» (ESTRO). На территории РФ метод применяется с 2000 года. Техника исполнения описана в методических указаниях: трансперинеальная под контролем ТРУЗ «НМТ ФСН[№] 2009/218 «Технология внутритканевой лучевой терапии закрытыми источниками I-125 локализованного рака предстательной железы» 2009 года и под контролем КТ «НМТ ФСН[№] 2010/180 «Внутритканевая лучевая терапия (брахитерапия) рака предстательной железы» 2010 года.

РПЖ низкого риска развития рецидива: ПСА < 10 нг/мл, сумма Глисона < 7, клиническая стадия cT1-2a .

Глисон 6 – рак или нет? : + Характеризуется «доброкачественным» течением, термин «рак» приводит к избыточному лечению; - Обладает всеми признаками рака, метастазирует редко, но способен к местной инвазии; до 50% пациентов с клинически локализованным РПЖ Глисон 6 по данным биопсии имеют негативные гистологические характеристики после РПЭ .

Лечение РПЖ низкого риска:

- Ожидаемая продолжительность жизни < 10 лет: выжидательная тактика (watchful waiting).
- Ожидаемая продолжительность жизни > 10 лет: активное наблюдение (active surveillance); радикальная простатэктомия; лучевая терапия (НЛТ / брахитерапия); фокальная терапия (криоабляция, HIFU) .

Критерии отбора к низкодозной БТ пациентов низкой группы риска: объем предстательной железы < 50 см³ (60 см³ согласно American Brachytherapy), IPSS ≤ 12 (20 согласно American Brachytherapy Society), вовлечение менее 50% биоптатов, ожидаемая продолжительность жизни > 10 лет, отсутствие ТУР ПЖ в анамнезе.

Онкологическая эффективность НД-БТ: 1) НД-БТ как монотерапия при ранних стадиях РПЖ: мультицентровое исследование, 2237 пациентов; 2) при медиане наблюдения 65 мес раковоспецифическая выживаемость через 5 и 7 лет составила 99% и 98%; 3) безрецидивная выживаемость через

5 и 7 лет – 92% и 88%; 4) одноцентровое исследование, 195 пациентов. Безрецидивная выживаемость через 5 лет – 95,7% .

Качество жизни после НД-БТ: системный обзор литературы (в том числе 4 проспективных исследования). Цель: сравнение качества жизни после НД-БТ и РА-РПЭ. Нет различий в "поражении кишки" в течение первых трех лет после вмешательства ($p=0,02$). При НД-БТ отмечены более высокие показатели восстановления мочевой и сексуальной функции согласно опроснику UCLAPCI в течение первых 3 лет после вмешательства. Удержание мочи через 1 год лучше в группе НД-БТ (88,0% и 84,5%, $p<0.001$). Более высокие показатели ПЕФ-5 наблюдались после брахитерапии : + 7.8 в сравнении с РПЭ и + 3.1 в сравнении с НЛТ.

Онкологическая эффективность НД-БТ, собственный опыт:

Изучены результаты лечения 32 пациентов с РПЖ низкого риска с 2012 по 2016 гг. Медиана ПСА - 5,6 нг/мл(4,5-10,5). Средний возраст - 67,4 года (52-77). С T1c – 71,9% и с T2a – 28,1% .

- Безрецидивная выживаемость через 3 года – 96% .
- Одному пациенту с биохимическим рецидивом выполнена спасительная РПЭ .
- Осложнения: острая задержка мочи у 1 пациента (катетеризация) и миграция источника у 1 пациента.

Заключение. Низкодозная брахитерапия – высокоэффективный и наиболее безопасный, низкоморбидный метод лечения у отобранных пациентов с РПЖ низкого риска .

ПОВЫШЕННАЯ ДНЕВНАЯ СОНЛИВОСТЬ ПРИ БОЛЕЗНИ
ПАРКИНСОНА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА И
ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

Бабкина О.В., старший лаборант кафедры неврологии

Руководитель: Левин О.С., д.м.н., проф., заведующий кафедрой неврологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Актуальность. Повышенная дневная сонливость (ПДС) является распространенным симптомом болезни Паркинсона (БП), имеет мультифакториальную природу, ассоциирована с рядом других немоторных симптомов и может приводить к значительному снижению качества жизни больных.

Целью исследования является определение соотношения ПДС с другими немоторными и моторными проявлениями БП и оценка ее влияния на качество жизни.

Материал и методы. Обследование 30 больных с 1-3 стадиями БП включало: сбор анамнеза, неврологический осмотр, заполнение унифицированной шкалы для оценки тяжести БП (UPDRS-MDS), Эпвортской шкалы сонливости (ESS), шкалы нарушений сна у больных с БП (PDSS-2), Берлинского опросника апноэ сна (the Berlin Questionnaire), Монреальской шкалы когнитивной оценки (MoCA), теста 3-КТ, госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы вегетативных нарушений (ШВН), шкалы качества жизни при БП (PDQ-39), шкалы Шваба и Ингланда (MSEADL). Больные были разделены на основную (с ПДС, n=20) и контрольную группы (без ПДС, n=10), пациентам основной группы проводились полисомнография (ПСГ) и множественный тест латентности сна (МТЛС).

Результаты. ПДС выявлена у 67% больных. Пациенты двух групп отличались по эквивалентной дозе леводопы (633,8 и 280,0 мг, $p=0,002$),

длительности терапии (47,2 и 12,8 месяцев, $p=0,01$), части I и II UPDRS-MDS ($p<0,05$). У пациентов с ПДС чаще встречались нарушения сна (17,5 и 8,4 баллов по шкале PDSS-2, $p=0,002$) и вегетативные нарушения (6,3 и 3,0 баллов ШВН, $p<0,02$), были ниже качество жизни (82,3 и 45,6 баллов PDQ-39, $p<0,0001$) и уровень повседневной активности (86,1 и 92,0 баллов MSEADL, $p<0,05$). Корреляционный анализ показал наличие взаимосвязи между дозой леводопы и длительности терапии с длительностью ПДС ($r=0,51$, $p<0,05$). ПДС положительно коррелировала с I, III частями и общим баллом UPDRS-MDS ($r>0,39$, $p<0,05$).

Выводы. ПДС при болезни Паркинсона ассоциирована с более выраженными моторными и другими немоторными симптомами и более высокой дозой дофаминергических препаратов, приводит к снижению качества жизни пациентов и уровня повседневной активности.

ОДНОВРЕМЕННЫЙ Т-САТ EPI LASIK С АКСЕЛЕРАТИВНЫМ КРОССЛИНКИНГОМ РОГОВИЧНОГО КОЛЛАГЕНА ПРИ КЕРАТОКОНУСЕ

Байрамова Г.Ф. студентка 6-го курса лечебного факультета; Агмадов А.М., ассистент кафедры глазных болезней №2; Байрамова Э.Ф., студентка 4-го курса лечебного факультета

Руководитель: Исмаилов М.И., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет,
г. Махачкала

Цель исследования. Разработка и внедрение нового комбинированного высокотехнологичного метода лечения, позволяющего максимально предотвратить возможные послеоперационные осложнения, эффективно стабилизировать прогрессирование кератоконуса с максимально

возможной коррекцией aberrаций, оптимизировать саму технику операции, для снижения временных затрат и требований к оперирующему хирургу.

Материалы и методы. Процедура T-CAT Epilasik с акселеративным кросслинкингом роговичного коллагена проводилась 14 пациентам с кератоконусом 1-й стадии – 10 глаз, 2-й стадии – 18 глаз. Всем пациентам до и после операции определяю остроту зрения без коррекции и с максимальной очковой коррекцией, рефракцию и преломляющую силу роговицы на рефрактометре Huvits MRK-3100 (Япония), назначают оптическую когерентную томографию. Местная анестезия алкаином оперируемого глаза проводится за 10 мин до операции и непосредственно перед операцией. Формируется эпителиальный лоскут эпикератомом Epi-K фирмы Moria. Эпителиальный лоскут отводится кверху, толщина формируемого лоскута 40-50 мкм. Данные кератотопографа переносятся в компьютер Allegretto Wave eye-q и с помощью программного обеспечения Topography-guided customized ablation (T-CAT) моделируется алгоритм персонализированной (кастомизированной) абляции. Далее закапывают раствор рибофлавина 0,5% до полного прокрашивания стромы роговицы желтым пигментом. После прокрашивания поверхность обнаженной роговицы промывают физиологическим раствором и эпителиальный лоскут накладывается на свое исходное место. Далее проводится процедура кросслинкинга прибором IROC UV-X. УФ-облучение проводят в течение 10 мин с периодическим закапыванием рибофлавина 0,5% каждые 5 минут. Мощность излучения – 3 мВт/см².

Результаты. T-CAT Epilasik с акселеративным кросслинкингом. Острота зрения без коррекции до операции – $0,18 \pm 0,02$, через 7 дней – $0,2 \pm 0,03$, через 1 месяц $-0,29 \pm 0,06$, острота зрения с максимальной коррекцией до операции $-0,35 \pm 0,06$, через 7 дней $-0,5 \pm 0,03$, через 1 месяц $-0,6 \pm 0,08$, рефрактометрия до операции $-3,4 \pm 1,8$, через 1 месяц $-1,3 \pm 0,74$, оптическая когерентная томография роговицы до операции 325 ± 23 , через 7 дней – 491 ± 18 , через 1 месяц – 427 ± 21 .

Стандартная процедура кросслинкинга. Острота зрения без коррекции до операции $-0,2 \pm 0,03$, через 7 дней $-0,16 \pm 0,02$, через 1 месяц $-0,2 \pm 0,03$, острота зрения с максимальной коррекцией до операции $-0,33 \pm 0,08$, через 7 дней $-0,3 \pm 0,14$, через 1 месяц $-0,5 \pm 0,05$, рефрактометрия до операции $-3,6 \pm 1,65$, через 1 месяц $-2,0 \pm 0,56$, оптическая когерентная томография роговицы до операции -310 ± 10 , через 7 дней -482 ± 5 , через 1 месяц -419 ± 12 .

Выводы. По данным предварительных результатов проведения Т-САТ Epilasik с акселеративным кросслинкингом, острота зрения без коррекции улучшилась на 2-3 строчки, с максимальной коррекцией – на 3-4 строчки. По предварительным данным, эта методика значительно улучшает качество зрения пациентов.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Барабаш Р.А., аспирант кафедры патологической анатомии с курсом
судебной медицины

Руководитель: Макаров И.Ю., д.м.н., проф., заведующий кафедрой
патологической анатомии с курсом судебной медицины

ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, г. Благовещенск

Применение неадекватной антибактериальной терапии повлекло за собой возникновение непреодолимой проблемы – лекарственной устойчивости (ЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ), а именно множественной резистентности (МЛУ), которая уже признана ВОЗ глобальной угрозой. В настоящее время выделяют еще один тип устойчивости – широкую (ШЛУ), характеризующуюся резистентностью возбудителя к препаратам первой линии (изониазиду и рифампицину), любым фторхинолонам и к одному из трех инъекционных противотуберкулезных препаратов второй линии. Данный вариант является

наиболее неблагоприятным – характеризуется способностью вызывать тяжелые, трудно поддающиеся лечению случаи туберкулеза легких с высоким уровнем смертности, в том числе и благодаря наличию возможности обойти иммунологическую защиту организма, сформированную вакциной БЦЖ.

Цель исследования: дать морфологическую характеристику структурно-функциональным особенностям тканевых процессов в легочной ткани у больных туберкулезом с ШЛУ возбудителя.

Материалы и методы. Для морфологического исследования взяты участки ткани легких у 32 больных, умерших от фиброзно-кавернозного туберкулеза легких в лечебных учреждениях Амурской области, которые были разделены на группы в зависимости от типа ЛУ возбудителя: I группа – штаммы с ШЛУ (13 человека), II группа – штаммы с МЛУ (19 человек). Определяли распространенность поражения легочной ткани, изучали клеточное микроокружение и гистологические особенности артериол, капилляров и венул в очаге воспалительного процесса. Для морфометрического исследования получали кусочки легочной ткани из зон деструкции, активного воспаления, стенок легочных каверн с качественным и количественным определением клеточного состава.

Результаты. В случаях туберкулезного процесса, вызванного МБТ с ШЛУ – из фиброзно-кавернозного переходит в поликавернозный с развитием множества крупных полостей распада, иногда занимающих почти все легкое, с массивным казеозом. В прилежащей и отдаленной от каверн паренхиме возникает обширное серозно-фибринозное воспаление, тогда как гранулематозная реакция выражена слабо. Касательно микроциркуляторного русла – возникают генерализованные васкулиты и тромбоваскулиты с внутриальвеолярным и интерстициальным отёком, плазматизацией тканей. Выраженные изменения также определяются в бронхах различного калибра – формирование казеозно-некротических очагов с прорывом в просвет бронха и развитием панбронхита. Изменения стенки характеризуются признаками

специфического и неспецифического воспаления. Некоторые ветви бронхов в пределах одного среза формировались в бронхоэктазы, отмечалось обеднение ткани лёгкого лимфоцитами и макрофагами. Нередко встречались участки метаплазии эпителия бронхов. Однако процесс с МЛУ также характеризовался нарушением структуры и функции сосудов микроциркуляторного русла, а также развитием интерстициального фиброза и эмфиземы, отдельных мелких рубчиков на месте бывших туберкулёзных очагов, участков дис- и ателектазов вблизи и в отдалении от основной площади воспаления.

Заключение. Исследуемые особенности имели незначительные отличия. Процесс с МЛУ протекает с менее выраженной воспалительной реакцией. Однако стоит отметить, что во всех случаях наблюдается повышенная проницаемость сосудов и явления васкулита с деструкцией эндотелия, тромбозом крупных и мелких сосудов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ
ДИЕТОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И
ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА
Баранова Е.В., ординатор кафедры диетологии и нутрициологии
Руководитель: Стародубова А.В., д.м.н., доцент
ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: оценить эффективность диетотерапии в комплексном лечении пациентов с ожирением и гиперхолестеринемией на основе анализа нутритивного статуса с использованием современных методов исследования в условиях отделения персонализированной терапии и диетологии Клиники ФГБУН «ФИЦ Питания, биотехнологии и безопасности пищи».

Материалы и методы. На настоящий момент обследовано 19 пациентов с ожирением (95% женщин) в возрасте от 20 до 74 лет ($51,66 \pm 16,03$). Критериями включения было: наличие ожирения и гиперхолестеринемии, ИМТ $\geq 30 \text{ кг/м}^2$, масса тела от 85 до 140 кг. Длительность исследования составила 14 дней. Программа обследования включала опрос, общее клиническое обследование с определением антропометрических данных, лабораторные исследования. Оценка состояния пищевого статуса проводилась с использованием системы «Нутритест ИП-3», разработанной в ФГБУН «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи». Масса тела измерялась на медицинских напольных весах (фирма Мидл, РФ). Окружность талии и окружность бедер измерялись гибкой сантиметровой лентой. Для диагностики ожирения применялась классификация по ИМТ. Ожирение определялось как ИМТ $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ (ВОЗ, 1998). Оценка фактического питания методом частотного анализа проводилась с помощью компьютерной программы «Анализ состояния питания человека», версия 1.2 НИИ питания РАМН, 2003-2005 гг. Показатели состава тела оценивались методом биоимпедансометрии с использованием анализатора оценки баланса водных секторов организма с программным обеспечением ABC-01 «Медасс». Для оценки метаболического статуса проводилось исследование энерготрат покоя и метаболических субстратов (расчет скоростей окисления белков, жиров и углеводов) методом непрямой калориметрии с помощью стационарного метаболографа (Метаболограф VO2000 MedGraphic, США) с применением расчетных формул. Лабораторные исследования проводились в лаборатории клиники ФГБУН «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи». В лечении ожирения и гиперхолестеринемии применялись специализированные диеты системы Нутрикор-ИП2; 47,4% больных находились на специальной антиатерогенной диете, редуцированной по калорийности, а оставшиеся 52,6% на специальной диете, редуцированной по калорийности, с повышенным количеством белка, с исключением простых углеводов.

Диетотерапия пациентам с ожирением назначалась с учетом пищевого и клинического статуса, наличия сопутствующих заболеваний, переносимости пищевых продуктов, а также с учетом вкусовых предпочтений больного.

Результаты. Пациенты, включенные в исследование, имели ИМТ от 32,8 до 50,8 ($49,55 \pm 19,96$). Большинство пациентов (58%) имели выраженное ожирение с ИМТ $\geq 40 \text{ кг/м}^2$. Было установлено, что диетотерапия с использованием специального антиатерогенного и редуцированного по калорийности с исключением быстрых углеводов рационов в условиях стационара в равной степени эффективна. У всех пациентов процент снижения массы тела от исходной превысил 6,4%, а процент снижения холестерина в крови от первичных значений составил более 30%.

Выводы. Проанализированы результаты диетотерапии ожирения 19 пациентов (95% женщин) в возрасте от 20 до 74 лет ($51,66 \pm 16,03$). Данное исследование демонстрирует эффективность персонализированной диетотерапии в комплексном лечении больных с ожирением и гиперхолестеринемией в условиях стационара с использованием специализированных диет, модифицированных по нутриентному составу.

СВЕРХКРИТИЧЕСКАЯ ФЛЮИДНАЯ МОДИФИКАЦИЯ ЛАЗЕРНО-СТРУКТУРИРОВАННЫХ МАТРИКСОВ

Бардакова К.Н., м.н.с. лаборатории лазерной химии

Руководитель: Тимашев П.С., д.х.н.

Институт фотонных технологий ФНИЦ «Кристаллография и фотоника» РАН,
г. Троицк, г. Москва;

Институт регенеративной медицины, Первый МГМУ им. И.М.Сеченова,
г. Москва

В работе представлены результаты модификации в среде сверхкритического диоксида углерода трехмерных тканеинженерных

матриц, приводящей к снижению токсичности и изменению их механических характеристик, поверхностных свойств.

Формирование трехмерных матриц провели с использованием лазерного стереолитографа, в качестве фоточувствительного материала использовали аллилхитозан, полученный в результате твердофазного синтеза, диакрилат полиэтиленоксида и фотоинициатор Irgacure 2959. Исследование цитотоксичности проводили методом прямого контакта образцов с культурой фибробластов мыши клеточной линии NIN 3T3. Модифицирование матриц проводили на установке сверхкритического флюида в течение 1,5 часов. С помощью нанотвердомера Nano Indenter Piima рассчитывали значения модуля Юнга, шероховатость поверхности была исследована на атомно-силовом микроскопе Bruker MultiMode 8. При измерении углов смачивания была рассчитана свободная энергия поверхности и построены кинетические кривые набухания материалов.

Использование сверхкритического диоксида углерода для сформированных матриц позволяет улучшить биосовместимость применяемого материала на 1 степень и повысить модуль упругости материала более чем в 3 раза. Аллилхитозан в процессе лазерной фотополимеризации образует устойчивые трехмерные сетки, при этом обработка матрикса в среде сверхкритического диоксида углерода изменяет микрорельеф поверхности (повышается шероховатость), полярность материала меняется примерно в 2,5 раза.

ПОЛИМОРФИЗМЫ -174G>C ГЕНА *IL6* И -308G>A ГЕНА *TNF*,
АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ МИОМЫ МАТКИ

Барышева Е.М, Запесоцкая С.Я., Барышев А.С., Солдатов В.О., студенты
очной формы

Полушведкина О.Б., клинический интерн кафедры биологии, медицинской
генетики и экологии

Руководитель: Бушуева О.Ю., к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск

Миома матки (ММ) является самой распространенной доброкачественной опухолью органов малого таза у женщин. Одной из вероятных причин ее развития является воздействие воспалительных и иммунологических механизмов на мышечные и соединительнотканые клетки матки, что приводит к их гипертрофии и неконтролируемому росту. Известно, что наиболее важными провоспалительными цитокинами являются интерлейкин-6 и фактор некроза опухолей, дефекты в кодирующих их генах приводят к изменению их ферментативной активности, что может способствовать развитию неспецифической воспалительной реакции в тканях матки и тем самым увеличивать риск развития ММ.

Цель исследования. Анализ взаимосвязи полиморфизмов -174G>C гена *IL6* и -308G>A гена *TNF* с развитием ММ в популяции русских женщин Центральной России.

Материалы и методы. Материалом исследования послужила выборка неродственных женщин русской национальности, проживающих в Курской области, общей численностью 482 человека. В период с 2010 по 2014 гг. было обследовано 278 пациенток с диагнозом ММ, находившихся на стационарном лечении в отделении оперативной гинекологии Курского областного перинатального центра. Контрольную группу составили 204 относительно здоровые женщины сопоставимого возраста. Выделение

геномной ДНК из размороженной венозной крови проводилось стандартным методом фенольно-хлороформной экстракции. Генотипирование полиморфизмов выполнено методом ПЦР в режиме реального времени путем дискриминации аллелей с помощью TaqMan-зондов.

Результаты исследования. В нашем исследовании впервые была обнаружена взаимосвязь полиморфизма -308G>A (rs1800629) гена *TNF* с развитием ММ: у больных отмечалось увеличение частоты аллеля -308G (OR=1,58 95% CI=1,06-2,35, P=0,02). Частота генотипа GG также была выше у больных по сравнению с контролем (OR=1,61, 95% CI=1,04-2,48, P=0,03). В то же время мы отмечали относительное снижение частоты гомозигот -308GA у больных ММ, хотя различия не достигали уровня достоверно значимых: OR=0,66, 95% CI=0,42-1,02, P=0,06.

Также мы обнаружили, что частота вариантных гомозигот CC полиморфизма -174G>C (rs1800795) гена *IL6* была достоверно выше у больных (34,2%) по сравнению с контролем (25,0%): OR=1,56, 95%CI=1,04-2,33, P=0,04.

Выводы. Таким образом, мы установили, что полиморфизмы 174G>C гена *IL6* и -308G>A гена *TNF* ассоциированы с развитием ММ в популяции русских женщин Центральной России. Тем не менее, дальнейшие независимые исследования необходимы, чтобы подтвердить наши результаты.

ПОИСК ОПТИМАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ИЗОЛИРОВАНИЯ ЦЕФТРИАКСОНА ИЗ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА (ТКАНЕЙ ПОЧКИ)

Безъязычная А.А., очный аспирант кафедры фармацевтической,
токсикологической и аналитической химии

Ипатов В.Ю., очный аспирант кафедры урологии

Руководители: Шорманов В.К., д.ф.н., проф.; Сипливый Г.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск

Цефтриаксон является антибиотиком цефалоспоринового ряда третьего поколения, широко применяемого для лечения инфекционных заболеваний почек.

Цель исследования. Подбор необходимых условий изолирования цефтриаксона из тканей почек.

Материалы и методы. Исследования проводили на лабораторных мышках. В работе использовали цефтриаксон производства РУП "Белмедпрепараты". Данный препарат вводили мышам в/в в дозе 30 мг в 0,5 мл воды для инъекций, 1 раз в сутки в течение 5 суток. В качестве изолирующих агентов использовали индивидуальные органические растворители из разных химических групп, а также смеси отдельных растворителей. Дополнительно рассматривали изолирование водой и водными растворами кислот, нитрилами, кетонами. Количественное содержание цефтриаксона определяли методом спектрофотометрии в УФ-области в первый день после последней инъекции. Все исследования проводились в одно и тоже время суток с соблюдением принципов, изложенных в Конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других целей.

Результаты. Комплексный анализ полученных данных показал, что оптимальным изолирующим агентом для цефтриаксона является смесь ацетонитрил-вода (5:5).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕФТРИАКСОНА В БИОЛОГИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ МЕТОДОМ СПЕКТРОФОТОМЕТРИИ В УФ-ОБЛАСТИ

Безъязычная А.А., очный аспирант кафедры фармацевтической,
токсикологической и аналитической химии

Ипатов В.Ю., очный аспирант кафедры урологии

Руководители: Шорманов В.К., д.ф.н., проф.; Сипливый Г.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск

Цефтриаксон содержит в своей молекуле сопряженные системы химических связей, обуславливающие возможность излучения поглощения в ультрафиолетовой области спектра.

Цель исследования. Изучить основные оптические характеристики цефтриаксона в органических растворителях различной полярности, в воде и водных растворах различной реакции среды.

Материалы и методы. Оптическую плотность растворов цефтриаксона измеряли в интервале длин волн 190-340 нм. Регистрацию спектров поглощения проводили на сканирующем спектрофотометре Shimadzu UV-1800 в прямоугольных кварцевых кюветах с толщиной рабочего слоя 10 мм на фоне соответствующих растворяющих сред. На полученных спектрах поглощения определяли положения максимумов и минимумов и рассчитывали молярный и удельный коэффициенты светопоглощения.

Результаты. В электронных спектрах цефтриаксона выделяют три полосы поглощения в интервалах длин волн 191,8-203,3 нм; 239,4-249,8 нм; 264,0-275,0 нм. Для анализируемого вещества рекомендовано применение

смеси ацетонитрил-вода (8:2) в качестве растворяющей среды при идентификации. При этом возможно получение спектра в широком диапазоне длин волн. Данный метод позволяет определить количественное содержание цефтриаксона при изолирование из биологического материала (тканей почек).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ С ХЛОРГЕКСИДИНОМ И МЕТРОНИДАЗОЛОМ

Белозерова А.В., студентка 6-го курса лечебного факультета, кафедра
оперативной хирургии и топографической анатомии

Руководитель: Григорьян А.Ю., к.м.н., доц. кафедры оперативной хирургии и
топографической анатомии

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск

На современном этапе необходимо стремиться создавать формы, которые не требуют частой смены повязки, а могут пролонгированно воздействовать на раневой процесс и препятствовать травмированию раневой поверхности.

Цель исследования: изучить ранозаживляющую активность разработанного нами многокомпонентного раневого покрытия (пленки) с Хлоргексидина биглюконатом и Метронидазолом.

Материалы и методы. Эксперименты *in vivo* выполнены на 72 белых крысах-самцах породы «Вистар». Для исследования отбирали животных массой $181,7 \pm 4,20$ г. Всем животным в стерильных условиях моделировалась гнойная рана по методике П.И. Толстых. Животные были разделены на 2 серии: 1 – контроль (проводили лечение мазью «Левомеколь»), 2 – опытная (проводили лечение разработанным нами средством (пленки размером 2x2 см)). При планиметрии гнойной раны оценивались динамика процента уменьшения площади (ПУП) и скорость заживления (СЗ) по методике

Л.Н. Поповой. С целью определения отличительных особенностей процесса репаративной регенерации в сравниваемых экспериментальных сериях были исследованы поперечные срезы экспериментальных ран с окружающими их тканями кожи и мышц.

Результаты. С течением времени во всех сериях происходило увеличение ПУП ран. Статистически достоверные отличия между опытной серией и контролем наблюдались в течение всего срока эксперимента (3-и сутки – $43,8 \pm 4,32$, $21,2 \pm 4,84$; 5-е сутки – $63,3 \pm 3,08$, $44,9 \pm 3,52$; 10-е сутки – $92,0 \pm 2,45$, $78,4 \pm 3,07$). Скорость заживления в опытной серии была максимальной на отрезке 1-3-и сутки ($20,9 \pm 0,85\%$ /сутки), что достоверно превосходило значения в остальных сериях, затем скорость заживления постепенно снижалась, что указывает на максимальную активность препарата в первую фазу раневого процесса.

При гистологическом исследовании на 5-е сутки наблюдения в контрольной серии рана покрыта лейкоцитарно-некротическим струпом, под струпом грануляционная ткань, признаки эпителизации отсутствуют. Глубокие участки дермы несколько отечны. В опытной серии грануляционная ткань покрыта фибрином и достаточно четко отграничена грануляционным валом. В молодой грануляционной ткани наблюдаются ярко выраженные процессы неоангиогенеза. На 10-е сутки в контрольной серии происходит формирование эпителиального вала на границе раневого дефекта. Грануляционная ткань четко отграничена от интактной дермы и инфильтрирована лейкоцитами. Во всех гистопрепаратах опытной серии отмечалось полное покрытие грануляций эпидермисом. Производные эпидермиса отсутствовали по всей площади раневого дефекта.

Выводы. Результаты планиметрического исследования подтверждают высокую эффективность разработанного раневого покрытия в лечении гнойных ран в эксперименте. Данные результаты исследования позволяют рекомендовать раневое покрытие для лечения при гнойно-воспалительном процессе мягких тканей.

СЛУЧАЙ ОККЛЮЗИРУЮЩЕГО НЕЙРОРЕТИНОВАСКУЛИТА

Бельская К.И., студент ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Руководитель: Обрубов А.С., к.м.н., врач-офтальмолог

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, Филиал №1, г. Москва

Пациентка М., 70 лет, обратилась в Филиал №1 ГКБ им. С.П. Боткина г. Москвы 9 декабря 2016 г. с жалобами на постепенное снижение зрения правого глаза и чувство тумана в течение последнего месяца.

При осмотре патологических изменений со стороны органов и систем не выявлено. Хронические и инфекционные заболевания пациентка отрицала.

При первичном осмотре: острота зрения OD=0,02 н/к, OS=0,8 с sph+0,5=1,0. ВГД OU в пределах нормы. КЧСМ: OD=29 Гц, OS=36-37 Гц. Правый глаз – умеренно раздражен. Наблюдается выраженная запотелость эндотелия, множественные сливные жирные преципитаты. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Расширенные собственные сосуды радужки. Факосклероз. В стекловидном теле интенсивный выпот. На глазном дне: центральные отделы за густым флером, ДЗН представлялся со ступеванными границами, на средней периферии множественные светлые частично сливающиеся хориоретинальные очаги с нечеткими границами различных размеров – от 1/8 до 1 ДД. Левый глаз – передний и задний отрезки без патологии. По данным эхографии правого глаза: интенсивный выпот в стекловидном теле и задняя отслойка стекловидного тела.

Был заподозрен острый некроз сетчатки предположительно герпетической и/или ревматической этиологии. Учитывая высокую вероятность вирусной этиологии, была назначена терапия *ex juvantibus*: ацикловир перорально в дозе 4 г в сутки с последующим добавлением глюкокортикоидов системно и местно. По результатам лабораторных исследований все показатели находились в пределах референсных значений.

На фоне лечения отмечалась положительная динамика: отсутствовало увеличение хориоретинальных очагов, однако благодаря улучшившейся

визуализации было выявлено, что ветви центральной артерии сетчатки имеют резко суженный прерывистый ход и инфильтрированные стенки. По результатам ФАГ был подтвержден диагноз окклюзирующего нейроретиноваскулита: сосуды сетчатки неравномерного калибра, с «изъеденными» стенками, «муфты» на сосудах, полосы сопровождения. По ходу нижней височной сосудистой аркады участок сливных атрофических очажков. Отек ДЗН. На левом глазу патологических очагов выявлено не было. Компьютерная периметрия без патологических изменений.

При выписке через 2 недели: преципитаты полностью рассосались, ДЗН оставался умеренно отечным, носовая ветвь центральной артерии сетчатки – частично запустевшая с участками просматривающегося просвета. На дальней периферии по всей окружности хориоретинальные очаги (зоны некроза) стали четче с начинающимся отграничением пигментом, вокруг очагов – зоны истончения и атрофии сетчатки. Острота зрения правого глаза повысилась до 0,5-0,6. Рекомендован повторный курс ацикловира через 2 месяца после первичного обращения.

По результатам серологических анализов крови на инфекции убедительных данных за инфекционную этиологию заболевания не получено. Выявлен низкий позитивный результат волчаночного антикоагулянта.

При контрольном осмотре через 2,5 месяца после первичного обращения обнаружены мелкие преципитаты на эндотелии правого глаза, субъективное небольшое усиление клеточной реакции в стекловидном теле. Эхография без отрицательной динамики, по данным ОКТ в макулярной области и ДЗН отмечалась положительная динамика в виде уменьшения отека. На периферии глазного дна отрицательной динамики не отмечалось. Учитывая анамнез, клиническую картину и течение, данные лабораторных исследований, а также появление признаков активации увеального процесса после проведенной противогерпетической терапии, наиболее вероятным

стала представляться ревматологическая этиология заболевания. Пациентка продолжает обследование у ревматолога.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПЛАВИКОВОЙ КИСЛОТЫ И САНДБЛАСТИНГА ПРИ ЦЕМЕНТНОЙ ФИКСАЦИИ КЕРАМИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ИЗ ДИОКСИДА ЦИРКОНИЯ И ЛИТИЯ ДИСИЛИКАТА

Беляков Г.И., студент очной формы обучения, кафедра ортопедической
стоматологии и ортодонтии

Руководитель: Нуриева Н.С., д.м.н., проф.

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск

Введение. Цельнолитые керамические материалы из диоксида циркония и лития дисиликата широко применяются в ортопедической стоматологии. Согласно данным научной литературы, важными этапами установки керамической облицовки являются ее протравливание плавиковой кислотой и пескоструйная обработка. Плавиковая кислота действует на поверхностный слой керамики химически, частично его разрушая, а обработка в пескоструйном аппарате (сандбластинг) – механически, создавая микронеровности. Изменение поверхности очень важно для фиксации несъемных протезов. Однако влияние этих методов обработки изучено недостаточно.

Цель исследования. Изучение влияния предварительной обработки керамической поверхности ортопедической реставрации плавиковой кислотой и сандбластингом на цементную фиксацию керамических конструкций.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели были получены образцы из диоксида циркония по технологии CAD/CAM (ZrO₂) и из дисиликата лития по технологии IPS e.max Press (LS2). В дальнейшем полученные образцы были разделены на 3 части.

Первая часть не подвергалась обработке. Вторая была подвергнута протравливанию плавиковой кислотой. Третья была обработана в пескоструйном аппарате согласно рекомендациям научной литературы. У всех образцов была исследована морфология поверхности методом сканирующей электронной микроскопии (JEOL SEM 7001 F), определена их удельная площадь поверхности, объем и размер пор с помощью прибора для измерения пористости (ASAP 2020), определена их масса на аналитических весах Sartorius AG, измерена шероховатость при помощи профилометра (HOMMEL TESTER T 1000), выяснена прочность сцепления с двумя различными цементами для постоянной фиксации (RelyX U200 и RelyX Luting 2) с помощью испытания на изгиб на электромеханической двухзонной испытательной машине (INSTRON 5882).

Результаты. Образцы керамики, изученные до обработки, после протравливания плавиковой кислоты и после сандбластинга, существенно отличаются. В результате обработки плавиковой кислотой образцов LS2 их поверхность становится сложно структурированной, удельная площадь поверхности увеличивается в 2 раза, масса уменьшается всего на 3,9%, шероховатость и прочность сцепления увеличивается. В результате сандбластинга образцов LS2 их поверхность становится грубой, удельная площадь поверхности увеличивается, но намного больше – в 16 раз, масса уменьшается значительно – на 16,7%, шероховатость и прочность сцепления также увеличивается.

В результате обработки плавиковой кислотой образцов ZrO₂ их поверхность принципиально не меняется, удельная площадь поверхности увеличивается на 11,5%, масса уменьшается всего на 0,1%, шероховатость и прочность сцепления увеличивается. В результате сандбластинга образцов ZrO₂ их поверхность меняется кардинально, удельная площадь поверхности увеличивается на 6%, масса уменьшается на 3,8%, шероховатость и прочность сцепления также увеличивается.

Выводы.

1. Обработка плавиковой кислотой является более щадящей методикой по сравнению с сандбластингом.
2. Цельнокерамические материалы из ZrO₂ являются более химически и механически устойчивыми по сравнению с материалами из LS2.
3. Керамические реставрации из LS2 (IPS e.max Press) для улучшения цементной фиксации целесообразно подвергать пескоструйной обработке.
4. Керамические реставрации из ZrO₂ (CAD/CAM) для улучшения цементной фиксации целесообразно протравливать плавиковой кислотой.

БРАХИТЕРАПИЯ И ЭНУКЛЕАЦИЯ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ ХОРОИДЕИ НА БАЗЕ ЧОКОД 2014-2016гг.

Берсенёва О.В., Ерыгина А.А., Черноусов В.В., очная форма обучения,
кафедра онкологии

Руководитель: Бехтерева С.А., к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава РФ, г. Челябинск

Актуальность. Многолетними наблюдениями доказана наибольшая частота увеальной меланомы (УМ) среди злокачественных внутриглазных опухолей. По обращению ежегодно частота ее выявления варьирует от 2 до 13 случаев на 1 млн населения. Заболевают, как правило, лица профессионально трудоспособного возраста, чаще женщины. Лучевая терапия в офтальмоонкологии является важным, часто основным, а иногда единственно приемлемым методом в комбинированной терапии злокачественных и доброкачественных новообразований органа зрения. Обладая органосохранной направленностью лечения, она позволяет добиться выздоровления на фоне хорошей социальной и семейной реабилитации.

Цель исследования. Определить эффективность применения брахитерапии для лечения больных меланомой хориоидеи на примере Челябинского Областного Клинического Онкологического Диспансера (ЧОКОД) за 3 года.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки нами было проанализировано 111 историй болезней и протоколов операций больных с меланомой хориоидеи, пролеченных в ЧОКОД с 2014 по 2016 гг. По методу лечения: 66 пациентам была проведена брахитерапия, 45 – энуклеация глазного яблока.

Результаты и обсуждения. Анализ по возрасту показал, что средний возраст больных, получивших брахитерапию – 59 лет. Минимальный возраст пациентов составил 24 года, максимальный – 82 года. По полу: мужчин – 31(47%), женщин – 35(53%) . По стадиям: I стадия (T1N0M0) – 3 (4,5%), II стадия (T2aN0M0) – 50 (76%), III стадия (T3aN0M0) – 12 (18%), IV стадия (T4cN0M0) – 1 (1,5%). Энуклеаций глазного яблока проведено 45. К 2016 количество энуклеаций снизилось: в 2014 г – 18 (40%) , 2015 г – 17 (38%), 2016 г – 10 (22%). Возросло количество брахитерапий: в 2014 г – 15 (23%), в 2015 г – 17 (26%), в 2016 г – 34 (51%). 7 больных получили хирургическую операцию в объеме энуклеации глазного яблока после неэффективной ранее проводимой брахитерапии. Таким образом, у 10,6% больных брахитерапия оказалась неэффективной, что привело к прогрессированию заболевания.

Выводы. 1. В 89,4% случаев брахитерапия доказала полную эффективность. 2. Количество энуклеаций в 2016 году снизилось на 44% по сравнению с 2014 годом, в свою очередь количество брахитерапии возросло на 44% по сравнению с 2014 годом.

ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Блинова Н.П., Алексеев А.М., Петрова К.В.

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

В абдоминальной хирургии значительную часть спектра операций составляют экстренные оперативные вмешательства, которые проводятся для лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, таких как острый аппендицит, острый холецистит, острая кишечная непроходимость и т.д. Любая операция влечет за собой травматизацию тканей, а в ответ на травму в операционной ране возникает воспалительный процесс с нарушением микроциркуляции. Лазерная доплеровская флуометрия является одним из методов, с помощью которого можно оценить выраженность расстройств микроциркуляции кожи в области операционной раны после проведенного оперативного лечения.

Цель исследования: выявить изменение показателя микроциркуляции у пациентов после оперативного вмешательства.

Материалы и методы. 197 больных с острой хирургической патологией, оперированных в МБЛПУ «ГКБ № 1» в период с октября 2015 г. по декабрь 2016 г., и 58 здоровых добровольцев. Исследуемые были распределены на группы: 1) группа здоровых добровольцев – 58 человек; 2) группа больных после оперативного лечения, у которых в послеоперационном периоде наблюдались признаки нагноения операционной раны – 19 человек (9,6%); 3) группа пациентов после оперативного вмешательства, у которых нагноение раны не развилось – 178 человек (90,4%). Возраст исследуемых составлял от 18 до 90 лет. Средний возраст $50,0 \pm 19,1$ лет. Средний ИМТ $28,5 \pm 6,4$ кг/м². Регистрация показателя микроциркуляции проводилась с использованием «Лазерного анализатора

капиллярного кровотока – ЛАКК-М». В группе здоровых добровольцев микроциркуляция кожи измерялась в 9 анатомических областях живота. Измерение состояния микроциркуляции у оперированных больных выполнялось в области операционной раны (на расстоянии не более 1 см от ее края) на 1, 3 и 5-е сутки послеоперационного периода. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «IBM SPSS Statistic 19.0». При уровне значимости $p < 0,05$ различия считались статистически значимыми. При сравнении исследуемых групп пациентов использовался непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты. Показатель микроциркуляции (ПМ) в группе здоровых добровольцев во всех областях живота составил от 2,3 до 6,4 пер.ед., в среднем $4,35 \pm 2,05$ пер.ед., значимых различий показателя в исследуемых областях не выявлено. В группе оперированных пациентов средний показатель микроциркуляции был равен $11,8 \pm 1,1$ пер.ед. В группе пациентов без признаков инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ), у которых послеоперационная рана заживала первичным натяжением, ПМ в первые сутки составил $11,0 \pm 0,9$, на 3-е сутки – $8,8 \pm 0,3$ и на 5-е сутки – $6,5 \pm 0,9$ пер.ед., средний ПМ составлял $8,7 \pm 0,7$ пер.ед. В группе пациентов, у которых в послеоперационном периоде появились признаки ИОХВ, ПМ в 1-е сутки был $12,1 \pm 0,7$, на 3-е сутки $15,2 \pm 2,2$ и на 5-е сутки $17,8 \pm 1,7$ пер.ед., средний ПМ составлял $15,0 \pm 1,5$ пер.ед. При сравнении исследуемых групп показатель микроциркуляции оказался выше в группе оперированных пациентов ($p=0,01$), причем в случае развития раневой инфекции показатель был значительно больше по сравнению с группой больных без признаков нагноения раны ($p=0,01$).

Выводы. 1. Значение показателя микроциркуляции кожи в каждой из девяти анатомических областей передней стенки живота существенно не различается. 2. После проведенного оперативного лечения наблюдается повышение показателя микроциркуляции, как следствие протекающей воспалительной реакции в операционной ране.

ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО НЕ РЕКОМЕНДОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПО КРИТЕРИЯМ «STOPP/START» ПАЦИЕНТАМ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

Бордовский С.П., студент Первого МГМУ им. И.М. Сеченова,

Никулин В.Э., студент Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Руководитель: Сычев Д. А., член-корр. РАН, д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель работы: изучить частоту назначения потенциально не рекомендованных лекарственных препаратов (ЛП) по критериям «STOPP/START» пациентам старческого возраста.

Актуальность. Пациенты старческого возраста относятся к группе риска по развитию неблагоприятных побочных реакций (НПР) вследствие полипрагмазии. Развитие НПР существенно снижает качество жизни пациентов, приводит к повторной госпитализации и существенно удорожает стоимость лечения. «STOPP / START» критерии были созданы для аудита лекарственных назначений с целью оптимизации лекарственной терапии и снижения развития НПР у пациентов старше 65 лет.

Материалы и методы. Были проанализированы 170 историй болезней пациентов (59 мужчин и 111 женщин в возрасте $85 \pm 5,31$) за 2016 год. Все пациенты находились на лечении в кардиологическом стационаре и получали в среднем 8.810 ± 2.745 препаратов. Далее был проведен анализ лекарственных препаратов из листа лекарственных назначений на предмет наличия потенциально не рекомендованных ЛП (по критериям «STOPP/START»).

Результаты и их обсуждение.

1. По критериям «STOPP/START» в листах назначений было выявлено 135 потенциально не рекомендуемых ЛП (что составляет 8,698% от всех назначений (1552 ЛП)).

2. Количество пациентов, которым были назначены не рекомендованные ЛП составило 79 (46,47% от всех пациентов).

3. Наиболее часто встречающиеся не рекомендованные ЛП:

- Глибенкламид при сахарном диабете 2 типа – 18 назначений (13,333% от всех не рекомендованных ЛП)
- НПВС при сердечной недостаточности – 17 (12,592%)
- НПВС при артериальной гипертензии средней степени тяжести и выше – 15 (11,111%)
- Пероральные железосодержащие препараты в дозе более 200 мг/сут – 11 (8,148%)
- Антигистаминные препараты первого поколения – 7 (5,185%)
- Антагонисты альдостерона при одновременном приеме калий сберегающих препаратов – 7 (5,185%)

Полученные данные свидетельствуют о частом назначении не рекомендованных ЛП пациентам старческого возраста. Как известно, критерии «STOPP» имеют большую в сравнении с другими критериями ассоциацию с развитием НПР.

Заключение. Пациентам старческого возраста часто назначаются не рекомендованные ЛП, существенно снижающие качество жизни и потенцирующие развитие неблагоприятных клинических исходов, что требует оптимизации фармакотерапии. Одним из инструментов оптимизации являются «STOPP/START» критерии, созданные для предотвращения ненужного и необоснованного назначения лекарственных препаратов людям старше 65 лет.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ТЕРАПЕВТА

Бородулина Э.В., очный аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением

Руководитель: Суслин С.А., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара

Введение. Важнейшая роль в выявлении лиц с подозрением на туберкулез принадлежит участковым терапевтам. Сложившаяся сегодня ситуация свидетельствует о необходимости оптимизации организации своевременного выявления туберкулеза в общей лечебной сети, разработке систем учета больных туберкулезом, совершенствовании работы с группами риска.

Цель исследования: изучить ситуацию и оптимизировать алгоритм выявления туберкулеза легких в условиях в практике участкового терапевта.

Материалы и методы. Анализ деятельности поликлиники по выявлению туберкулеза был проведен на основании данных, собранных из первичной медицинской документации в ГБУЗ СО СГБ №4 г. Самары.

Результаты. Среднегодовая численность населения, обслуживаемого поликлиникой в 2015 году, составила 39 600 человек.

Для повышения охвата населения ККФ раз в квартал выделен выходной день (суббота) для осмотров, предварительно проводилось информационное оповещение населения с помощью информационных листов, телефонограмм. В результате за 2015 год в поликлинике прошли ККФ 69,5% (27 324 человека). Удельный вес лиц, не проходивших обследования 2 года и более, составил 15,2% (6054 чел.).

Нами были пересмотрены существующие группы и выделены приоритетные. Социальная группа риска (4126) – лица, отбывшие заключение, ВИЧ-инфицированные (5,96%), хронические алкоголики,

безработные, мигранты из регионов с высокой заболеваемостью туберкулезом. Для повышения показателя в данной группе делались дополнительные визиты на дом, многократные смс-приглашения. Охват осмотрами этой группы составил 46,2% (1906 человек), показатель повышен на 3,4% в сравнении с 2014 г. Вторая группа (n=16375) – лица с медицинскими факторами риска (пациенты с хроническими заболеваниями легких, заболеваниями ЖКТ, сахарным диабетом, длительно получающие гормональные препараты, лица, переболевшие туберкулезом и снятые с учета). Охват осмотрами этой группы – 97,8% (n=16014), в 2014 г. – 96,2%.

За 2015 год в поликлинике было выявлено 17 случаев туберкулеза легких. Методом активного обнаружено выявлено 4 случая (23,5%). Выявление туберкулеза у пациентов, обратившихся за медицинской помощью (пассивное) составило 76,4% (n=13). Гендерное соотношение: 12 мужчин (70,5%), 5 женщин (29,4%). Возраст $35 \pm 5,7$ лет.

При изучении структуры клинических форм получены следующие результаты: инфильтративный туберкулез – 11 случаев (65%); очаговый туберкулез – 3 (17%); диссеминированный туберкулез – 2 (12%); милиарный туберкулез – 1 (6%). Бактериовыделение обнаружено в 9 случаях (52,9%).

При анализе выявленных случаев туберкулеза было установлено, что 15 из 17 пациентов относились к социальной группе риска (88,2%).

Заключение. Вопросы своевременного выявления туберкулеза являются актуальными в работе врача поликлинического звена как на этапе проверочных осмотров населения, так и при работе с группами риска. Наиболее сложной в работе является группа риска по социальному фактору, в которой сохраняется низкий охват проверочной ККФ. Несмотря на повышение охвата населения ККФ, большинство случаев заболевания туберкулезом выявляется при обращении пациентов за медицинской помощью (76,4%).

Проведенный анализ работы поликлиники по выявлению туберкулеза легких показывает высокую значимость противотуберкулезных мероприятий

в первичном звене здравоохранения с выделением группы риска по социальному фактору, необходимость совершенствования своевременного выявления туберкулеза в социально дезадаптированных группах риска.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ ПУБЕРТАТА У МАЛЬЧИКОВ

Бржезинская Л.Б., аспирант кафедры детской эндокринологии

Руководитель: Самсонова Л.Н., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования. Оценить чувствительность и специфичность пробы с гонадолибрином (Диферелин 0,1мг) в диагностике конституциональной задержки пубертата у мальчиков.

Материалы и методы. В исследование включено 18 мальчиков с задержкой полового развития. Из исследования исключены подростки с гипергонадотропным гипогонадизмом. При первичном обращении в возрасте $14,6 \pm 1$ года оценивали антропометрические показатели, костный возраст, объем гонад; тестостерон, ингибин В, антимюллеров гормон, базальные и стимулированные гонадолибрином ЛГ, ФСГ. Диагностическую пробу с гонадолибрином считали положительной при повышении ЛГ более 10 мМЕ/л.

У всех пациентов через 2 года оценивали стадию полового развития по Таннер и объем гонад. Критерием начала полового развития считали увеличение объема более 3 см^3 по данным эховолюметрии. В зависимости от данного критерия, пациентов разделили на две группы: вступивших в половое развитие рассматривали как группу с конституциональной задержкой полового развития ($n=12$) и не вступивших в половое развитие рассматривали как пациентов с гипогонадотропным гипогонадизмом ($n=6$).

Статистический анализ полученных результатов проведен с

использованием пакета программ Statistica 7.0 и Microsoft Excel 2010, использовался критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. При первичном обращении пациенты обеих групп имели одинаковые показатели роста (Me SDSроста -0,7 vs -1,1, $p=0,7$), массы тела (Me SDSимт -0,9 vs 0,3, $p=0,6$), костного возраста (Me SDSкостного возраста -0,9 vs -1,8, $p=0,4$) и не отличались по содержанию антимюллерова гормона в сыворотке крови (Me 32,3 vs 23,4 пг/мл, $p=0,7$). Однако выявлено, что у пациентов с конституциональной задержкой пубертата был достоверно больше объем гонад (Me УЗИ гонад 1,6 vs 0,5 см³, $p=0,007$) и содержание в сыворотке крови половых гормонов: ЛГ (Me 1,4 vs 0,1 мЕд/мл, $p=0,01$), ФСГ (Me 2,6 vs 0,2 МЕ/л, $p=0,0007$), тестостерона (Me 1,2 vs 0,9 нмоль/л, $p=0,03$), ингибина В (Me 142 vs 40,8 пг/мл, $p=0,006$).

В группе пациентов с конституциональной задержкой полового развития только 83% (10/12) мальчиков имели истинноположительный результат пробы с диферелином. В группе пациентов с гипогонадотропным гипогонадизмом 100% (6/6) подростков имели истинноотрицательный результат пробы с диферелином. Более того, в этой группе у 83,3% (5/6) пациентов имелись дополнительные клинико-лабораторные проявления часто сочетающиеся с гипогонадотропным гипогонадизмом: у одного синдром Прадера-Вили, у двух аносемия, у одного гипоосмия, у одного дефект гена Prop-1.

Заключение. Проба с диферелином в диагностике конституциональной задержки пубертата имеет чувствительность 83% и специфичность 100%. Требуется дальнейшее изучение роли и места в диагностике конституциональной задержки пубертата таких показателей, как ЛГ, ФСГ, тестостерон, ингибин В, объем гонад.

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНЫЕ ШТАММЫ ЛАКТОБАЦИЛЛ КАК ОСНОВА ПОЛИКОМПОНЕНТНОГО ПРОБИОТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА

Бруслик Н.Л., аспирант кафедры микробиологии,

Ахатова Д.Р., студент кафедры микробиологии,

Яруллина Д.Р., доцент кафедры микробиологии,

Руководитель: Ильинская О.Н., д.б.н., проф.

ФГАОУ ВО КФУ, г. Казань

Для предотвращения развития дисбактериоза на фоне антибиотикотерапии назначается прием пробиотических препаратов, содержащих микроорганизмы из числа представителей нормальной микрофлоры желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Необходимым условием эффективного действия пробиотиков является сохранение ими жизнеспособности в течение всего курса лечения антибиотиками. Тем не менее, отдельные представители пробиотических бактерий имеют ограниченный спектр антибиотикоустойчивости. Решением данной проблемы может стать включение микроорганизмов, резистентных к различным антибиотикам, в поликомпонентные пробиотические препараты.

Цель исследования. Подбор оптимальных сочетаний штаммов лактобацилл для поликомпонентного пробиотического препарата на основании спектров их антибиотикорезистентности.

Материалы и методы. Объектами исследования служили 19 штаммов лактобацилл, выделенных из кисломолочных продуктов и пробиотических препаратов. С помощью диско-диффузионного метода была определена чувствительность лактобацилл к антибиотикам различных классов: β -лактамам (ампициллину, амоксициллину), аминогликозидам 1 поколения (стрептомицину, канамицину), 2 поколения (гентамицину), 3 поколения (амикацину), макролидам (эритромицину, канамицину), гликопептидам (ванкомицину), линкозамидам (клиндамицину), ансамицинам

(рифампицину), фторхинолонам 1 поколения (ципрофлоксацину), тетрациклину, хлорамфениколу.

Результаты. Установлено, что большинство исследованных штаммов лактобацилл обладают устойчивостью к ципрофлоксацину и ванкомицину (84% и 68% устойчивых штаммов соответственно), а также к аминогликозидным антибиотикам (от 63% до 100 % устойчивых штаммов). Следовательно, при лечении данными антибиотиками возможен параллельный прием пробиотических препаратов, содержащих лактобациллы. Особого внимания требуют штаммы лактобацилл, обладающие устойчивостью к тетрациклину (*L. fermentum* 3-4, *L. fermentum* 5-2) и эритромицину (*L. fermentum* 5-1), так как гены резистентности к данным антибиотикам часто локализованы на мобильных генетических элементах и могут передаваться от пробиотических бактерий к патогенным. Таким образом, необходимы дополнительные исследования по выявлению расположения генов устойчивости к тетрациклину и эритромицину среди указанных штаммов лактобацилл.

Из всех исследованных штаммов лактобацилл наиболее широкий спектр антибиотикорезистентности обнаружен у бактерий *L. fermentum* Na, обладающих устойчивостью к 8 антибиотикам из 14 использованных, а также у штаммов *L. fermentum* 1-5 и *L. fermentum* 6-1 (резистентны к 7 антибиотикам). Поскольку ни один штамм не обладал устойчивостью ко всем исследованным антибактериальным препаратам, целесообразна разработка поликомпонентного пробиотического препарата, содержащего несколько штаммов лактобацилл.

Заключение. На основе полученных нами спектров антибиотикорезистентности лактобацилл, предложены следующие сочетания штаммов: 1) *L. fermentum* Na, *L. fermentum* 1-5, *L. fermentum* 4-1; 2) *L. fermentum* Na, *L. fermentum* 1-5, *L. fermentum* 6-1. Данные комбинации будут содержать лактобациллы, устойчивые к большинству исследованных

антибиотиков, за исключением ампициллина, эритромицина, тетрациклина и хлорамфеникола.

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЛИТЕЛЬНЫХ РЕМИССИЙ В КЛИНИКЕ АЛКОГОЛИЗМА

Брюханова Е.Н., заочный аспирант кафедры психиатрии и наркологии

Руководитель: Петрунько О.В., к.м.н., доц.

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, г.Иркутск

Среди факторов формирования длительных и стойких ремиссий в клинике алкоголизма рассматривают комплекс биологических, социальных, межличностных и терапевтических аспектов.

Цель исследования: изучить факторы формирования длительных ремиссий (3 и более лет) у больных алкоголизмом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 115 мужчин с синдромом зависимости от алкоголя средней стадии (F 10.2 по МКБ-10), из них выделена основная группа 65 человек со стойкой и длительной ремиссией (более 3 лет) и группа сравнения из 50 мужчин, у которых не отмечалось формирование ремиссий свыше 1 года. Использовался клинко-психопатологический, клинко-анамнестический, клинко-катамнестический метод, а также применялись психометрические опросники и шкалы – Госпитальная шкала тревоги и депрессии, методика многостороннего исследования личности (ММРІ) в модификации Ф.Б.Березина с соавт. (1976), диагностика межличностных взаимоотношений Т.Лири (1954), опросник формально-динамических свойств индивидуальности-темперамента (Русалов В.М., 2004). Статистическая обработка результатов проводилась с расчётом t-критерия Стьюдента и критерия χ^2 .

Результаты исследования. Приведём характеристику пациентов основной группы со стойкой и длительной ремиссией (более 3 лет) в клинике

алкогольной зависимости. Средний возраст начала употребления алкогольных напитков $17 \pm 2,1$ лет, средний возраст начала злоупотребления $26 \pm 2,6$ лет. Во всех случаях пациенты отдавали предпочтение крепким алкогольным напиткам, в 29,2% случаев отмечено употребление суррогатов (технический спирт, самогон) алкоголя. В период стойкой ремиссии продолжали трудовую деятельность 92,3% обследованных, из них были рабочие – 51,7%; высококвалифицированные рабочие (газоэлектросварщик, электрик, монтер пути) – 33,3%; служащие и работники сферы обслуживания – 15,0%. Большинство пациентов длительно состоят в браке (90,8%), в 16,9% – брак повторный, имеют двух и более детей, проживают в собственном доме или отдельной квартире.

В 73,8 % случаев длительной ремиссии удалось достигнуть с помощью применения предметно опосредованного внушения запрета на употребление алкоголя («кодирования»), в остальных – ремиссии возникали после стационарного курса дезинтоксикационной терапии. Поддерживающее медикаментозное лечение на амбулаторном этапе не получал ни один из пациентов. В течение года с момента последнего употребления алкоголя у пациентов отмечалось периодически возникающее трудно преодолимое влечение к алкоголю, постепенно частота данных состояний уменьшалась.

В результате сравнительного статистического анализа основной группы пациентов со стойкой и длительной ремиссией и группы сравнения, у которых не отмечалось формирование ремиссий свыше 1 года, к факторам формирования длительной ремиссии (более 3 лет) отнесены ($p < 0,05$): наличие средне-специального или высшего образования, сохранение профессионального и социального статуса, устойчивое семейное положение пациента, наличие несовершеннолетних детей, стенический склад характера в преморбиде, высокий уровень самооценки и межличностных взаимоотношений, холерические черты в структуре темперамента, отсутствие тяжелых проявлений органического поражения головного мозга различного генеза и коморбидных депрессивных, тревожных расстройств.

Учет изученных факторов формирования длительных ремиссий у больных алкоголизмом может использоваться при разработке индивидуальных терапевтических и реабилитационных программ для повышения их эффективности.

ПРОЯВЛЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ДИСБАЛАНСА У ПОЖИЛЫХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Васемазова Е.Н., клинический ординатор кафедры неврологии и
нейрохирургии

Руководитель: Повереннова И.Е., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара

Цель исследования. При цереброваскулярных заболеваниях, помимо характерной клинической симптоматики, наблюдается и нарушение симпатико-парасимпатического баланса. Целью данного исследования является оценка состояния вегетативной нервной системы у лиц пожилого возраста с помощью клинико-инструментального метода обследования.

Материалы и методы. Было обследовано 110 пациентов неврологического отделения Самарского областного клинического госпиталя ветеранов войн в возрасте от 35 до 90 лет, которые были ранжированы на следующие возрастные группы: пациенты в возрасте 35-50 лет составили группу сравнения (средний возраст $46,2 \pm 3,8$), 50-60 лет (средний возраст $56,2 \pm 4,0$), 61-80 лет (средний возраст $76,8 \pm 3,2$) и старше 80 лет ($87,4 \pm 2,6$) – группу исследования. В комплексной диагностике вегетативных нарушений использовались клинико-неврологический осмотр, а также методы инструментальной диагностики: кардиоинтервалография (КИГ), данные МРТ и КТ. Полученные анамнестические данные, данные клинико-неврологического осмотра сопоставляли с результатами исследования симпатико-парасимпатического баланса.

Результаты. Пациенты с I стадией хронической ишемии мозга (ХИМ) отмечали следующие жалобы: головную боль (66,4%), ощущение тяжести в голове (58,2%), нарушения сна (42,3), снижение памяти и внимания (40,2%), эмоциональную лабильность (48,1%). В неврологическом статусе выявлялась рассеянная многоочаговая неврологическая симптоматика. Пациенты со второй стадией заболевания предъявляли жалобы на головокружение (60,2%), шаткость при ходьбе (70,3%), когнитивные расстройства (45,6%), нарушения сна (49,6%), эмоциональную лабильность (53,4%). В неврологическом статусе выявлялись вестибулярно-атактический (71,5%), амиостатический (54,2%), психопатологический (55,6%) синдромы. При III стадии заболевания наряду с жалобами на соматические и когнитивные расстройства отмечено снижение критики к своему состоянию. В неврологическом статусе выявлялись вестибулярно-атактический (76,6%), амиостатический (68,7%), пирамидный (48,5%), псевдобульбарный (39,2%) и психопатологический (61,6%) синдромы. Когнитивные расстройства достигали степени умеренной и выраженной деменции (62,8%). По данным КИГ, у пациентов с первой стадией ХИМ: LF, мс² составлял 789,6±105,68, HF, мс² составлял 428,8±104,9, коэффициент соотношения мощностей компонентов спектра (LF/HF) – 1,84±0,98; у пациентов со второй стадией заболевания: LF, мс² составлял 518,2±103,4, HF, мс² составлял 667,5±110,6, коэффициент соотношения мощностей компонентов спектра (LF/HF) – 1,28±0,93; у пациентов с третьей стадией ХИМ: LF, мс² составлял 498,6±110,4, HF, мс² составлял 715,1±115,5, коэффициент соотношения мощностей компонентов спектра (LF/HF) – 1,43±0,95, p<0,05.

Выводы. На основании полученных клинических данных, данных неврологического осмотра и методов инструментальной диагностики выявлены следующие особенности вегетативной регуляции: преобладание влияния симпатической нервной системы у пациентов с I стадией ХИМ и преобладание парасимпатических влияний у пациентов со II и III стадиями заболевания. Результаты исследования показывают, что при ХИМ

наблюдается отклонение регуляции вегетативного гомеостаза, и поэтому выявление и коррекция вегетативных расстройств позволит улучшить качество жизни пациентов пожилого возраста.

АТЕРОСКЛЕРОЗ У ЛИЦ НАПРЯЖЕННОГО ТРУДА С ХОРОШО КОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Вечеринкина С.Б., интерн кафедры терапии

Руководитель: Иванова О.А., асс. кафедры терапии

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

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) рассматривается в качестве одного из ведущих факторов риска и прогрессирования атеросклероза. Целью нашего исследования стало изучение наличия признаков атеросклероза у лиц напряженного труда с хорошо контролируемой АГ, в том числе в ходе регулярных предрейсовых осмотров.

Материалы и методы. Приводятся медианы и значения верхних и нижних квартилей. В исследование было включено 34 машиниста железнодорожного транспорта (все мужчины) в возрасте 52 года (50;54) с достигнутым нормальным или высоким нормальным уровнем АГ по данным офисного измерения артериального давления (АД) - 130/84 мм.рт.ст. (125/70;140/90). Всем проведено суточное мониторирование АД (СМАД), в ходе которого среднесуточные, среднедневные и средненочные значения находились в нормальных диапазонах, включая временные нагрузочные индексы. Все пациенты были разделены на 2 группы по наличию или отсутствию атеросклеротических бляшек в бассейнах экстрацеребральных артерий, аорте и артериях нижних конечностей. Машинисты были распределены на 2 группы: 1 группа – 19 чел. с наличием атеросклеротических бляшек и 2 группа – 15 чел. без атеросклеротических бляшек.

Результаты. У пациентов с наличием бляшек немного, но достоверно выше возраст: 1 гр. – 53 (52;55) года, 2 гр. – 50 (40;52) лет, меньше окружность талии: 1 гр. - 96 (90;100) см, 2 гр. – 100 (97;110) см, меньше индекс массы тела: 1 гр. – 26 (25;27) кг/м², 2 гр. – 30 (26;33) кг/м², по СМАД чаще встречался феномен измененного суточного профиля систолического АД «нон-диппер»: в 1 группе их оказалось 11 чел., а во 2 группе – 4 чел. ($\chi^2=0,042$), а также большая доля по количеству курящих машинистов: в 1 гр. – 10 чел, во 2 гр. – 3 чел. ($\chi^2=0,035$). Обе группы оказались сравнимы по уровню общего холестерина: в 1 гр. – 4,6 (4,1; 5,9) ммоль/л и во 2 гр. – 5,1 (4,8; 6,2) ммоль/л и его фракций: в 1 гр. уровень ЛПНП составил 3,2 (2,3; 3,9) ммоль/л, а во 2 гр. – 3,7 (2,8; 4,2) ммоль/л, плазменному уровню глюкозы, который оказался нормальным. При корреляционном анализе Спирмена в 1 группе выявлена взаимосвязь умеренной силы между фактом курения и уровнем общего холестерина ($r=0,62$), чего не обнаружено во 2 группе.

Заключение. По итогам нашего исследования не выявлено зависимости между средним уровнем офисного АД, данными СМАД и наличием бляшек в крупных артериях. Обращает на себя внимание часто встречающийся феномен «нон-диппер» у пациентов с наличием бляшек при хорошо контролируемой АГ, что известно по литературным данным. Значительную долю пациентов с атеросклерозом составили курящие машинисты, но другие факторы риска – избыточный вес и окружность талии у них оказался парадоксально ниже. Таким образом, при небольших различиях в возрасте и характере работы, наиболее тесные связи выявлены между наличием бляшек и факторами риска в отношении нарушения суточной ритмики АД и курения.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ДАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПИРАМИДНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Волужева С.В., очный аспирант кафедры неврологии ДПО,

Жукова А.Р., очный аспирант кафедры неврологии ДПО

Руководитель: Рождественский А.С., д.м.н., проф., заведующий кафедрой
неврологии ДПО

ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск

Цель исследования: сопоставить данные клинической оценки пирамидной системы, результаты моторных вызванных потенциалов с магнитной стимуляцией и магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга с внутривенным контрастированием у пациентов с рассеянным склерозом.

Материалы и методы. Было проведено комплексное обследование 42 больных (26 женщин и 16 мужчин), в возрасте от 19 до 61 года (средний возраст $34,1 \pm 7,9$ лет), длительностью заболевания от 1 до 31 года, тяжестью по шкале инвалидизации от 1,5 до 6,5 баллов. Все пациенты имели достоверный диагноз «рассеянный склероз» в соответствии с критериями McDonald, 2010, подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Всем пациентам проводилась оценка неврологического статуса, оценивалась тяжесть заболевания – расчет балла по шкале Kurtzke (EDSS), учитывалась также давность заболевания с момента появления первых симптомов. 15 здоровых добровольцев составили контрольную группу, сопоставимую по полу и возрасту. Далее проводились инструментальные исследования – моторные вызванные потенциалы с магнитной стимуляцией (на аппарате: нейрофизиологическая станция Nicolet Viking Select фирмы Viasys Neurocare, с использованием магнитного стимулятора MagStim 220 фирмы MagStim Company) и МРТ головного мозга

(на аппарате: магнитно-резонансный томограф EXELART Vantage Atlas-X, Toshiba, с напряженностью магнитного поля 1,5 Тл) с внутривенным контрастированием препаратом «Магневист» 15 мл в/в.

Результаты. Из общего числа (42) больных рассеянным склерозом у 25 (59,5%) больных диагностирован ремиттирующий вариант течения заболевания (РРС), у 11 (26,2%) – вторично-прогрессирующий (ВПРС), у 6 (14,3%) – первично-прогрессирующий (ППРС). На момент обследования обострение наблюдалось у 14 пациентов (33,3%). В стадии ремиссии находились 28 (66,7%) пациентов. При сопоставлении количества очагов демиелинизации с длительностью заболевания у пациентов с РРС, обнаружена прямая средняя корреляционная связь ($R=0,61$, $p<0,05$), связь отсутствовала у пациентов с ППРС и ВПРС. При проведении корреляционного математического анализа между данными о дисфункции двигательного анализатора на церебральном уровне (моторные вызванные потенциалы с магнитной стимуляцией) и наличием субкортикальных и стволовых очагов по данным МРТ головного мозга выявлена прямая сильная корреляционная связь ($R=0,81$, $p<0,05$).

Заключение. Клиническая картина заболевания зависит от локализации очагов демиелинизации: у пациентов с клиническими симптомами поражения пирамидного пути отмечается дисфункция при исследовании моторных вызванных потенциалов с магнитной стимуляцией, а также субкортикальные очаги демиелинизации по данным МРТ головного мозга.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Воронина Д.Д., научный сотрудник отдела координации научных исследований Управления организации и координации научной деятельности

Руководитель: Куликов А.Г., д.м.н., проф., зав. кафедрой физической терапии, спортивной медицины и медицинской реабилитации

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Хирургическое лечение грыж межпозвонковых дисков (МПД), даже при хороших непосредственных результатах, не исключает сохранения нейродистрофических изменений, а также рецидивов заболевания, так как устраняет только механический компрессионный фактор. Сохраняющиеся в послеоперационном периоде нарушения требуют применения методов физической терапии, оказывающих общесистемное воздействие. Одним из таких методов является общая магнитотерапия (ОМТ).

Цель исследования. Повышение эффективности реабилитации пациентов после оперативного лечения грыж МПД пояснично-крестцового отдела позвоночника путем включения в лечебный комплекс процедур ОМТ.

Материалы и методы. В условиях неврологического отделения для восстановительного лечения больных с последствиями заболеваний и травм спинного мозга в ГКГ МВД России обследовано и пролечено 79 пациентов в возрасте от 25 до 65 лет, перенесших дискэктомию на пояснично-крестцовом уровне. Пациенты методом простой рандомизации были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и объему оперативного вмешательства. Лица контрольной группы (39 человек) получали базисную терапию, включающую лекарственные препараты, кинезотерапию и гидрокинезотерапию. Пациентам основной группы (40 человек) дополнительно к базисному лечению проводили курс ОМТ. До начала и

после окончания лечения всем пациентам проводили обследование, включающее вертеброневрологический осмотр, определение выраженности болевого синдрома по 10-балльной визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ), а также измерение температуры различных отделов спины и нижних конечностей методом дистанционной инфракрасной термографии с помощью термографа «ИРТИС 2000-ME» (ООО «ИРТИС/IRTIS», Россия). Для оценки психоэмоционального состояния был использован тест Спилбергера–Ханина.

Результаты. К моменту окончания лечения в основной группе отмечено достоверное снижение средних значений показателя боли по ВАШ с $5,2 \pm 0,3$ до $2,3 \pm 0,2$ ед. ($p < 0,01$), в контрольной – с $5,1 \pm 0,4$ до $3,4 \pm 0,2$ ед. ($p < 0,05$). При этом установлены статистически значимые различия между результатами, достигнутыми в изучаемых группах. Удовлетворительный результат лечения в виде регресса двигательных, чувствительных и рефлекторных нарушений отмечен у 77,5% больных основной группы и 61,5% – контрольной группы.

По данным дистанционной инфракрасной термографии среди пациентов основной группы снижение локальной гипертермии в зоне оперативного вмешательства, свидетельствующее об уменьшении воспалительных явлений и мышечно-тонического синдрома, происходило в существенно большей мере и составляло $1,54 \pm 0,07^\circ\text{C}$, по сравнению с группой контроля – $0,89 \pm 0,04^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$).

По данным теста Спилбергера–Ханина к моменту выписки высокий уровень тревожности сохранился лишь у 12,5% пациентов основной группы и у 28,2% – группы контроля ($p < 0,05$).

Выводы. Включение ОМТ в комплекс реабилитационных мероприятий ускоряет регресс корешковой симптоматики, нормализует состояние микроциркуляции, уменьшая тем самым воспалительные явления, а также, за счет воздействия на центральную нервную систему, улучшает психоэмоциональный статус пациентов, что в свою очередь способствует профилактике рецидивов и инвалидизации данной группы пациентов.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АО ПРИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ

Галиуллина Л.А., заочный аспирант кафедры акушерства и гинекологии

ФГБОУ СЗГМУ им.И.И. Мечникова

Руководитель: Савицкий А.Г., д.м.н., проф. кафедры акушерства и

гинекологии ФГБОУ СЗГМУ им. И.И. Мечникова

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

Цель исследования. Совершенствование ведения беременности женщин коренного населения Крайнего Севера с бессимптомной бактериурией с целью улучшения исходов беременности для матери и плода.

Материалы и методы. На этапе проспективного исследования в соответствии с приказом МЗ РФ 572н от 1 ноября 2012 г. "Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» для исключения ББ всем беременным женщинам однократно (после 14 недель) производился посев средней порции мочи на наличие бессимптомной бактериурии. Всего в перинатальном центре при ГБУЗ «Салехардская окружная клиническая больница» в 2016-2017 гг. было обследовано в бактериологической лаборатории 2013 беременных коренного населения Крайнего Севера. У 514 (25,5%) беременных была выявлена бессимптомная бактериурия.

Результаты. Бессимптомная бактериурия с титром $10^3 - 10^4$ КОЕ/мл выявлена у 267 женщин (12,3%). Уровень титра $\geq 10^5$ КОЕ/мл выявлен у 247 беременных (11,3 %).

Ведущим микроорганизмом, высеивающимся при бактериологическом исследовании мочи у беременных обеих групп, была E. Coli (70% и 72% соответственно).

Заключение. Проблема инфекции мочевыводящих путей при беременности у женщин коренного населения остается одной из ведущих в акушерской практике в условиях Крайнего Севера. Это обусловлено условиями проживания коренного населения (кочевой образ жизни), поздней постановкой на учет, недоступностью медицинской помощи ввиду отдаленности проживания и отсутствия дорог, наличием хронических заболеваний мочевыделительной системы, высокой частотой встречаемости среди беременных, а также высоким риском развития урологических, акушерских и неонатальных осложнений. Некоторые аспекты, касающиеся проблемы бессимптомной бактериурии во время беременности, и по настоящее время остаются актуальными. Окончательно не выработаны единые лечебно-профилактические алгоритмы ведения беременности на фоне бессимптомной уроинфекции; отсутствует в широкой клинической практике своевременная микробиологическая диагностика, что нередко определяет пролонгирование сроков установления диагноза. Также остается высокой частота рецидива бессимптомной бактериурии после успешного ее излечения, что является основанием поиска новых подходов к терапии инфекции мочевыводящих путей. В связи с этим целесообразно изучение вопросов диагностики бессимптомной бактериурии у беременных женщин коренного населения Крайнего Севера, выявление прогностически значимых критериев для предупреждения и своевременной коррекции возможных осложнений беременности, а также улучшение перинатальных исходов.

ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У РАБОТНИКОВ
ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА,
РАБОТАЮЩИХ В НОЧНЫЕ СМЕНЫ

Гариева М.А., аспирант кафедры эндокринологии

Руководитель: Аметов А.С., д.м.н., проф., зав. каф. эндокринологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: оценить влияние ночных смен на развитие углеводных нарушений у работников железнодорожного транспорта, связанных с безопасностью движения.

Материалы и методы. В исследовании принял участие 101 пациент, работники железнодорожного транспорта со стажем работы более 5 лет, в возрасте 35-55 лет со сменным графиком работы и наличием ночных смен. В первую группу включены 34 пациента с установленным диагнозом сахарного диабета 2 типа (СД2) с длительностью заболевания не более 5 лет на пероральной моно- и двухкомпонентной сахароснижающей терапии; во вторую группу вошли пациенты с ИМТ выше 30 кг/м^2 – 35 пациентов; третью группу составили 32 пациента без ранее установленных нарушений углеводного обмена и без ожирения. Оценка углеводного обмена в группах исследования проводилась по уровню плазменной глюкозы в крови натощак, постпрандиально и по уровню гликированного гемоглобина (HbA_{1c}).

Результаты исследования. В нашем исследовании большинство пациентов с СД2, по среднестатистическим данным в группе, не достигли целевых параметров HbA_{1c} . Среднее значение HbA_{1c} в группе составило $7,23 \pm 1,62$ (min 5,24 - max 12)% к началу исследования. Уровень HbA_{1c} превышал 7,5% у 13 пациентов, из них у 5 уровень HbA_{1c} достиг значений выше 9%. У 18 пациентов уровень $\text{HbA}_{1c} < 7,0\%$ на моно- и двухкомпонентной терапии. Гликемия натощак в группе с СД2 составила $6,98 \pm 1,41$ (min 5,4 - max 11,5) ммоль/л, постпрандиальная гликемия –

9,57±1,65 (min 6,9 - max 12,4) ммоль/л. У пациентов второй группы средний уровень HbA_{1c} равен 5,76±0,42 (min 5,06 - max 7,02)%, гликемия натощак – 5,57±0,32 (min 5,3 - max 6,8) ммоль/л, постпрандиальная гликемия – 7,7±1,04 (min 5,9 - max 10,2) ммоль/л. Более тщательный анализ второй группы показал, что среди 35 пациентов у 20 уровень HbA_{1c} выше 5,7%. С целью уточнения характера нарушения углеводного обмена у этих пациентов проводился стандартный пероральный глюкозотолерантный тест (СГТТ). В результате проведенного исследования нарушенная толерантность к глюкозе выявлена у 8 пациентов, у одного диагностирован сахарный диабет 2 типа и у одного пациента установлена нарушенная гликемия натощак. В группе условно здоровых пациентов достоверных нарушений углеводного обмена не выявлено: HbA_{1c} составил 5,42±0,34 (min 4,5 - max 5,8)%, гликемия натощак – 5,08±0,32 (min 4,2 - max 5,5) ммоль/л, постпрандиальная гликемия – 6,57±0,51 (min 5,6 - max 7,4) ммоль/л. Однако, несмотря на нормальные среднестатистические показатели HbA_{1c} в третьей группе исследования, у 11 пациентов уровень HbA_{1c} составил 5,7-5,9%, что может свидетельствовать о высоком риске развития нарушений углеводного обмена вплоть до сахарного диабета в будущем.

Выводы. Таким образом, 47% пациентов с СД 2 типа не достигли целевых показателей HbA_{1c} на моно- и двухкомпонентной сахароснижающей терапии. У 10 пациентов во второй группе исследования впервые выявлены нарушения углеводного обмена различной степени: у одного впервые обнаружен СД 2 типа, нарушенная толерантность к глюкозе – у 8 пациентов, у одного пациента – нарушенная гликемия натощак. У 11 пациентов из третьей группы исследования HbA_{1c} составил 5,7-5,9%. Нарушения циркадных ритмов и пищевого поведения за счет изменения светового дня являются причиной выявленных нарушений углеводного обмена в группах исследования.

МЕТОДИКА ОТЛУЧЕНИЯ ОТ АППАРАТА ИСКУССТВЕННОЙ
ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ В РЕЖИМАХ VI-VENT И CPAP
У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ
РАЗВИТИЯ И НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Гибазова О.Р., студент педиатрического факультета, Козлов А.А., врач-интерн
кафедры анестезиологии, реаниматологии и клинической фармакологии с
курсом ДПО

Руководитель: Завьялов А.Е., д.м.н., проф. кафедры детской хирургии,
анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Барнаул

Введение. Респираторная поддержка – основной элемент выхаживания и лечения недоношенных новорожденных с низкой массой тела и врожденными пороками развития в послеоперационном периоде. Оксигенация по алгоритму SIMV позволяет поддерживать постоянное положительное давление в дыхательных путях на момент восстановления функции спонтанного вдоха, увеличивая тем самым функциональную остаточную емкость легких, снижает резистентность дыхательных путей и улучшает растяжимость легочной ткани в период адаптации.

Актуальность. Побочные эффекты ИВЛ у недоношенных новорожденных с врожденными пороками развития прежде всего связаны с изменением внутриплеврального давления и почти полным выпадением фазы отрицательного давления в плевральных полостях за счет слабости морфологических структур легких, создающих отрицательное давление в плевральных полостях, как следствие могут проявляться нарушением гемодинамики гипоксического генеза. Перевод новорожденных и низкой массой тела с врожденными пороками развития на самостоятельное дыхание сопровождается компенсаторными изменениями показателей системы

внешнего дыхания и гемодинамики, максимально выраженными после прекращения тотальной внутривенной анестезии (промедол/фентанил) в послеоперационном периоде.

Цель исследования. Создание адекватной респираторной поддержки для стабилизации компенсаторных механизмов у недоношенных детей с низкой массой тела и врожденными пороками развития, для перевода на спонтанное дыхание.

Материалы и методы. Недоношенные дети с низкой массой тела и врожденными пороками развития, находившиеся в ОАР КГБУЗ «АККДБ» на аппарате Servo-i компании MAQUET; изучение методики ИВЛ в режимах Bi-Vent и CPAP.

Результаты. В процессе отлучения пациента от респираторной поддержки происходит перевод с режима Bi-Vent на режим CPAP, учитываются адаптационные изменения стабилизации оксигенации и гемодинамики (артериальное давление, пульс, SaO_2) а также функции внешнего дыхания, т.е. синхронизация функций внешнего дыхания с работой аппарата ИВЛ. На выраженность этих изменений с целью снижения толерантности к респираторной поддержке мы можем влиять изменением частоты принудительных вдохов, высоты PEEP, PIP, и наличием фазы вдох-выдох 2:1. Таким образом, чем младше ребенок и более выражена морфофункциональная несостоятельность легких, тем более внимательно приходится относиться к фазе вдох-выдох, прибегая к соотношению 2:1 с целью улучшения аэронизации альвеол на фоне PEEP.

Выводы. Данные режимы ИВЛ с фазой вдох-выдох в соотношении 2:1 позволяют отлучить новорожденных детей с низкой массой тела и врожденными пороками развития, не возвращаясь на предыдущий режим вентиляции.

ОСОБЕННОСТИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ И ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОМ ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ

Гибазова О.Р., студентка педиатрического факультета, кафедра детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

Козлов А.А., врач-интерн кафедры анестезиологии, реаниматологии и клинической фармакологии с курсом ДПО

Руководитель: Завьялов А.Е., д.м.н., проф. кафедры детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Барнаул

Цель исследования. Обеспечение адекватной респираторной поддержки для стабилизации гемодинамических показателей, во время оперативного вмешательства, по поводу диафрагмальной грыжи при торакоскопическом вмешательстве.

Материалы и методы. Пациент Т., 1 месяц 10 дней, находившийся в ОАР КГБУЗ «АККДБ», изучение методики ИВЛ и режимов оксигенации с помощью гемодинамического мониторинга.

Результаты и их обсуждение. Пациент Т. доставлен бригадой медицины катастроф на ручной ИВЛ мехом Амбу в ОАР АККБД 28.09.15 с диагнозом: острая внебольничная пневмония тяжелой степени, ОДН III степени, объемное образование правого легкого (?).

Из анамнеза известно, что ребенок от 2-ой беременности, протекавшей на фоне ХФПН. Роды 2 – кесарево сечение на сроке гестации 37 недель. Масса при рождении – 3120 г, ОША – 6-7 баллов. Состояние при рождении 19.08.15 тяжелое, диагностирована правосторонняя пневмония, переведен в ДГО ЦРБ, где находился с 25.08-07.09.15 с диагнозом внутриутробной

пневмонии. Выписан с массой 3245г. Дома на грудном вскармливании набрал 555 г веса. Заболел остро в 5:00 24.09.15: отказ от еды, побледнел, перестал плакать и двигаться. После полного обследования пациента поставлен клинический диагноз – врожденная диафрагмальная грыжа справа.

В возрасте 1 месяц 21 день выполнена торакоскопия, ликвидация диафрагмальной грыжи справа и пластика купола диафрагмы справа. Во время проведения операции была выбрана искусственная вентиляция легких с управлением по давлению, а именно в режиме РС с ПДКВ (РЕЕР) с его поэтапным повышением синхронно с увеличением давления в плевральной полости до 6-8 см вод. ст. (период стабилизации интраоперационных оксигенационных показателей). РЕЕР было предложено для борьбы с ЭЗДП (экспираторное закрытие дыхательных путей), так как внутриплевральное давлений в момент проведения торакоскопии составляет 8-9 см вод. ст. для улучшения визуализации операционного поля.

В ходе операции показатели PIP подняли до 28 см вод. ст. с целью увеличения объема паренхимы легкого и стабилизации аэронизации спавшихся альвеол в период извлечения петель тонкого и толстого кишечника, правой доли печени. Данный режим вентиляции с частотой дыхания 60-80 дыхательных движений в минуту позволил паренхиме легкого не только заполнить плевральное пространство, но и выполнить свою основную оксигенационную функцию: SaO₂ в ходе операции 86-98%, pH 7,38-7,42, PвO₂ – 102 мм рт. ст., PCO₂ – 48 мм рт. ст.

По факту постановки дренажа по Бюлау: PIP – 18 см вод. ст., ПДКВ – 2 см вод. ст. с отношением вдох:выдох 1:1 данный режим был продолжен в реанимационном отделении.

В раннем постоперационном периоде герметичность легкого состоятельна, признаков пневмоторакса не наблюдается, как и пневмонита, пневмонии. Принято решение перевода на спонтанное дыхание с поддерживающим режимом ИВЛ для отлучения, как следствие снижения

параметров дыхания: ЧДД до 20 в течение 5 дней, на 7-е сутки удален дренаж по Бюлау, на 12-й день – экстубирован.

В ходе операции у пациента произошла дислокация органов брюшной полости из правой плевральной области в абдоминальную, а также перераспределение ОЦК за счет увеличения экскурсии грудной клетки и открытия капилляров паренхимы легких, что привело к дестабилизации гемодинамики. Анестезиологи решили провести волемическую поддержку объема ОЦК стерофундином – солевым кристаллоидом в объеме 20-25 мл/кг/ч, а также инотропную поддержку дофамином в объеме 10-15 мкг/кг/мин с целью централизации кровообращения в малом круге.

Обязательным является выполнение правила трех катетеров:

1. Катетер в центральную вену – для постоянного гемодинамического мониторинга.
2. Катетер в мочевой пузырь – для учета почасового диуреза.
3. Назогастральный зонд – для разгрузки верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

В интраоперационном периоде диурез превышал 0,5 мл/кг/ч, что свидетельствует об адекватной перфузии органов. Данные пульсограммы подтверждают это (Sat O₂ 95-97%).

Выводы. Данный режим ИВЛ подходит для выполнения операций по поводу несостоятельности диафрагмы, поскольку позволяет «расправить» спавшиеся дыхательные пути и, как следствие, обеспечивает адекватную оксигенацию на пике интраоперационного вмешательства. Своевременно выбранная тактика увеличения объема инфузии в 1,5-2 раза с целью улучшения притока жидкости к правым отделам сердца через подключичную вену и стабилизация дофамином не позволяют дестабилизироваться показателям гемодинамики пациентам с дислокацией органов.

ВЛИЯНИЕ ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ОПУХОЛИ
НА НЕОБХОДИМОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ИПСИЛАТЕРАЛЬНОЙ
ДОЛЕВОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Гильметдинов А.Ф., заочный аспирант кафедры онкологии,
радиологии и паллиативной медицины

Руководитель: Потанин В.П., д.м.н., проф.

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Казань

Цель исследования. Исследование значимости ипсилатеральной долевой лимфатической диссекции в зависимости от гистопатологического варианта опухоли.

Материалы и методы исследования. Анализу подвергнуты стационарные и амбулаторные медицинские карты пациентов, находившихся под наблюдением ГАУЗ «РКОД МЗ РТ» и оперированных в торакальном отделении №1 в 2000-2009 гг. Условия включения в исследуемую группу: объем операции (лобэктомия или пульмонэктомия), морфологический вариант (немелкоклеточный рак), наиболее показательные стадии (IВ, IIВ, IIIА), отсутствие осложнений в послеоперационном периоде, отсутствие адъювантного и неоадъювантного лечения. Выделены группы согласно объему операции (лобэктомия и пульмонэктомия), клинико-анатомической форме (периферический или центральный) и морфологическому варианту (плоскоклеточный рак и аденокарцинома). Общее количество пациентов – 806. Плоскоклеточный рак – 508, аденокарцинома – 298. Периферическая клинико-анатомическая форма – 458, центральная – 348.

Выживаемость пациентов в зависимости от гистологического варианта и объема операции (всего пациентов = 806). Плоскоклеточный рак: лобэктомия - $53,19 \pm 6,51\%$, пульмонэктомия - $39,93 \pm 5,93\%$ ($p=0,005$);

аденокарцинома: лобэктомия - $56,07 \pm 6,42\%$, пульмонэктомия - $25,42 \pm 11,34\%$ ($p=0,001$).

Полученные результаты свидетельствуют о худшей выживаемости после пульмонэктомии при аденокарциноме, нежели при плоскоклеточном раке, что говорит о худшем прогностическом потенциале данной морфологической формы. Для оценки влияния клинико-анатомической формы проведен анализ с учетом этого фактора.

Выживаемость пациентов при плоскоклеточном раке легкого при всех стадиях (IB, IIB, IIIA) в зависимости от клинико-анатомической формы и объема операции (всего пациентов = 508). Периферический рак: лобэктомия - $50,31 \pm 7,88\%$, пульмонэктомия - $27,91 \pm 13,68\%$ ($p=0,01$); центральный рак: лобэктомия - $59,46 \pm 11,41\%$, пульмонэктомия - $42,17 \pm 6,51\%$ ($p=0,01$).

Выживаемость пациентов при аденокарциноме легкого при всех стадиях (IB, IIB, IIIA) в зависимости от клинико-анатомической формы и объема операции (всего пациентов = 298). Периферический рак: лобэктомия - $57,59 \pm 6,60\%$, пульмонэктомия - $26,67 \pm 16,42\%$ ($p=0,001$); центральный рак: лобэктомия - $33,33 \pm 25,20\%$, пульмонэктомия - $24,14 \pm 16,17\%$ ($p=0,6$).

Заключение. Лучшие показатели выживаемости после пульмонэктомии отмечаются при центральном плоскоклеточном раке. При центральной аденокарциноме выживаемость худшая в обеих группах (лобэктомия, пульмонэктомия), что свидетельствует о худшем прогностическом потенциале данной морфологической формы и об отсутствии влияния ипсилатеральной долевой лимфодиссекции на выживаемость в данных группах. При периферическом раке влияние ипсилатеральной долевой лимфодиссекции на выживаемость в зависимости от морфологического варианта опухоли не выявлено. Подробный анализ показал, что морфологический вариант заболевания не имеет существенного достоверного влияния на выживаемость в зависимости от факта выполнения ипсилатеральной долевой лимфодиссекции. Ипсилатеральная долевая

лимфодиссекция должна выполняться вне зависимости от морфологического варианта опухоли.

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Гиннятулина Р.И., аспирант кафедры общественного здоровья и
здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением

Руководитель: Суслин С.А., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО СамГМУ МЗ РФ, г. Самара

В условиях глобализации здравоохранения, когда качество медицинской помощи становится важнейшим конкурентным преимуществом, при формировании стратегической политики медицинской организации приоритетное значение приобретает создание системы менеджмента качества в соответствии с требованиями международных стандартов. В связи с этим возникает необходимость получения рекомендаций по отношению к конкретным технологиям управления качеством, наиболее ценными из которых являются внедренные на практике и доказавшие свою высокую результативность.

Целью исследования является совершенствование системы управления качеством медицинской помощи городской больницы с помощью научно-обоснованных организационных мероприятий.

В работе использовался комплекс методов исследования, включающий в себя изучение данных первичной медицинской документации, социологический метод (анкетирование пациентов и сотрудников лечебно-профилактического учреждения), статистический (расчет показателей и разработка статистических карт), аналитический (анализ деятельности медицинской организации, анализ национальных и международных подходов к управлению качеством медицинской помощи, законодательных и

нормативно-правовых актов), метод организационного эксперимента и организационного моделирования, метод экспертных оценок. Исследование проведено на базе ГБУЗ СО «Самарская городская больница №4».

В результате проведенного комплексного анализа работы лечебно-профилактического учреждения разработаны новые организационно-методологические подходы и алгоритмы управления системой качества на основе стандартов качества ISO 9000:2015 и научно обоснована организационная модель системы управления качеством оказания медицинской помощи населению в объединенной многопрофильной городской больнице.

Идеология международных стандартов ISO серии 9000 предполагает наличие на предприятии сертифицированной системы менеджмента качества, которая является объективным свидетельством того, что предприятие способно стабильно поставлять продукцию (предоставлять услуги), отвечающую установленным нормативным требованиям и требованиям потребителя. Данная концепция применима для медицинских организаций и является перспективным направлением деятельности многопрофильных городских больниц.

Внедрение в деятельность лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением системы управления качеством как интегрального звена контроля и обеспечения качества медицинской помощи в соответствии с требованиями международных стандартов способствует широкому распространению новых принципов управления деятельностью субъектов рынка, ранее не свойственных советскому здравоохранению, - ориентация на потребителя, на качество его обслуживания. Не просто учет в производстве колебаний спроса, но производство в соответствии со стандартом качества обслуживания пациентов - современный подход к управлению, который переносит маркетинговую концепцию производства услуг из области теории в область практического здравоохранения.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫМИ ДОЗАМИ АТОРВАСТАТИНА НА ПАРАМЕТРЫ АППЛАНАЦИОННОЙ ТОНОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ STEMI

Голубева А.В., клинический ординатор кафедры терапии

Руководитель: Олейников В.Э., д.м.н., профессор кафедры терапии
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», г. Пенза

Цель исследования: изучить действие 48-недельной терапии различными дозами аторвастатина на параметры аппланационной тонометрии у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (STEMI).

Материалы и методы. В исследование включено 62 пациента со STEMI в возрасте от 35 до 65 лет в первые 24-96 часов от начала заболевания. Пациенты на 2-4 сутки от начала заболевания были рандомизированы в две группы. В контрольную группу (К) вошли 34 лица, получавших аторвастатин 20 мг/сутки. Основную группу (А) составили 28 человек, принимавших аторвастатин 80 мг/сутки. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, росту, ИМТ, уровню офисного артериального давления (АД). На 7-9 сутки от начала заболевания и спустя 48 недель пациентам проводили аппланационную тонометрию прибором Sphygmocor («AtCor Medical», Австралия). Анализировали параметры: центральное (аортальное) систолическое (САДао), диастолическое (ДАДао) и пульсовое давление (ПАДао), каротидно-фemorальную скорость распространения пульсовой волны (кфСРПВ).

Результаты. У пациентов группы К спустя 48 недель лечения выявлено достоверное увеличение показателей аппланационной тонометрии: САДао с $101,1 \pm 9,8$ до $108,2 \pm 12,9$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), ДАДао с 71 (67; 80) до 81 (71; 81) мм рт.ст. ($p < 0,05$). Значения ПАДао исходно составили $29,5 \pm 6,7$; при повторном измерении – $31,6 \pm 7,9$ мм рт.ст. Значения давления в аорте в

основной группе на 7-9 сутки от начала заболевания составили: САДао – $103,8 \pm 9,8$ мм рт.ст., ДАДао – 78 (66; 82) мм рт.ст., ПАДао – $28,6 \pm 7,6$ мм рт.ст.; спустя 48 недель терапии – $111,5 \pm 8,7$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), $77,3 \pm 8,1$ мм рт.ст. и $34,2 \pm 6,4$ мм рт.ст. При более детальном анализе показателей центрального давления выявлено, что у пациентов группы К исходно сниженные значения САДао выявлены у 50%, нормальные – у 50%, показателей больше порогового уровня не было выявлено; через 48 недель показатели составили соответственно 38%, 53% и 9%. На 7-9 сутки сниженный уровень ПАДао был выявлен у 35% лиц, нормальный – у 65%, повышенных значений не отмечалось; при исследовании через 48 недель показатели составили соответственно 35%, 62% и 3%. В то время как в группе А исходно сниженные значения САДао выявлены в 46% случаев, нормальные – в 50%, повышенные показатели у 4% лиц; спустя 48 недель, соответственно, в 11% ($p < 0,05$), 86% ($p < 0,05$) и 3% случаев. На 7-9 сутки частота сниженного ПАДао составила 50%, нормального – 46%, повышенного – 4%; через 48 недель, соответственно, 11% ($p < 0,05$), 89% ($p < 0,05$) и 0%. Исходно значения кфСРПВ у больных группы К составили $8,3 \pm 2,2$ м/с, повторно – $7,6 \pm 2,3$ м/с; у пациентов группы А – $8,8 \pm 1,8$ и $7,7 \pm 1,4$ м/с соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. У больных STEMI, принимавших аторвастатин в дозе 20 мг/сутки, увеличение систолического давления в аорте связано как с нормализацией показателей, так и с появлением лиц с патологическими значениями этих параметров. При интенсивной статинотерапии существенно выросло число больных с нормальными значениями. Достоверное уменьшение кфСРПВ свидетельствует о снижении резистентности артерий эластического и мышечно - эластического типа.

ЭФФЕКТЫ ГИПЕРОСМОЛЯРНЫХ РАСТВОРОВ ГЛЮКОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Гончаров В.В., клинический ординатор кафедры анестезиологии и
реаниматологии

Руководитель: Светлицкая О. И., к.м.н., доц.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск

Цель исследования: оценить влияние гиперосмолярных растворов глюкозы на степень выраженности отека мозга у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ).

Материалы и методы. Обследованы 10 пациентов с тяжелой ЧМТ. Критерии включения в исследования: возраст от 18 до 65 лет, уровень сознания по шкале комы Глазго (ШКГ) 5-9 баллов, наличие признаков дислокационного синдрома по данным компьютерной томографии (КТ). Степень выраженности отека головного мозга оценивали по данным КТ, мониторинга внутричерепного давления (ВЧД), проводимого с помощью системы Spiegelberg (Germany). Всем пациентам проводилась стандартная противоотечная терапия с помощью гиперосмолярных растворов (маннитол).

В первой группе (n=6) энтеральное питание (ЭП) осуществлялось с помощью стандартной питательной смеси Фрезубин® энергия с пищевыми волокнами (1500 мл, 2250 ккал). Скорость введения питательной смеси была 75 мл/час с 4-х часовым ночным перерывом. Во вторую группу вошли 4 пациентов, которым проводилось смешанное питание: парентеральное (ПП) и ЭП (1000 мл, 1500 ккал). Скорость введения питательной смеси составила 50 мл/час с 4-х часовым ночным перерывом. В программе ПП использовались гиперосмолярные растворы глюкозы (750 ккал): 20%-й и 40%-й растворы глюкозы, 1100 и 550 мл, соответственно.

Энергопотребности оценивали методом непрямой калориметрии во время проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) при помощи метаболога GE CARESCAPE R860 (USA). Уровень сывороточных белков (альбумин, трансферрин, транстиретин) исследовали на 3-и, 7-ые и 14 сутки на автоматическом биохимическом анализаторе Beckman Coulter (США.)

Результаты. На фоне проведения ИВЛ энергопотребности пациентов первой и второй группы составили $2492,3 \pm 242$ и $2582,7 \pm 223$ ккал, соответственно. ВЧД у пациентов сравниваемых групп не превышало целевого значения 20 мм. рт. ст. Количество нежелательных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при проведении ЭП: диарея, регургитация, остаточный объем желудка > 500 мл отмечены у 5 (83%) пациентов первой группы и только у 1 (25%) пациента во второй группе.

У пациентов сравниваемых групп к 3-м суткам пребывания в ОРИТ отмечено снижение концентрации альбумина. Так, в 1-й группе уровень альбумина составил $26,41 \pm 2,65$ г/л, во 2-й – $24,46 \pm 1,6$ г/л. Концентрация трансферрина к 3-им суткам составила $1,47 \pm 0,3$ и $1,38 \pm 0,23$ г/л у пациентов 1-й и 2-й группы, соответственно. Уровень транстиретина к 3-м суткам у пациентов 1-й группы был $0,11 \pm 0,4$ г/л, у пациентов 2-й группы – $0,12 \pm 0,3$ г/л. К 14 суткам уровень альбумина составил $31,06 \pm 4,2$ г/л у пациентов 1-й группы и $36,7 \pm 2,7$ г/л у пациентов 2-й группы. Концентрация трансферрина в сравниваемых группах увеличилась до $1,84 \pm 0,12$ и $2,02 \pm 0,18$ г/л, соответственно. Отмечена положительная динамика уровня транстиретина. К 14 суткам у пациентов 1-й группы концентрация транстиретина составила $0,14 \pm 0,6$ г/л и $0,23 \pm 0,4$ г/л у пациентов 2-й группы.

При проведении КТ головного мозга в динамике во 2-й группе наблюдалась более выраженная положительная динамика эволюции внутричерепных изменений.

Выводы.

1. Использование смешанного питания (ЭП+ПП) полностью обеспечивает потребности пациентов в энергии и пластическом материале.

2. Гиперосмолярные растворы глюкозы в ПП не увеличивают внутричерепную гипертензию.

СИМВАСТАТИН ОКАЗЫВАЕТ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫЙ ЭФФЕКТ НА МЕДУЛЛОБЛАСТОМУ ТИПА SONIC HEDGEHOG

Гордон Р.Э., младший научный сотрудник кафедры биохимии
и биотехнологии

Руководитель: Абрамова З.И., д.б.н., проф.

Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань

Патологическая активация каскада Sonic hedgehog (Shh) приводит к развитию многочисленных онкологических заболеваний, в том числе медуллобластомы (МБ) – наиболее распространенной опухоли головного мозга у детей. Несмотря на успехи современной медицины, медиана выживаемости составляет 5 лет, а выжившие пациенты страдают от побочных эффектов терапии, а также склонны к повышенному риску развития вторичных опухолей. Существующие методы лечения МБ блокируют Shh-путь посредством ингибирования его эффектора – трансмембранного белка Smoothed (Smo). Такой подход является проблематичным, так как высокие дозы, необходимые для регрессии опухоли, приводят к развитию серьезных побочных эффектов и устойчивости к ингибиторам Smo.

Известно, что холестерин играет ключевую роль в передаче сигнала Shh. Нами было показано, что холестерин, синтезированный клетками МБ, необходим для функционирования Shh-пути. Ингибирование Shh-пути посредством холестеринавого дефицита, как генетически, так и при применении ингибитора биосинтеза холестерина симвастатина, приводит к резкому снижению пролиферации опухолевых клеток и препятствует росту аллотрансплантата. Поскольку холестерин и традиционные антагонисты Smo

действуют на различных сайтах белка Smo, мы предположили, что ингибирование обоих участков будет иметь синергетический эффект. Было обнаружено, что комбинированная терапия ингибитора биосинтеза холестерина симвастатина и антагониста Smo висмодегиба приводит к снижению роста опухоли. Данная стратегия является многообещающим подходом для терапии МБ наряду с другими Shh-опосредованными онкологическими заболеваниями.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РАСЧЕТ ПОСТУПДЕНИЯ НУТРИЕНТОВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

М.С.Горемыкина, очный аспирант кафедры семейной медицины ИПО

Руководитель: Купаев В.И., д.м.н., проф., заведующий кафедрой семейной
медицины ИПО

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава, г.Самара

Цель исследования: провести анализ фактического питания пациентов с БА с поздним началом.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 37 пациентов с впервые выявленной БА с поздним началом (32 женщины и 5 мужчин). Возраст составил 54 года (от 34 до 75 лет), ИМТ — 32,1 кг/м² (28,6—36,4). Группы контроля состояли из: 47 человек без БА и МС (38 женщин и 9 мужчин), возраст — 52 года (от 40 до 63 лет), ИМТ — 24 кг/м² (23—28); 44 человека без БА и с МС (36 женщин и 8 мужчин), возраст — 48 лет (40—63), ИМТ — 32,4 кг/м² (31,1—35,0). Всем больным был проведен единый комплекс диагностических исследований: общее физикальное обследование, измерение окружности талии, индекса массы тела, измерение АД, спирометрия.

С целью воспроизведения рациона был проведен опрос обследуемых по анкете, включающей в себя круг вопросов, касающихся характера питания.

В анкете были отражены: перечень пищевых продуктов, используемых в питании, количество и частота употребления пищи, а также уровень физической нагрузки. С целью определения количества нутриентов, поступающих с пищей за день, были выполнены расчеты их потребления с помощью программы «рацион питания», также были просчитаны нутриенты во всех потребляемых продуктах. Проведено сравнение результатов с нормами, рекомендованными ВОЗ в 2007 г.

Перед началом исследования все участники подписали письменное согласие на участие. Полученные результаты обрабатывались в программе Statistics 10, статистически достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. Индекс массы тела среди пациентов с БА достоверно был выше, чем в группе контроля. Так, индекс массы тела среди пациентов с БА составлял 32,1 кг/м² (28,6—36,4), тогда как в группе контроля без МС этот показатель составлял 24 кг/м² (23—28) ($U = 257$, $z = 5,5$; $p = 0,5$). В группе пациентов с БА уровень макроэлементов (минералов) и микроэлементов, поступающих с продуктами питания, был достоверно снижен по сравнению с группой контроля. Так, среди пациентов с БА уровень Са составлял 500,9 мг (153—817), уровень Mg — 241,2 мг (193—290), уровень Р — 1085,9 мг (875—1502), уровень Fe — 12,2 мг (10—14), уровень Na — 3,14 г (2,3—3,7)

Выводы. Анализ фактического питания показал несбалансированность рациона во всех исследуемых группах.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Гугнин А.В., очная форма обучения, аспирант кафедры хирургии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью (ООТКН) опухолевого генеза.

Материалы и методы. В ретроспективном исследовании оценены результаты лечения 456 пациентов, которым с 2010 по 2016 гг. были выполнены оперативные вмешательства по поводу злокачественной обструкции толстой кишки. У 38 (8,3%) больных удалось добиться разрешения явлений кишечной непроходимости с помощью консервативных мероприятий. С 2008 г. в клиническую практику ГКБ им. С. П. Боткина стал внедряться способ лечения ООТКН с помощью установки колоректальных стентов. Установка колоректальных стентов при ООТКН в указанный период осуществлена 75 (16,5%) больным. Эти пациенты составили основную группу. В контрольную группу вошли 343 (75,2%) пациента. Этим больным проведены экстренные и срочные операции: резекция левых отделов ободочной кишки, правосторонняя гемиколэктомия, формирование двуствольных колостом, формирование двуствольных илеостом.

Результаты. При колоректальном стентировании были следующие осложнения: у 1 (1,7%) пациента произошла перфорация сигмовидной кишки в области некроза опухоли; у 5 пациентов (6,7%) наблюдалась дислокация колоректальных стентов. Послеоперационная летальность составила 2,7%. Таким образом, клинический успех достигнут у 73 (97,3%) пациентов. При

хирургическом лечении в контрольной группе послеоперационные осложнения составили – 47,5%, а летальность – 27,9%.

Выводы. Консервативное лечение при ООТКН малоэффективно и позволяет добиться купирования кишечной непроходимости лишь у 8,3% больных. Наиболее распространенным способом лечения больных с ООТКН остается экстренное хирургическое вмешательство. Эндоскопическое стентирование сопровождается меньшим количеством осложнений, более низким уровнем летальности. Стентирование может быть применимо для постоянной декомпрессии у пациентов со злокачественными стриктурами как окончательный метод лечения, а также с целью временной декомпрессии у потенциально операбельных пациентов как первый этап лечения (<<bridge to surgery>>).

Установка колоректального стента для разрешения толстокишечной непроходимости дает время для дообследования и подготовки больного к плановой радикальной или циторедуктивной операции, компенсации сопутствующей патологии и позволяет рассматривать вопрос о проведении химиотерапии в неоадьювантном режиме.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И РЕАКТИВНО- ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.

Гурбанов Т.В., аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии

Руководитель: Людчик Т.Б., к.м.н., доц.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Диагностика хронических воспалительных и реактивно-дистрофических заболеваний слюнных желез обычно проводится по так называемому «золотому стандарту» – ультразвуковое исследование,

сиалография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, пункционная (реже инцизионная) биопсия. Процессы склерозирования стромы железы при применении данных методов диагностики трудно поддаются объективизации.

Лечение пациентов с хроническими воспалительными и реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез независимо от формы заболевания проводится комплексно, где преимущественно используется противовоспалительная, иммунокорригирующая терапия. Значительное количество рекомендуемых схем лечения пациентов с хроническими воспалительными и реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез проводятся в период обострения процесса. Вопросам межрецидивного лечения придается меньшее значение, хотя после завершения гнойного процесса формируются соединительнотканые рубцы в железе, ведущие к дальнейшему прогрессированию заболевания с падением или прекращением функции железы в условиях тканевой гипоксии. Становится очевидным, что патогенетическое лечение должно быть направлено на уменьшение процессов склерозирования железы, улучшение микроциркуляции как медикаментозным лечением, так и с помощью лазерной фотоперфорации, направленной на реваскуляризацию железистой структуры.

Цель исследования: определить структуру хронических воспалительных и реактивно-дистрофических процессов слюнных желез. Создать экспериментальную модель склерозирующего сиалоаденита. Изучить динамику изменения тканевой структуры железы при анатомической методике проведения блокады железы препаратами дексаметазона и эмоксипина в созданной модели эксперимента. Изучить динамику изменения структуры железы после проведения лазерной реваскуляризации в эксперименте. Разработать диагностические критерии для применения экспериментальных методик репаративной регенерации в клинике и провести мониторинг их результативности.

Объекты и методы исследования. Пациенты Минской областной детской клинической больницы. Животные для лабораторных исследований. Клинические методы обследования пациентов. Дополнительные методы обследования (УЗИ, доплерография, эластография, МРТ).

Выводы. Местное применение препаратов, угнетающих процессы склерозирования, и препаратов с антигипоксическим действием в межрецидивном периоде, а также методики лазерной реваскуляризации может приостановить цирроз железы, а при раннем начале терапии может способствовать репаративной регенерации органа, что увеличит время ремиссии при хронических воспалительных и реактивно-дистрофических заболеваниях слюнных желез.

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЗОНЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ПАРАМЕТРЫ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ

Гуськова Ю. А., клинический ординатор кафедры терапии

Душина Е. В., аспирант очной формы обучения кафедры терапии

Руководитель: Олейников В. Э., д.м.н., проф., заведующий кафедрой терапии

ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет», Медицинский
институт, г. Пенза

Цель исследования. Оценка параметров электрической нестабильности миокарда – турбулентности сердечного ритма (ТСР) и поздних потенциалов желудочков (ППЖ) у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) в зависимости от локализации инфарктной зоны.

Материалы и методы. В исследование включено 100 пациентов с диагнозом ИМпST, средний возраст – 52 (45; 59) года; большинство из них мужского пола – 91%. Всем поступившим проводили чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), которому у 56% больных предшествовала системная

тромболитическая терапия (ТЛТ). Время от возникновения ангинозных болей до начала ТЛТ составило 2 (1; 4,6) часа, до ЧКВ – 6,6 (3,5; 14) часа. На 7-9 сутки от начала заболевания проводилось Холтеровское мониторирование ЭКГ по 12-отведениям с помощью комплекса «Холтеровский анализ - Astrocard» (ЗАО «Медитек», Россия) с оценкой параметров электрической нестабильности миокарда: ТСР и ППЖ. Патологической ТСР считали при отклонении от нормальных значений одного из показателей: ТО менее 0 % и TS более 2,5 мс/RR. Выявление ППЖ основывалось на регистрации патологических значений QRSf более 114 мс, HFLA более 38 мс, RMS менее 20 мкВ. В зависимости от локализации инфарктной зоны были выделены 2 группы пациентов: группа 1 – 54 пациента с ИМпСТ передней стенки левого желудочка (ЛЖ), группа 2 – 46 человек с ИМпСТ нижней локализации. Сравнимые группы не отличались по полу и основным антропометрическим характеристикам.

Результаты. Наличие фрагментированной активности миокарда обнаружено у 15% пациентов. Большие значения QRSf регистрировались в группе пациентов с ИМпСТ передней локализации – 95 (89; 106) мс против 90 (84; 101) мс в группе 2 ($p<0,05$). Нарушение вегетативной регуляции деятельности синусового узла, выявленное у половины пациентов, проявлялось в виде регистрации патологической ТСР. При этом у лиц группы 1 чаще фиксировалось отклонение от нормы значений ТО или TS – в 57% случаев, чем у больных ИМпСТ нижней стенки ЛЖ – 42% ($p<0,05$). В группе 1 получена более неблагоприятная ТО $0,31\pm4,17$ % по сравнению с группой 2 – $1,41\pm2,71$ % ($p<0,05$).

Выводы. У пациентов с ИМпСТ передней локализации отмечена более выраженная аритмогенная готовность миокарда, а также нарушение автономной регуляции сердечной деятельности по сравнению с группой больных ИМпСТ нижней стенки ЛЖ, что связано с обширной зоной некроза.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ТРАНСФУЗИЙ ПРИ ПЕРЕХОДЕ НА БЕЗВОЗМЕЗДНОЕ ДОНОРСТВО

Данилевская М.М., врач КЛД научно-клинической лаборатории контроля
качества и безопасности трансфузий;

Ахремцова А.А., ведущий специалист по работе с донорами

Руководитель: Калмыкова О.С., зав. научно-клинической лабораторией
контроля качества и безопасности трансфузий

ФГБУ Гематологический научный Центр Минздрава России, г. Москва

Вступление. Скрининг антиэритроцитарных аллоантител у доноров является важной составляющей обеспечения иммунологической безопасности трансфузий. Антиэритроцитарные аллоантитела в гемокомпонентах могут вызывать гемолитические реакции и посттрансфузионные осложнения. В настоящее время не существует методов детекции всех клинически значимых аллоантител. Поэтому важное значение приобретает формирование контингента доноров с наименьшим индексом аллосенсибилизации.

Цель работы: оценить индекс аллосенсибилизации доноров по антиэритроцитарным антителам при переходе на безвозмездное донорство.

Материалы и методы. Исследовали 40 523 образца крови от 14 793 доноров ФГБУ ГНЦ МЗ РФ за период 2014-2016 гг. в возрасте от 18 до 60 лет. Определение антиэритроцитарных антител проводили на автоматическом анализаторе «Galileo Neo» Immucor (США) и в гелевых карточках для определения антиэритроцитарных антител АНГ «LISS-Coombs» фирмы Bio-Rad (США). Индекс аллосенсибилизации рассчитывали как отношение доноров с выявленными антиэритроцитарными антителами ко всем тестированным донорам, выраженное в процентах. Статистическую обработку проводили с использованием критерия хи - квадрат с поправкой Йейтса.

Результаты и обсуждение. В 2014 г. исследованы образцы крови 5289 доноров, 57% которых составляли безвозмездные донации. У 14 доноров выявлены антиэритроцитарные антитела. Из них у 5 доноров выявлены антитела анти-D; у 2 доноров – анти-Cw; у 3 доноров – анти-Leb, у 4 доноров специфичность не установлена. Индекс аллосенсибилизации – 0,26 % .

В 2015 г. проведено обследование 4931 донора, 87% из которых составляли безвозмездные донации. У 10 доноров выявлены антиэритроцитарные антитела. Из них 2 донора имели антитела анти-D; 2 – анти-Kell; 1 – анти-Cw; у 5 доноров специфичность не установлена. Индекс аллосенсибилизации составил 0,20%.

В 2016 г. донорское отделение ФГБУ ГНЦ МЗ РФ полностью перешло на безвозмездное донорство. У 4573 доноров антиэритроцитарные антитела выявлены в 8 случаях. Из них 1 донор имел антитела анти-D; 1 – анти-Cw; у 6 специфичность не установлена. Индекс аллосенсибилизации равен 0,17%.

Выявлено статистически значимое ($p<0,05$) снижение индекса аллосенсибилизации у доноров по антиэритроцитарным антителам при переходе на безвозмездное донорство, что снижает риски посттрансфузионных реакций и осложнений, и повышает безопасность и эффективность трансфузий.

Заключение. Таким образом, при переходе на безвозмездное донорство наблюдается статистически значимое ($p<0,05$) снижение индекса аллосенсибилизации по антиэритроцитарным антителам.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Даутова А.А., Башаров Г.Х., резиденты кафедры неонатологии

Руководитель: Мустафазаде Т.Ш., к.м.н., доцент

КазМУНО, г. Алматы

Резюме. В структуре заболеваемости у новорождённых с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), достоверно чаще была диагностирована неонатальная желтуха ($76,4 \pm 4,5\%$ и $39,8 \pm 5,1\%$, $p < 0,01$), кардиопатии ($31,5 \pm 4,9\%$ и $12,9 \pm 3,5\%$, $p < 0,01$), полицитемия ($38,2 \pm 5,2\%$ и $6,5 \pm 2,6\%$, $p < 0,001$), дыхательные нарушения ($36,6 \pm 5,1\%$ и $25,8 \pm 4,5\%$, $p < 0,05$) и синдром срыгивания ($33,3 \pm 5,1\%$ и $14,9 \pm 3,7\%$, $p < 0,05$).

Результаты статистических исследований в Казахстане и в России показывают, что задержка развития плода встречается с частотой от 5 до 22,6%, в европейских странах от 1,6% до 7%. По данным ВОЗ, частота ЗВУР среди доношенных новорожденных в среднем составляет 17%.

ЗВУР плода и новорожденного является интегральным показателем внутриутробного неблагополучия, определяет подавляющее большинство заболеваний в неонатальном периоде и различные отклонения в состоянии здоровья детей в последующие годы жизни.

Ранняя диагностика этого состояния как в антенатальном, так и постнатальном периодах является актуальной.

Цель исследования. Изучение состояния здоровья новорожденных с ЗВУР, для разработки принципов организации наблюдения и лечения.

Материалы и методы исследования. Для определения гестационного возраста новорожденных использована таблица Дементьевой Г.М., Робертсона Н.К. (1998). Для уточнения степени отставания антропометрических параметров при рождении использована нормативная

непараметрическая таблица (центилей). Регистрация и анализ заболеваемости проведены в соответствии с МКБ-10.

Результаты и обсуждение. Средние антропометрические показатели у детей основной группы при рождении были достоверно ниже ($p<0,05$) чем в группы сравнения.

Дезадаптационный синдром у детей основной группы проявлялся в виде сердечно – сосудистой недостаточности ($p<0,05$), геморрагического синдрома ($p<0,05$), отека ($p<0,05$). Также чаще была диагностирована гипербилирубинемия, анемия ($p<0,05$). Дети основной группы достоверно чаще рождались в состоянии асфиксии ($p<0,02$), гипоксически - геморрагическая энцефалопатии ($p<0,05$).

В результате проведенного серологического исследования у 70% детей основной группы были детектированы специфические Ig G и Ig M (1,2%).

Заключение. Течение неонатального периода у детей с ЗВУР достоверно чаще ($p<0,01- 0,001$) осложнялось развитием дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, церебральной ишемии, патологией гепатобилиарной и других систем, тяжесть которых имела прямую корреляционную зависимость от клинических вариантов и степени тяжести ЗВУР ($r=0,34$).

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ОПЕРАТИВНАЯ КОЛОНОСКОПИЯ – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Демьянчук Д.Н., студентка, кафедра патологической анатомии №1;

Губарь А.С., научный сотрудник ГНУ «Научно-практический центр
профилактической и клинической медицины» ГУД

Руководитель: Курик Е.Г., д.м.н., проф. кафедры патологической
анатомии №1

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев;

ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической
медицины» ГУД, г. Киев

Актуальность. Чрезвычайно актуальной является проблема диагностики раннего колоректального рака и предраковых новообразований толстой кишки.

Цель исследования: проанализировать эффективность диагностических и оперативных колоноскопий (КС).

Материалы и методы. Проанализированы 1547 эндоскопических исследований толстой кишки, из них 396 - диагностических КС и 1151 - оперативных КС.

Результаты исследования. Пациентам была выполнена КС с применением видеоколоноскопа Olympus CF-150L, Tokyo, Japan, исследования в узкополосном спектре света, хромоскопия. В 95% случаев проводилась седация пропофолом. В 98,7% (1527/1547) КС выполняли интубация подвздошной кишки с биопсией ее слизистой оболочки. 92% (1423/1547) исследований проводились под общей седацией пропофолом. Учитывали все случаи неоплазий пищеварительного тракта, осложнений при диагностических и оперативных колоноскопиях. Для оценки возможной инвазии выполняли эндоскопическое ультразвуковое исследование (ЭУИ), датчик 20 Гц, UM DP20-25R, ультразвуковой процессор EU-M60;

Olympus. Частота выявления аденом 0,47, индекс выявления аденом 0,79. Средний размер аденом 6,4 мм (от 1 до 120 мм). Типы поверхностных неоплазий: 0-Ip, 0-Isp, 0-Is+IIs, 0-IIa, 0-IIa+IIs, 0-IIs, 0-IIb (Парижская эндоскопическая классификация поверхностных неоплазий пищеварительного тракта), LST-NG, LST-G. Большинство в левых отделах ободочной кишки. Всего было резецировано 468 участков слизистой оболочки толстой кишки, из них: 271 – по типу эндоскопической резекции слизистой оболочки (EMR) с предварительной подслизистой инъекцией, в том числе 4 EMR при помощи дистального колпачка (EMR-Cap) и 5 EMR по частям (EPMR), 91 – путем петлевой полипэктомии, 82 – щипцовой полипэктомии, 24 – аргонплазмовой абляции. Общее количество осложнений колоноскопии в исследовании – 0,8% (13/1547, 95% ДИ 0,5-1,5%). Статистической разницы в количестве и структуре осложнений между группами диагностической и лечебной КС не выявлено. Усложнения диагностических и оперативных колоноскопий составили соответственно 0,8% (3/396, 95% ДИ 0,2-2,3%) и 0,9% (10/1151, 95% ДИ 0,5-1,6%), отношение шансов – 1,2 (95% ДИ 0,3-4,2), $\chi^2 = 0,01$, $p = 0,9$.

Выводы. Применение методик улучшения эндоскопического изображения (видеоэндоскопические исследования, узкополосные исследования, хромокопия) повышает выявление поверхностных неоплазий кишечника. В зависимости от размера, типа поверхностных неоплазий целесообразно проводить эндоскопическую холодную петлевую полипэктомию, эндоскопическую резекцию слизистой оболочки, эндоскопическую диссекцию слизистой оболочки с образованием в пределах здоровых тканей.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА С3435Т ГЕНА ABCB1 У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА

Денисенко Н.П., младший научный сотрудник НИЦ РМАНПО, аспирант кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ИПО Первого МГМУ им. И.М.Сеченова,

Рыжикова К.А., младший научный сотрудник НИЦ РМАНПО,

Созаева Ж.А., лаборант кафедры клинической фармакологии и терапии
РМАНПО

Руководители: Сычев Д.А., д.м.н., проф., член-корр. РАН;

Сизова Ж.М., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
г. Москва

Введение. Ген ABCB1, расположенный на седьмой хромосоме, кодирует Р-гликопротеин, принадлежащий к семейству ABC-транспортеров, которые связывают АТФ и используют энергию гидролиза АТФ для транспорта различных веществ через клеточную мембрану. Известно множество лекарственных препаратов, которые являются субстратами Р-гликопротеина. В результате активного эффлюкса этих препаратов под действием Р-гликопротеина может развиваться резистентность к лечению. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) являются субстратами Р-гликопротеина. В исследованиях показано, что генетический полиморфизм ABCB1 С3435Т может оказывать влияние на антисекреторное действие ИПП, а также на эффективность эрадикационной терапии. В связи с этим, изучение распространенности полиморфного маркера С3435Т гена ABCB1 у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, принимающих ИПП, может иметь клиническое значение.

Цель работы: исследовать распространенность полиморфного маркера С3435Т гена ABCB1 в популяции пациентов с язвенной болезнью желудка и

двенадцатиперстной кишки Московского региона.

Материалы и методы. В исследование было включено 50 пациентов с эндоскопически подтвержденным диагнозом язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе 19 мужчин (38%) и 31 женщина (62%), проживающих в Московском регионе. Возраст обследуемых варьировал от 18 до 77 лет, в среднем составлял $51,5 \pm 14,9$ лет. В пробирку с К2-ЭДТА объемом 6 мл отбиралась венозная кровь пациентов. Определение полиморфизма С3435Т гена ABCB1 проводилось методом ПЦР в реальном времени (Real-Time PCR).

Основные результаты. Носительство аллельного варианта Т гена ABCB1 отмечалось у 52% пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки Московского региона. Генотип СС по гену ABCB1 был обнаружен у 11 (22%) пациентов, генотип СТ – у 26 (52%) пациентов, генотип ТТ – у 13 (26%) пациентов. Распространенность генотипов соответствовала равновесию Харди-Вайнберга ($p=0,77$).

Заключение. У пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки Московского региона отмечается высокая частота встречаемости полиморфизма С3435Т гена ABCB1. Требуется дальнейшее изучение роли данного полиморфизма в клинической практике и возможности прогнозирования эффективности антисекреторной и эрадикационной терапии на основе ИПП у больных язвенной болезнью.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАРКЕРОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ, ПРИБЫВАЮЩИХ В РОССИЙСКУЮ ФЕДЕРАЦИЮ

Джасим Н., аспирант кафедры микробиологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский университет дружбы народов»

Руководитель: Михайлов М.И., д.м.н., проф., член-корр. РАН
ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Введение. Миграция населения является одним из важных факторов, определяющих распространение многих инфекций. В настоящее время Россия занимает одно из ведущих мест в мире по притоку трудовых мигрантов. Завозные случаи гепатитов А, Е, В, С и D описаны в Российской Федерации, однако, потенциальный вклад миграции к распространению этих инфекций остается неисследованным.

Цель исследования. Определение распространенности маркеров гепатитов А, Е, В, С и D среди рабочих мигрантов, недавно прибывших в Российскую Федерацию из стран с разной степенью эндемичности по этим инфекциям.

Материалы и методы. Были исследованы образцы сыворотки крови от 1333 трудовых мигрантов, недавно прибывших в РФ из Узбекистана (n=464), Таджикистана (n=415), Украины (n=308) и Молдовы (n=146). Анти-ВГА IgG, анти-ВГЕ IgM и IgG, HBsAg, анти-ВГD и анти-ВГС определяли с помощью коммерческих ИФА-тестов. РНК ВГЕ определяли в образцах, положительных по анти-HEV IgM, методом ОТ-ПЦР с вырожденными праймерами к участку генома ВГЕ, кодирующему капсидный белок.

Результаты. Анти-ВГЕ IgG достоверно чаще выявлялись среди мигрантов из Узбекистана и Таджикистана по сравнению с мигрантами из Украины и Молдовы (25,4% и 43,1% соответственно против 7,8% и 12,3%

соответственно $p < 0,05$), что отражает степень эндемичности в отношении гепатита Е регионов происхождения обследованных лиц. Частота выявления анти-ВГА IgG также зависела от страны происхождения – серопозитивные лица достоверно реже встречались среди мигрантов из Украины по сравнению с лицами, прибывшими из Молдовы, Узбекистана и Таджикистана (70,1% против 91,8%, 98,7%, 99,8% соответственно, $p < 0,05$). Анти-ВГЕ IgM, свидетельствующие о текущей или недавно перенесенной инфекции, выявляли среди мигрантов из Узбекистана, Таджикистана, Украины и Молдовы с примерно одинаковой частотой – 3,9%, 7,8%, 5,8% и 6,8% соответственно. Ни в одном из образцов, положительных по анти-ВГЕ IgM, не была выявлена вирусная РНК, что, по-видимому, связано с коротким периодом виремии при гепатите Е. Частота выявления HBsAg была достоверно выше среди мигрантов из Таджикистана и Узбекистана (5,3% и 5,2% соответственно) по сравнению с мигрантами из Украины (1,0%) и Молдовы (3,4%). Ни в одном позитивном по HBsAg образце не были выявлены анти-ВГD. Частота выявления анти-ВГС среди трудовых мигрантов была высокой и не отличалась значительно в зависимости от страны происхождения: 4,5% (Узбекистан), 4,8% (Таджикистан), 3,9% (Украина), 4,8% (Молдова).

Заключение. Значительная доля трудовых мигрантов, прибывающих в РФ, имеют анамнестические антитела к ВГА и ВГЕ, что отражает степень эндемичности страны происхождения мигрантов. Высокая частота выявления маркеров гепатитов В и С у трудовых мигрантов, а также анти-ВГЕ IgM, свидетельствующих о текущей или недавно перенесенной ВГЕ-инфекции, позволяет предполагать высокую вероятность завоза ВГС, ВГВ и ВГЕ в РФ, что делает необходимым включение в алгоритм обследования трудовых мигрантов маркеров гепатитов В, С и Е.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОМИНИРУЮЩЕГО ПОЛУШАРИЯ

Джафарли Имми Вугар Кызы, клинический ординатор; Ганькина О.А.,
ассистент кафедры неврологии

Руководитель: Левин О.С., д.м.н., проф., зав. кафедрой неврологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

В России живет более миллиона лиц, перенесших инсульт. При этом ежегодно происходит более 450 тыс. новых случаев инсульта. Даже если больные выживают, то более чем у 50% из них не происходит восстановления. Между тем психические расстройства, возникающие у значительного числа пациентов после инсульта, нарушают адаптацию едва ли не в большей степени, чем моторный дефицит.

Материалы и методы. В исследование включен 21 пациент, перенесший инсульт и проходивший лечение в ГКБ им. С.П. Боткина г. Москвы. Деменция в остром периоде инсульта и выраженные речевые расстройства являлось критерием исключения для участия в исследовании. Средний возраст больных составил $66,3 \pm 12,9$ лет, в диапазоне от 34 до 85 лет. Всего в исследование было включено 11 мужчин и 10 женщин. Проводилась оценка возраста, пола, доминантная рука у пациента, сторона пораженного в результате инсульта полушария, наличие когнитивных нарушений, оценивающихся по шкале MoCA, наличие депрессии по шкале Бека, неврологический дефицит по шкале NIHSS на момент поступления в стационар и на момент выписки из стационара.

Результаты. При оценке когнитивного дефицита после перенесенного инсульта у пациентов, являющихся амбидекстрами, хуже выполняются тесты, направленные на оценку зрительно-пространственных функций (тест соединения цифр и букв, копирование куба, рисование часов, $p < 0,05$). Из

осмотренных пациентов было выявлено, что у 9 пациентов очаг инсульта локализовался в правом полушарии головного мозга, у 12 человек – в левом полушарии. При сравнении пациентов с поражением правого полушария – при наличии ведущей левой руки или наличии пациента-амбидекстра – статистически достоверно получены результаты о нарушении ориентации пациентов во времени и пространстве, тогда как при наличии доминантной правой руки данные показатели были в пределах нормы ($p < 0,05$). В случае поражения левого полушария головного мозга у пациентов с доминантной левой рукой больше нарушается речевая функция и функция внимания, чем у пациентов с доминантной правой рукой ($p < 0,05$). Данный факт свидетельствует о том, что у левшей речевой центр и центр внимания, вероятно, имеют одну локализацию – только в левом полушарии головного мозга. При этом развитие инсульта в данной области вызывает больший неврологический дефицит, чем у лиц с доминирующей правой рукой ($p < 0,05$). Средний балл по шкале Бека $10,1 \pm 6,0$ баллов, от 0 до 29 баллов. По результатам исследования, депрессия после инсульта чаще развивается у женщин ($p < 0,05$). Средний балл по шкале NIHSS на момент поступления в стационар составляет $5,6 \pm 3,9$ баллов, от 2 до 18 баллов. Средний балл по шкале NIHSS на момент выписки из стационара составляет $2,0 \pm 1,6$ балла, от 0 до 6 баллов. При выписке из стационара оставшийся неврологический дефицит коррелирует с тяжестью состояния на момент поступления в стационар. При этом хуже восстанавливаются после инсульта функции, отвечающие за речь и внимание, и хуже у пациентов с доминирующей левой рукой ($p < 0,05$).

Выводы. Пациенты, являющиеся амбидекстрами, или с доминирующей левой рукой имеют более четкое расположение корковых центров в одном из полушарий мозга – центра ответственного за речь, внимание и зрительно-пространственное восприятие, поэтому локализация очага в стратегически важной зоне ведет к развитию большего неврологического дефицита, чем у пациента с доминирующей правой рукой.

ВЫБОР ГАСТРОЭНТЕРОСТОМИИ ПРИ СТЕНОЗЕ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Дулаева С.К., аспирант кафедры общей хирургии

Руководитель: Глушков Н.И., д.м.н., проф., зав. кафедрой общей хирургии
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Хирургическое вмешательство при стенозе выходного отдела желудка у лиц пожилого и старческого возраста сопровождается значительным числом осложнений и высокой послеоперационной летальностью. Вместе с тем, до настоящего времени выбор метода оперативного вмешательства при данной патологии окончательно не определен. В связи с внедрением эндовидеохирургии открываются новые возможности в лечении данной категории больных.

Цель исследования: сравнить результаты лечения у больных старших возрастных групп с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка в условиях полиморбидности с использованием традиционного оперативного вмешательства и эндовидеохирургического формирования соустья.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ лечения пациентов пожилого и старческого возраста с субкомпенсированным и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка. Больные были распределены на 2 группы. В обеих группах средний возраст составил 78 лет. В контрольную группу вошло 65 пациентов, которым оперативное вмешательство выполнялось традиционным методом: 18 – с субкомпенсированным, 47 – с декомпенсированным стенозом.

В основной группе с использованием эндовидеохирургии оперировано 30 пациентов. Стеноз субкомпенсированный был у 9, декомпенсированный – у 21. Анастомоз у 9 пациентов наложен аппаратным швом, а у 21 –

механическим 2х-рядным швом, с помощью монофиламентной нити. Во всех случаях впередибодочный анастомоз формировался на длинной петле, с брауновским соустьем. У большинства больных одновременно имелось более пяти сопутствующих заболеваний. Время оперативного вмешательства составило 101 ± 5 минут в среднем. Влияние на течение предоперационного периода оценивалось с помощью индекса коморбидности Чарлсона и гериатрической шкалы клинической оценки Сандоз (Sandoz Clinical Assessment Geriatric – SCAG). В обеих группах в биохимическом анализе крови отмечались гипопроteinемия и водно-электролитные нарушения. По полу, возрасту и тяжести сопутствующей патологии группы были сопоставимы. Всем больным проводилась предоперационная подготовка, направленная на коррекцию имеющихся выраженных расстройств водно-электролитного баланса и кислотно-основного равновесия, нутритивная поддержка до и после операции.

Результаты. В ходе исследования оценивали течение послеоперационного периода, длительность операционного койко-дня. Операции эндовидеохирургическим способом сопровождались низким объемом кровопотери, интенсивность боли была ниже, чем в контрольной группе, что позволило максимально быстро активизировать больных.

Послеоперационные осложнения отмечались в обеих группах: в контрольной 17 (26,15%), в основной – у 2 (6,6%). В контрольной группе послеоперационный койко-день составил 24 суток. ИОХВ (инфекция области хирургического вмешательства) у 3 (4,61%) пациентов, 3 (4,61%) пациентов с гипостатической пневмонией, в 5 (7,69%) случаях закончилось летальным исходом в связи с ТЭЛА, 5 (7,69%) – с ОИМ (острым инфарктом миокарда), 1 – с кровотечением, 8 летальных исходов.

В основной группе послеоперационный койко-день составил 14 суток. ИОХВ – у 1 пациента и у 1 – гипостатическая пневмония. Значимых соматических изменений не отмечалось, однако имелось 2 летальных исхода, связанных с декомпенсированной сердечно-сосудистой патологией.

Выводы. Таким образом, формирование гастроэнтероанастомоза с использованием эндовидеоаппаратуры при стенозе выходного отдела желудка у пациентов старшей возрастной группы с высоким операционно-анестезиологическим риском позволяет снизить число послеоперационных осложнений с 26,2 до 6,6%, летальность – с 12,3 до 6,6%, послеоперационный койко-день с 24 до 14 суток и получить социально-экономический эффект.

СВЯЗЬ АКТИВНОСТИ СУРЗА С ПОКАЗАТЕЛЕМ УРОВНЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ/ДОЗА ГАЛОПЕРИДОЛА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Дюжев Д.В., ординатор ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Руководители: Застрожин М.С., к.м.н. асс. кафедры наркологии;

Сычев Д.А., член-корр. РАН, д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: оценить взаимосвязь активности изоферментов подсемейства СУРЗА и активности изофермента СУРЗА4 с показателем уровня концентрация/доза галоперидола у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, в период актуализации патологического влечения.

Материалы и методы. В данном исследовании приняло участие 69 мужчин, больных алкоголизмом. Для определения активности СУРЗА исследовалось содержание в моче отношения концентраций эндогенного субстрата данного изофермента и его метаболита (отношение 6-бетагидроксикортизол / кортизол). Более высокий показатель данных отношений свидетельствует о более высокой активности изоферментов. Оценка представлена в условных единицах. Для определения нормальности распределения выборок использовали W-тест Шапиро – Уилка.

Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$ (при статистической мощности свыше 80%). U-тест Манна-Уитни использовали для сравнения двух выборок непрерывных независимых данных. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s) вычисляли для определения корреляционной связи между количественными характеристиками. О положительной умеренной, но достоверной корреляции между признаками свидетельствовало значение коэффициента r_s в диапазоне от 0,3 до 0,7 при $p < 0,05$; $r_s > 0,7$ при $p < 0,05$ – сильной и достоверной связи; обратной корреляции соответствует отрицательное значение r_s . Для построения регрессионного анализа влияния активности CYP3A на показатель уровня C/D использовался «Multiple Regression module».

Результаты. В ходе исследования связь между показателями концентрация/доза и активностью CYP3A не была выявлена как в группе, получавшей галоперидол в форме раствора для внутримышечных инъекций (Spearman's coefficient of correlation = -0,168, $p > 0,05$), так и в группе, получавшей галоперидол в форме таблеток внутрь (Spearman's coefficient of correlation = 0,122, $p > 0,05$). Это подтверждается отсутствием статистически значимых результатов по данным корреляционного и регрессионного анализа между показателем C/D и показателем активности CYP3A.

Выводы. По результатам исследования было показано, что связь между показателями концентрация/доза и активностью CYP3A не была выявлена в популяции больных, находящихся на лечении в ГБУЗ «МНПЦ наркологии» ДЗМ, что может означать отсутствие достаточной значимости в его изучении при назначении галоперидола данным больным, либо для повышения уровня достоверности необходимо проведение дальнейших исследований с большим числом пациентов.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Дюкарев В.В., аспирант кафедры клинической иммунологии и аллергологии

Руководитель: Юдина С. М., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – одна из важнейших проблем современной медицины, т.к. является причиной высокой смертности и инвалидизации пациентов. На долю ЧМТ приходится от 30 до 50% летальных исходов от всех видов травм, в связи с чем прогнозирование тяжести течения и исходов заболевания остается актуальной проблемой.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 84 историй болезни пациентов с тяжелой ЧМТ, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении КОКБ в период с 2014 по 2015 гг. Исследуемую группу составили 68 (81%) мужчин и 16 (19%) женщин, средний возраст пациентов – 40 лет, из которых 12 (14,3%) были младше 18 лет. Среди всех больных изолированная закрытая ЧМТ диагностирована у 31 (37%) пациента, изолированная открытая – у 30 (35%), сочетанная травма с открытой ЧМТ – у 20 (24,5%), сочетанная закрытая ЧМТ – у 3 (3,5%) пациентов.

Всем больным проводился общий анализ крови и исследование биохимических показателей в динамике.

Результаты. При поступлении у 9 (11%) больных отмечена анемия легкой степени. В исходе клинических случаев у 52 (62%) больных имела место анемия легкой степени, у 1 (1,2%) больного – тяжелой.

При поступлении у 82 (97,6%) пациентов отмечен умеренный лейкоцитоз ($10,5-15 \cdot 10^9$). Нейтрофильный сдвиг лейкоформулы наблюдался в 86,9% случаев (73 больных).

В исходе клинических случаев – у 3 (3,6%) больных повышение количества лейкоцитов было в пределах нормы, у 11 (13,1%) пациентов отмечался выраженный ($<15 \cdot 10^9$), а у остальных 70 (83,3%) – умеренный лейкоцитоз. Палочкоядерный сдвиг лейкоформулы отмечен в 78,6% случаев (66 больных).

При анализе биохимических показателей гипергликемия наблюдалась у 74 (88,1%) пациентов при поступлении и у 33 (39,3%) по окончании клинических случаев. Гипопротеинемия констатирована у 65 (77,4%) больных при первичном обследовании и у 52 (61,9%) – по окончании клинических случаев. Уровень билирубина у всех пациентов оказался в пределах нормы. Увеличение активности АСТ наблюдалось у 19 (22,6%) больных, АЛТ – у 47 (55,6%) пациентов при поступлении. В исходе клинических случаев активность АСТ возросла у 37 (44%), а АЛТ – у 22 больных (26,2%) в 4-5 раз. Показатели амилазы были повышены у 73 (86,7%) пациентов при поступлении и у 82 (97,6%) в исходе клинических случаев.

Высокий уровень мочевины наблюдался у 31 (36,7%) пациента при поступлении и у 34 (40,3%) в исходе клинических случаев; это сочеталось с повышением уровня креатинина при первичном обследовании у 11 (13,1%) больных и у 32 (38,1%) в исходе клинических случаев.

Выводы. Таким образом, у больных с тяжелой ЧМТ происходит значительное ухудшение основных биохимических показателей (трансаминаз, белков плазмы, мочевины и креатинина), сочетающееся в большинстве случаев с развитием анемии и лейкоцитоза. При этом тяжесть травмы и ее исходы имеют четкую связь с отрицательной динамикой биохимических параметров и резистентностью к проводимой терапии. Данный факт следует учитывать для прогнозирования исходов тяжелой ЧМТ и своевременной коррекции проводимой фармакотерапии.

ВОЗМОЖНОСТИ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Егоров М. В., ординатор кафедры рентгенологии и радиологии

Руководитель: Макарова Д. В., к.м.н., асс. кафедры лучевой диагностики
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России,
ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования. Анализ возможностей КЛКТ в оценке состояния позвоночника, спинного мозга и невральных структур.

Материалы и методы. В качестве опытного образца взят препарат грудного отдела позвоночника барана, от нижнего шейного позвонка (С7) до нижнего грудного (Th13). Проведена имитация травматических изменений (разрушение межпозвонкового диска Th6–Th7; неполное повреждение спинного мозга на соответствующем уровне; поперечная остеотомия Th7 позвонка с вовлечением реберно-позвоночных суставов, головок VII ребер; импрессионный перелом передних отделов каудальной замыкательной пластинки тела Th7 позвонка).

КЛКТ выполнена на аппарате NewTom 5G (QRs.r.l., Италия). Параметры сканирования: напряжение 110 кВ, сила тока – 1,53 мА, экспозиция – 3,6 с. Полученные данные были проанализированы и сравнены с результатами стандартной рентгенографии в прямой и боковой проекциях, МСКТ и МРТ.

Результаты. При КЛКТ визуализировались линии остеотомий, имевшие зазубренный четкий контур, шириной до 1-2,2 мм на уровне головок правого и левого VII ребер. Достоверно прослеживалось уплотнение трабекулярной структуры каудальной замыкательной пластинки тела позвонка Th7. Определялись дуральный мешок, спинной мозг со спинномозговыми нервами в виде гомогенной структуры максимальной шириной 4,5 мм. Отмечен стеноз позвоночного канала за счет выступающих

на 1,7-2,5 мм фрагментов дисков. Связочный аппарат достоверно не визуализировался.

Рентгенография уступала по своим возможностям КЛКТ в визуализации мелких костных фрагментов. Структура мягких тканей не определялась.

МСКТ превосходила КЛКТ в изображении связочного аппарата, спинномозговых нервов, спинного мозга и дисков. В анализе костной структуры методики были сопоставимы. Отмечены значительные временные затраты на проведение КЛКТ по сравнению с МСКТ.

МРТ по сравнению с остальными методами позволила четко определить участки скопления жидкости в позвоночном канале и толще дисков; характеристики повреждения связок и спинного мозга; участки изменения структуры костного мозга; грыжи межпозвонковых дисков с возможностью детализированной оценки взаимоотношений с дуральным мешком, спинным мозгом и спинномозговыми нервами. Оценка мелких костных фрагментов и участка импрессии тела Th7 была вне пределов метода.

Выводы.

1. Учитывая полученные данные, при диагностике повреждений позвоночника и спинного мозга необходимо выполнение как МСКТ, так и МРТ.

2. КЛКТ может выполняться как уточняющая методика при выявлении структурных изменений позвонков. Достоверная оценка состояния спинного мозга и спинномозговых нервов выходит за пределы возможностей методики.

"МОСКВА" В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Егорова Е.В., клинический ординатор,

Коломан И.И., клинический ординатор

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Болезнь Паркинсона – одно из наиболее частых нейродегенеративных заболеваний. Несмотря на то, что основным проявлением данного заболевания является двигательный дефицит, развитие заболевания всегда сопровождается присоединением целого спектра немоторных симптомов, а также присоединением осложнений противопаркинсонической терапии. Данные симптомы на развернутой стадии болезни в большей степени инвалидизируют пациента, требуют изменений базисной терапии, а также назначения средств симптоматической коррекции.

Целью данной работы явилась проверка чувствительности и специфичности разработанной кафедрой неврологии ФГБОУ ДПО РМАНПО шкалы МОСКВА (М – моторные нарушения, О – осложнения терапии, С – сенсорные и нарушение сна, К – когнитивные, В – вегетативные, А – аффективные) для оценки немоторных симптомов болезни Паркинсона и осложнений терапии.

В исследование к настоящему моменту включено 20 больных с болезнью Паркинсона. Оценка проводилась отдельно: один врач-исследователь оценивал больных по шкале МОСКВА, второй врач-исследователь проводил оценку моторных нарушений – шкала Хен-Яр, UPDRS III часть; оценку осложнений терапии – шкала UPDRS IV часть; сенсорных нарушений – шкала сонливости Эпворта, опросник для выявления нарушений в фазу сна с быстрыми движениями глаз; когнитивные нарушения оценивались при помощи Монреальской когнитивной шкалы (MoCA); вегетативные – шкалой вегетативных нарушений; аффективные –

при помощи шкалы тревоги и депрессии HADS, а также шкалы нейропсихиатрических нарушений (NPI-4). Учитывался пол, возраст больных, длительность заболеваний.

Статистический анализ проводился с помощью пакета Statistica 6.0, проводился анализ ранговых корреляций, а также логлинейный анализ с построением ROC-кривых.

Средний возраст больных составил $69,5 \pm 6,4$ лет, разброс от 43 до 83 лет, 7 мужчин и 13 женщин. У пациентов преимущественно выявлялась смешанная форма заболевания (в 65% случаев), акинетико-ригидная форма выявлена у 5 больных (25%), дрожательная у 2-х (10%). У 6 пациентов выявлена 2 стадия заболевания, 14 пациентов находились на 3-ей стадии болезни.

Все пункты разработанной шкалы МОСКВА имели достоверную положительную корреляционную связь с баллом соответствующих данному симптому шкал и опросников. Показатели были достоверны и имели сильную корреляционную связь ($r=0,9$, $r=0,8$, $r=0,7$, $r=0,8$, $r=0,9$, $r=0,8$ для каждого пункта соответственно; $p<0,05$). Кроме того, проводился логлинейный анализ с построением ROC-кривых. Площадь кривых (AUC) по оценке моторных проявлений и осложнений терапии по шкале МОСКВА в соотношении с количественными шкалами и опросниками составила 1,0, что говорит о 100% чувствительности и специфичности, площадь AUC по сенсорным и когнитивным нарушениям составила 0,908 и 0,892 соответственно с чувствительностью 96% и специфичностью 94%, по вегетативным и аффективным нарушениям чувствительность и специфичность шкалы МОСКВА составила 100%.

Выводы: данная шкала с очень высокой чувствительностью и специфичностью позволяет оценивать весь спектр симптомов болезни Паркинсона. Ее использование в клинической практике позволит более дифференцированно подходить к выбору противопаркинсонической терапии

и своевременно назначать средства симптоматической коррекции для улучшения качества жизни больных.

ВЛИЯНИЕ НОСИТЕЛЬСТВА РАЗЛИЧНЫХ ГЕНОТИПОВ ПО *CYP3A5**3 НА ФАРМАКОКИНЕТИКУ ПРЕПАРАТА ТАКРОЛИМУС У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ПЕЧЕНИ

Жучков А.В., студент лечебного факультета 6-го курса Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова,

Чертовских Я.В., врач-клинический фармаколог Центра
персонализированной медицины, Якутск,

Попова Я.В., врач- клинический фармаколог Центра персонализированной
медицины, Якутск

Руководитель: Сычев Д.А., д.м.н., проф., член-корр. РАН
ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: изучить взаимосвязь между носительством генотипов по аллельному варианту *CYP3A5**3 и уровнями остаточной равновесной концентрации такролимус у пациентов после пересадки печени.

Материалы и методы. у 34 пациентов (15 мужчин и 19 женщин) в возрасте $42 \pm 9,2$ года, получавших иммуносупрессивную терапию препаратом такролимус после пересадки печени, мониторировалась минимальная равновесная концентрация такролимуса. Генотипирование по *CYP3A5**3 проводилось методом ПЦР в режиме реального времени после предварительного выделения ДНК из лейкоцитов периферической крови. Концентрация такролимуса в плазме крови определялась методом ИФА. Статистическую обработку проводили с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты. По результатам генотипирования выявлено 3 пациента с генотипом *CYP3A5**1/*3 и 29 пациентов с генотипом *CYP3A5**3/*3.

Не было установлено статистически значимой связи между генотипом и следующими изученными признаками: назначенными дозами препарата, сигмой колебаний концентрации такролимуса, абсолютным и дельта изменением креатинина в крови пациентов. Однако удалось установить значимую связь между показателями клиренса креатинина и носительством генотипов по аллельному варианту *CYP3A5**3. Пациенты с генотипом *CYP3A5**3/*3: $87 \pm 17,76$ (n=24); пациенты с генотипом *CYP3A5**1/*3: $118,5 \pm 4,95$ (n=2); $p=0,0164$

Так же были изучены: поддержание терапевтической концентрации у разных метаболизаторов, частота носительства генотипов у разных национальностей, изменение режима дозирования у различных метаболизаторов, значения клиренса креатинина у различных метаболизаторов, однако статистических связей не было установлено.

Выводы. Несмотря на то, что статистически значимой оказалась только одна связь, можно четко проследить тенденцию о влиянии различных генотипов на фармакокинетику препарата такролимус. К сожалению, выборка пациентов была ограничена, из-за чего было трудно добиться объективных статистических показателей. Возможно, более обширные исследования смогут подтвердить и другие связи между фармакокинетикой препарата такролимус и носительством различных генотипов по *CYP3A5*.

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ ЖЕНЩИН ЗА ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Загдай С.П., студентка 6-го курса педиатрического факультета, кафедра
поликлинической педиатрии, нормальной физиологии

Руководители: Шестакова В.Н., д.м.н., проф.; Сосин Д.В., к.м.н., доц.
ФГБОУ ВО СГМУ, г. Смоленск

Актуальность. Для детей подросткового возраста характерно формирование различных функциональных нарушений органов и систем, быстрый переход их в хроническое состояние с атипичностью клинической картины. Если в этот период возникает беременность, то она протекает в условиях незрелости адаптационных механизмов при неустановившейся функции репродуктивной системы, при незавершенном психосексуальном развитии, оказывая разнонаправленное влияние на организм юных женщин, создавая высокий риск осложнений как для матери, так и для плода. В литературных источниках освещены вопросы, касающиеся течения беременности и родов у девочек подросткового возраста из различных регионов мира в зависимости от влияния социальных, экономических и медицинских факторов, но отсутствуют публикации, которые раскрывали бы динамику состояния здоровья и течение беременности у несовершеннолетних, изначально имевших функциональные нарушения соматического компонента здоровья.

Цель исследования: изучить динамику состояния здоровья у юных женщин во время беременности, изначально имевших функциональные нарушения соматического компонента здоровья, для разработки профилактических мероприятий и предупреждения развития осложнений.

Методика. В исследовании участвовало 117 юных женщин до 16-летнего возраста, которые изначально имели функциональные нарушения органов и систем. Из них 69,2% (n=81) юных беременных ухудшили

первоначально состояние здоровья (основная группа наблюдения), у 38% респонденток ($n=36$) отрицательной динамики состояния соматического компонента здоровья за период беременности не наблюдалось (группа сравнения). Сбор материала проводился путем выкопировки из истории развития ребенка, карты беременной с последующей клинической оценкой комплексного состояния здоровья. Статистическая обработка результатов проводилась по программе Statistica 6.0 с корреляционным анализом и вычисление коэффициента Стьюдента.

Результаты. Установлено, что среди соматической патологии у юных женщин на первом месте находились нарушения сердечно-сосудистой системы (63,2% в основной группе и 41,7% в группе сравнения, $p<0,05$), вегетативной и центральной нервной систем (54,3% и 38,9% соответственно, $p<0,05$). На втором месте располагались поражения мочеполовой системы (43,2% и 27,8%, $p<0,05$) и ЛОР-органов (37,05% и 19,4%, $p<0,05$). На третьей и четвертой позиции размещались аллергические заболевания (18,5% и 11,1%) и патология щитовидной железы (12,3% и 5,6%, $p<0,05$). Нарушения костно-мышечной системы (9,9% и 2,8%) и органа зрения (7,4% и 2,8%) делили пятые и шестые позиции. При динамическом наблюдении во время беременности у 61,7% юных женщин основной группы возникали обострения соматической патологии, у 55,6% – гинекологической патологии. Острую респираторно-вирусную инфекцию перенесли 65,4% юных беременных, 29,6% формировали хронические заболевания, среди которых ведущими являлись: патология почек (43,2%), ЛОР-органов (40,7%), заболевания костно-мышечной системы (21,0%), чего не наблюдалось в группе сравнения. Кроме того, у 69,3% юных женщин из основной группы наблюдения отмечались осложнения во время беременности, среди которых превалировал гестоз (53,1%), гестационные анемии (96,3%), гестационный пиелонефрит (53,1%), хроническая фетоплацентарная недостаточность (25,9%), задержка внутриутробного развития плода (29,6%).

Заключение. Следовательно, юные женщины, изначально имевшие функциональные нарушения в состоянии здоровья, во время беременности имеют отрицательную динамику в соматическом и репродуктивном компоненте здоровья. Они являются группой высокого риска по формированию хронической патологии и неблагоприятному течению беременности, что требует своевременной коррекции, регулярного наблюдения как педиатрической, так акушерско-гинекологической службами.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЛАНИРОВАНИЯ И УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ РОССИИ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММНО- ЦЕЛЕВОГО ПОДХОДА

Зиняков С.А., аспирант кафедры организации здравоохранения и
общественного здоровья

Руководитель: Пиддэ А.Л., д.э.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования. Научное обоснование новых научных решений относительно целенаправленного медико-социального развития системы планирования и управления деятельностью медицинских учреждений России на основе программно-целевого подхода.

Объект исследования. Система планирования и управления деятельностью медицинских учреждений России.

Предмет исследования. Применение инструментария программно-целевого подхода в системе планирования и управления деятельностью медицинских учреждений России.

Методы исследования. В исследовании самостоятельно и в разных комбинациях использованы следующие методы: *системный подход и анализ* – использовался на всех этапах проведения исследования, включая изучение

проблем системы здравоохранения в России, нормативно-правовых основ использования программно-целевого подхода для финансирования проектов сферы здравоохранения, обоснования системы организации планирования и управления в здравоохранении; *библиосемантический* – для анализа, сопоставления и обобщения данных относительно использования целевых программ в России и других странах для решения медико-социальных проблем страны; *медико-статистический* – для статистической обработки материалов исследования (описательная и аналитическая статистика), обоснования массива данных для экспертного исследования; *концептуального моделирования* – для проведения теоретического обоснования модели оптимизации пропорций в распределении средств по медицинским учреждениям Российской Федерации и алгоритма управления деятельностью медицинских учреждений России на основе программно-целевого подхода; *экспертных оценок* – для реализации блока качественных оценок результативности реализации программ развития медицинских учреждений.

Результаты исследования могут стать основанием для внедрения отдельных элементов качественно новой системы финансирования здравоохранения в России, что позволит: увеличить стабильность, сбалансированность развития и устойчивость системы здравоохранения за счет объединения и более эффективного контроля бюджетных средств в рамках реализации целевых программ; обеспечить условия для обеспечения расходования средств бюджетов разных уровней по видам предоставления медицинской помощи исходя из обоснованных медико-социальных потребностей населения в разных видах медицинской помощи, их справедливого использования, повышения уровня прозрачности системы для населения; осуществлять планирование и распределение расходов на здравоохранение по видам предоставления медицинской помощи, ориентируясь на достижение соответствующих результативных показателей.

Полученные результаты данного диссертационного исследования дополняют теорию социальной медицины и организации здравоохранения в части развития перспективной для России системы организации финансирования учреждений здравоохранения, оценки его эффективности и контроля за использованием ресурсов в рамках программно-целевого подхода. Данные результаты предполагают внедрение моделей, алгоритмов, механизмов, способствующих целенаправленной деятельности по распределению ресурсов в медицине на этапе планирования этой деятельности, оценки ее результатов при реализации целевых программ, управления и корректировки стратегических направлений финансирования в рамках целевых программ по результатам оценки их результативности.

ПОПУЛЯЦИОННЫЙ СКРИНИНГ НА НОСИТЕЛЬСТВО МУТАНТНЫХ ГЕНОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ МОНОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Зобкова Г.Ю., аспирант кафедры медицинской генетики с курсом
пренатальной диагностики.

Руководитель: Демикова Н.С., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Введение. В российской популяции отмечена достаточно высокая частота таких аутосомно-рецессивных моногенных заболеваний, как муковисцидоз (ген CFTR), фенилкетонурия (PAH), галактоземия (GALT), нейросенсорная тугоухость (GJB2). Выявление патологии у плода или у новорождённого позволяет начать терапию заболевания с первых дней жизни, однако качество жизни все равно будет существенно снижено. Ранний пренатальный скрининг позволяет прервать беременность по желанию родителей, но вред здоровью матери и этическая неоднозначность такого подхода не позволяют рассматривать его как реальный путь решения

проблемы. В этом отношении массовый скрининг родителей на носительство патологических маркеров мутантных аллелей на этапе планирования беременности является наиболее предпочтительным. Из-за своей распространенности заболевания достаточно хорошо изучены, и для их диагностики предлагается исследование «мажорных» мутаций, которые встречаются наиболее часто в данной популяции, как, например, delF508 при муковисцидозе и R408W при фенилкетонурии.

Цель исследования: оценить частоту носительства мажорных мутаций в генах муковисцидоза, фенилкетонурии, галактоземии и нейросенсорной тугоухости.

Материалы и методы. Было проведено генотипирование 1000 доноров первичной кроводачи, идентифицирующих себя как русские и постоянно проживающие на территории Российской Федерации с применением комплекта реагентов ООО «НПО ДНК-Технология» для выявления мажорных мутаций: 24 мутации в гене *CFTR*, 16 мутаций в гене *PAH*, 4 мутации в гене *GJB2* и 1 мутацию в гене *GALT*.

Результаты. При генотипировании были обнаружены 29 носителей мутаций в гене *CFTR*, ассоциированных с развитием муковисцидоза (частота в выборке 2,9%, или 1:34), 32 носителя мутаций в гене *PAH*, ассоциированных с развитием фенилкетонурии (частота в выборке 3,2%, или 1:31), 37 носителей мутаций в гене *GJB2*, ассоциированных с развитием нейросенсорной тугоухости (частота в выборке 3,7%, или 1:27) и 6 носителей мутаций в гене *GALT*, ассоциированных с развитием галактоземии (частота в выборке 0,6%, или 1:167). Случаев сочетанного носительства мутаций выявлено 2, таким образом, всего обнаружено 102 носителя мутаций в генах *CFTR*, *PAH*, *GJB2* и *GALT* (частота в выборке 10,2%, или 1:10).

Выводы. Результаты исследования подтверждают имеющиеся данные о высокой частоте носительства мутантных генов данных заболеваний. Таким образом, уже на этапе планирования семьи возможно осуществление скрининговых программ. Преконцепционный скрининг (до зачатия) имеет

ряд преимуществ перед другими видами скрининга, как, например, возможность репродуктивного выбора и снижение эмоционального напряжения в семье. В случае выявления у семейной пары соответствующего мутантного гена родители при желании смогут прибегнуть к помощи программ вспомогательных репродуктивных технологий, использующих преимплантационный генетический анализ ооцитов и эмбрионов. Таким образом, популяционное исследование на носительство генов перечисленных моногенных заболеваний может помочь будущим родителям сделать свой репродуктивный выбор и подготовиться к последующему рождению ребенка.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Зуева А.В., научный сотрудник отдела научно-технической информации

Руководитель: Копыток А.В., к.б.н., доцент

ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище,
Республика Беларусь

Реабилитация пожилых – масштабное направление в современной реабилитологии. При помощи своевременных и грамотных мер можно вернуть людям старшего возраста хорошее самочувствие, восстановить многие функции организма и, в конечном итоге, значительно улучшить качество их жизни.

На начало 2016 года в Беларуси проживало 1955,5 тыс. пожилых граждан, или почти каждый пятый житель республики.

В Республике Беларусь есть разнообразные учреждения для реабилитации пожилых – государственные дома-интернаты и реабилитационные центры. Различные виды социально-бытовой и психологической помощи пожилым людям оказываются через территориальные центры социального обслуживания населения. В республике функционируют 156 таких центров в каждом административном

районе страны и 132 социальных пункта. На учете в центрах социального обслуживания состоит более 1,5 млн. граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, среди них – 152 тыс. одиноких пожилых граждан, 590 тыс. пожилых людей, проживающих отдельно от родственников, 48 тыс. одиноких и одиноко проживающих инвалидов первой и второй группы. В последние годы появилось много новых видов услуг – «социальное такси», хозрасчетные бригады, служба сиделок, отделения круглосуточного пребывания и т.д.

В Министерстве здравоохранения проинформировали, что пожилым людям доступны все виды медицинской помощи. В Беларуси лица пожилого возраста ежегодно проходят медицинский осмотр, а одинокие люди – ежеквартально. На 1 июля 2011 года под наблюдением врачей находились 1 млн. 717 тыс. пожилых граждан.

В настоящее время функционирует 107 больниц сестринского ухода (три года назад их было всего четыре). Поставлена задача организовать работу больниц сестринского ухода в каждом районе страны.

В республике активно развивается гериатрическая служба. В настоящее время работает 7 региональных гериатрических центров (из них 2 – на штатной основе), создается организационно-методический центр на базе Республиканского клинического госпиталя инвалидов Великой Отечественной войны им. Машерова в Боровлянах. В поликлиниках работает 179 гериатрических кабинетов, организована работа «школ третьего возраста».

Для пожилых минимальной задачей реабилитации является восстановление способности к самообслуживанию и независимости, улучшение психологического состояния и возвращения хорошего самочувствия, а максимальной – хотя бы частичное восстановление трудоспособности.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ УДВОЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА

Зыкин А.П., аспирант кафедры детской хирургии

Руководитель: Соколов Ю.Ю., д.м.н., проф., зав. кафедрой детской хирургии
ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: определить возможности применения эндовидеохирургических вмешательств у детей с кистозными удвоениями пищевода и энтерогенными кистами средостения.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное мультицентровое исследование, которое включало анализ 23 клинических наблюдений за период с 2006 по 2016 гг. Возраст больных составил от 15 суток до 16 лет. Мальчиков было 17 (73,9%), девочек – 5 (21,7%). Клинические симптомы (респираторные расстройства, дисфагия) отмечены у 7 (30,4%) больных, бессимптомное течение имелось в 16 (59,6%) случаях. Программа обследования включала обзорную рентгенографию (70,0%), рентгеноконтрастное исследование пищевода (47,8%), фиброэзофагогастроскопию (60,9%), спиральную компьютерную томографию (43,5%), магнитно-резонансную томографию (21,7%).

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного обследования кистозные несообщающиеся удвоения пищевода установлены у 16 (69,6%) детей, из них удвоения верхнегрудного и среднегрудного отделов пищевода имелись у 6, нижнегрудного отдела пищевода – у 7 больных. Кистозные удвоения абдоминального отдела пищевода диагностированы у 3 (13,0%) детей. Изолированные энтерогенные кисты средостения отмечены в 6 (26,1%) случаях. Пороки имели множественный характер у 2 (8,7%) детей, из них в одном наблюдении отмечено сочетание кистозного удвоения пищевода с внедолевой легочной секвестрацией, пищеводно-бронхиальной коммуникацией и кистозным удвоением желудка, в другом случае имелось

сочетание с кистозным удвоением тощей кишки. Торакоабдоминальное удвоение желудка и пищевода отмечено в 1 (4,3%) наблюдении.

Торакоскопические вмешательства выполнены в 20 (87,0%) случаях, лапароскопические операции – у 3 (13,0%) детей. Энуклеация кистозного удвоения пищевода выполнена 16 (70,0%) больным, из них с ушиванием мышечного слоя пищевода у 11 пациентов, без ушивания – у 5 больных.

Лапароскопические вмешательства по поводу удвоений абдоминального отдела пищевода были дополнены фундопликацией по Ниссену в 2 случаях. Экстирпация изолированных энтерогенных кист средостения выполнена 6 (26,1%) детям. Вмешательства носили этапный (торакоскопия, лапароскопия) характер у 2 (8,7%) больных.

Конверсия на торакотомию и лапаротомию потребовалась в 1 (4,3%) случае торакоабдоминального удвоения. Осложнения интра- и послеоперационного периодов возникли у 3 (13,0%) больных, из них повреждение собственной слизистой пищевода отмечено у 2 детей, формирование псевдодивертикула пищевода – у 1 больного.

Выводы. Эндовидеохирургические вмешательства у детей с кистозными удвоениями пищевода и энтерогенными кистами средостения являются эффективными, малотравматичными и могут быть применены при различных локализациях порока в разных возрастных группах больных.

РЕФЛЮКСНЫЙ СИНДРОМ И ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

ПРИ ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОМ РЕФЛЮКСЕ

Зябрева И.А., аспирант кафедры факультетской терапии

Руководитель: Джулай Г.С., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь

Цель исследования: изучить особенности рефлюксного синдрома и внепищеводных проявлений у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) при наличии дуоденогастроэзофагеального рефлюкса (ДГЭР) с учетом выраженности рефлюкс-эзофагита (РЭ).

Материалы и методы. У 49 пациентов (17 мужчин и 32 женщин) в возрасте $44,8 \pm 11,9$ лет с ГПОД 1-2 степени, протекающими с преобладающим ДГЭР, изучены пищеводные и внепищеводные симптомы и произведена оценка выраженности изжоги по клинической шкале ее интенсивности (Джулай Г.С., Секарева Е.В., 2010). РЭ I степени (неэрозивный –НЭРЭ) выявлен у 24 пациентов (49%), II-III степени (эрозивный –ЭРЭ) – у 25 (51%).

Результаты. Установлено, что при наличии ДГЭР течение ГПОД в 83,7% случаев коморбидно с патологией билиарной системы: дискинезиями желчевыводящих путей (28,6%), некалькулезным холециститом (40,8%), желчнокаменной болезнью на разных стадиях заболевания (14,3%).

Рефлюксный синдром у больных ГПОД представлен изжогой (100%), регургитацией (83,7%), кислым привкусом (36,7%), ретростернальным дискомфортом (22,4%), умеренными дисфагией (8,2%) и одинофагией (2%). Билиарную диспепсию в виде тошноты и горького привкуса отмечали соответственно 46,9% и 42,9% больных. Внепищеводные проявления болезни были ассоциированы с поражениями ЛОР-органов – навязчивым першением в горле или ощущением «кома» (4,1%) и утренней осиплостью голоса

(12,2%), а также бронхолегочными симптомами в виде рефлюксного кашля (12,2%). При НЭРЭ изжога как моносимптом болезни имела место у 50% обследованных, в 29,2% случаях она сочеталась с кислой отрыжкой, в 16,7% – с ретростернальными болями, одновременно с несколькими симптомами – в 4,2%. При наличии ЭРЭ эти показатели составили соответственно 32%, 32%, 8% и 28%.

При НЭРЭ редкие (нерегулярные) эпизоды изжоги отмечали 41,8% пациентов, ежедневные либо многократные в течение дня – по 29,2% больных, их самопроизвольное купирование отмечали 54,2% больных. У 41,7% больных ГПОД с НЭРЭ изжога возникала при пищевой или постуральной провокации либо как обострение болезни продолжительностью от нескольких дней (45,8%) до нескольких недель (8,3%) или более продолжительно (4,2%). Эпизоды изжоги редко были кратковременными (8,3% случаев), в основном длились около 1 часа (66,7%), 1-2 часа (16,7%) и свыше 2 часов (8,3%). Течение ЭРЭ отличалось большей выраженностью изжоги: редкие ее эпизоды отмечали 24% больных, ежедневные – 16%, сопровождающие каждый прием пищи – 8%, многократные дневные – 32%, многократные, включая ночные эпизоды – 20%. При этом доминировали спровоцированные пищевыми либо постуральными факторами эпизоды (у 60% пациентов), в остальных случаях РЭ протекал как обострение болезни длительностью в нескольких дней (24% случаев), недель (4%), месяцев (8%) либо постоянно в течение года (4%). Отдельные эпизоды изжоги продолжались менее 1 часа в 60% наблюдений, 1-2 часа – в 36%, свыше 2 часов – в 4%. Самопроизвольно изжога купировалась у 24% больных с ЭРЭ, в остальных случаях требовалось использование лекарственных средств. Выбирая дескриптор для субъективной оценки изжоги, 29,2% пациентов с НЭРЭ интерпретировали свое ощущение как «помеху», 37,5% – как «досаду», 33,3% – как «мучение». При ЭРЭ данные оценки отмечали 32%, 32% и 36% больных ГПОД, ассоциированными с ДГЭР.

Заключение. Частота и выраженность рефлюксного синдрома и внепищеводных проявлений ГПОД при доминировании ДГЭР определяется степенью воспалительно-эрозивных изменений пищевода и коморбидностью течения с патологией билиарного тракта.

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОСТИ
ПРИМЕНЕНИЯ ФЕНОБАРБИТАЛ-СОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ
В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Иванова Е.В., студентка 6-го курса, факультета "Лечебное дело" Первого
МГМУ им. И.М. Сеченова, Иващенко Д.В., м.н.с. сектора прикладных
проблем персонализированной медицины РМАНПО, врач-психиатр ГБУЗ
МНПЦ Наркологии ДЗМ

Руководитель: Сычев Д.А., д.м.н., проф., член-корр. РАН,
зав. кафедрой клинической фармакологии и терапии РМАНПО
ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Введение. Основным показанием к госпитализации пациентов с хроническим алкоголизмом является синдром отмены алкоголя (СОА). В целях снижения тяжести симптомов алкогольной абстиненции, в частности - нарушений сна, в клинической практике дополнительно к основной терапии бензодиазепиновыми транквилизаторами может быть назначен Паглюферал – комбинированный препарат, основным действующим веществом которого является фенobarбитал (также содержит бромизовал, папаверин, кальция глюконат и кофеин-бензоат натрия). Однако назначение данного препарата может быть сопряжено с увеличением риска нежелательных побочных реакций (НПР).

Цель исследования: оценить рациональность применения лекарственного препарата Паглюферал у пациентов с синдромом отмены алкоголя.

Материалы и методы. Проводился анализ историй болезни 231 пациента, проходивших лечение в наркологическом стационаре с диагнозом синдрома отмены алкоголя (F10.3) в период с 2013 по 2016 гг. Для оценки рациональности фармакотерапии использовался индекс рациональности применения лекарственных средств (MAI, Medication Appropriateness Index). В данном исследовании индекс мог принимать значения от 0 до 14 (максимально нерациональное применение лекарственного средства) баллов.

Результаты. У 151 пациента (65,4%) при купировании СОА был назначен Паглюферал в дозах от 100 до 500 мг/сут (средняя доза $196,7 \pm 45,3$ мг/сут). 100% этих пациентов также принимали Феназепам (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин) в суточной дозе $5,69 \pm 1,94$ мг в течение 6 суток. 50 человек (33,1%) из них имели установленный диагноз «Судорожные припадки токсического генеза» (код G40.5 по МКБ-10). Паглюферал у этих пациентов применялся в дозах от 100 до 200 мг/сут (средняя доза $190 \pm 30,3$ мг/сут), у пациентов без диагноза G40.5 (соответственно, без показаний к Паглюфералу) – в дозах от 100 до 500 мг/сут (средняя доза $200 \pm 50,1$ мг/сут). Среднее значение индекса рациональности MAI для Паглюферала составляло $4,6 \pm 1,3$ балла в общей группе, $5,5 \pm 0,5$ баллов у пациентов без диагноза G40.5, $2,8 \pm 0,4$ балла в группе пациентов с диагнозом G40.5. Значения MAI складывались из "Назначения без показаний", "Дублирования назначений препаратов одной группы" (совместное назначение паглюферала и карбамазепина у 93 пациентов).

Заключение. В результате проведенного фармакоэпидемиологического исследования установлено, что Паглюферал широко используется при лечении СОА в дополнение к бензодиазепиновым транквилизаторам. В клинической практике препарат часто назначается без

учета утвержденных в инструкции показаний. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости просветительской работы среди врачей-наркологов для повышения рациональности фармакотерапии. Усиление седации при назначении Паглюферала, последующая отмена препарата могут тяжело переноситься пациентом, снижая его комплаентность к лечению.

АНТИПСИХОТИКИ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: ОЦЕНКА ОПАСНЫХ И ЗНАЧИМЫХ МЕЖЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ

Иванова Е.В., студентка 6-го курса факультета "Лечебное дело"

Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Иващенко Д.В., м.н.с.

сектора прикладных проблем персонализированной медицины РМАНПО,
врач-психиатр ГБУЗ МНПЦ Наркологии ДЗМ.

Руководитель: Сычев Д.А., д.м.н., проф., член-корр. РАН,
зав. кафедрой клинической фармакологии и терапии РМАНПО

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Введение. Применение и сочетание антипсихотиков связано с высоким риском нежелательных побочных реакций. При лечении пациентов с хроническим алкоголизмом на этапе постабстинентных расстройств встречается совместное назначение нескольких нейролептиков и их комбинирование с другими лекарственными средствами.

Цель исследования. Оценить частоту применения нейролептиков в комбинациях, нерациональных в аспекте межлекарственных взаимодействий у пациентов с хроническим алкоголизмом.

Материалы и методы. В исследовании проводился анализ историй болезни 231 пациента наркологического стационара с диагнозом «Синдром отмены алкоголя» (F10.3 по МКБ-10), лечившихся в период с 2013 по 2016 гг. Нами были извлечены данные о назначенных антипсихотиках. Наличие

межлекарственных взаимодействий оценивалось с помощью онлайн-инструмента «[DrugsInteractionChecker](http://www.drugs.com)» (www.drugs.com). Из нейролептиков, применявшихся у данных пациентов, при хроническом алкоголизме и синдроме отмены алкоголя показаны Галоперидол, Хлорпротиксен, Тиоридазин и Тиаприд. Перициазин и Рисперидон показаны при шизофрении и при других психотических расстройствах (в частности - терапия алкогольных психозов), Сертиндол – только при шизофрении.

Результаты. Хлорпротиксен в средней дозе $87,4 \pm 84,7$ мг/сут (от 15 до 600 мг/сут) принимали 84 (36,4%) человека, Тиоридазин в средней дозе $61,8 \pm 42,4$ мг/сут (от 10 до 200 мг/сут) – 56 (24,2%) человек, Галоперидол в дозе $5,4 \pm 3,1$ мг/сут (от 1,5 до 15 мг/сут) – 48 (20,8%) человек, Тиаприд $124,4 \pm 53,8$ мг/сут (от 100 до 300 мг/сут) – 41 (17,7%) человек, Рисперидон в дозе $3,4 \pm 1,3$ мг/сут (от 2 до 6 мг/сут) – 10 (4,3%) человек, Перициазин в дозе $20,8 \pm 8,0$ мг/сут (от 10 до 30 мг/сут) – 6 (2,6%) человек, Сертиндол в дозе 12 мг/сут – 4 (1,7%) человека. Диагноз шизофрении (F20.0) был установлен у 2 (9%) человек, абстинентное состояние с психозом (F10.4) – у 12 (5,2%) человек. У части пациентов присутствовал риск опасных (категории «Major») взаимодействий препаратов: 18 человек (7,8%) получали Хлорпротиксен и Тиоридазин, 7 человек (3%) – Галоперидол и Тиоридазин, 2 человека (0,9%) – Рисперидон и Галоперидол, 2 человека (0,9%) – Сертиндол и Галоперидол, 1 человек (0,4%) – Рисперидон и Тиоридазин. Также был риск значимых (категории «Moderate») взаимодействий антиконвульсантов с нейролептиками: у 39 пациентов (16,9%) совместно применялись Карбамазепин и Тиоридазин, у 26 пациентов (11,3%) Карбамазепин и Галоперидол, у 6 пациентов (2,6%) Карбамазепин и Рисперидон, у 34 (14,7%) – паглюферал (комбинированный препарат, содержит фенobarбитал, кофеин-бензоат натрия, бромизовал, папаверин, кальция глюконат) и Галоперидол, у 8 (3,5%) больных – Паглюферал и Рисперидон.

Выводы. У ряда пациентов наркологического стационара используются недопустимые комбинации антипсихотиков, а также

комбинации нейролептиков с антиконвульсантами, требующие усиленного мониторинга безопасности. Некоторым больным препараты назначаются необоснованно: большая часть пациентов, принимавших Неулептил, Рисперидон или Сертиндол, не имели к ним показаний согласно инструкции.

СТИГМАТИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ (РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ВРАЧЕЙ ОРДИНАТОРОВ И ИНТЕРНОВ)

Иванова Л.В., ординатор кафедры психиатрии и наркологии

Руководитель: Петрунько О.В., к.м.н., доц.

ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, г.Иркутск

Стигматизация психически больных, то есть предубежденное отношение по факту наличия психиатрического диагноза, является причиной дополнительных страданий этих людей, препятствует включению их в общественную жизнь, ухудшает социальную адаптацию, что негативно сказывается на качестве их жизни.

Цель исследования. Изучение факторов стигматизации психически больных врачами ординаторами и интернами.

Материал и методы исследования. В соответствии с целью исследования разработан опросник, включающий 83 вопроса для изучения факторов стигматизации психически больных, разделенных на позиции: представление о течении и прогнозе психического заболевания, отношение к психически больным, к их терапии, социально правовые аспекты психически больных, отношение к психиатрии и психиатрам. В исследовании приняли участие 56 врачей (мужчин – 18, женщин – 38 человек) ординаторов (31 человек) и интернов (25 человек) ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО, проходящих обучение по специальностям терапевтического и хирургического профиля. Средний возраст опрошенных составил $26,7 \pm 5,7$ лет.

Результаты исследования. Опрос показал, что 82,1% врачей считают, что отношение в обществе к психически больным предвзятое, их права ущемляются (60,7%). Большинство (85,7%) ординаторов и интернов полагают, что наличие психического расстройства портит жизнь больным, и они страдают от наличия данного заболевания; психические заболевания ограничивают возможности человека (94,6%) и плохо излечиваются (91,1%). У врачей-ординаторов и интернов отмечается следующее отношение к психически больным: с жалостью и сочувствием (76,8%), нейтральное (7,1%), преимущественно негативно (16,1%). Среди опрошенных 28,6% имеют мнение, что психически больных можно определить по их внешнему виду, у них низкие умственные способности (30,4%), с ними трудно общаться (69,6%), они совершают больше преступлений, чем здоровые люди (50,0%). По мнению 44,6% молодых врачей, большинство решений за психически больных вынуждены принимать окружающие, 75,0% согласились с тем, что поведение таких больных чаще непредсказуемо, что психически больные не должны иметь детей (28,6%), служить в армии (96,4%), водить машину (89,3%), работать на руководящем посту (80,4%) и в сфере воспитания детей (89,3%), не могут учиться в ВУЗе (14,3%). Подавляющее большинство (96,4%) врачей ординаторов и интернов полагают, что психические расстройства должен лечить врач-психиатр, однако есть мнения, что таким пациентам могут помочь советы астрологов (23,2%) или экстрасенсы (8,9%), больные за помощью должны обращаться в церковь или монастырь (32,1%), что психические заболевания нужно лечить только с помощью психотерапии (словом), а не медикаментозно (7,1%), что препараты, применяемые в психиатрии, очень вредны и вызывают зависимость (26,8%), прием психотропных препаратов даже из психически здорового человека может сделать неизлечимо психически больного (42,9%). Больше половины (64,3%) респондентов считают, что психиатры в своих выводах очень субъективны, и что врач-психиатр может даже психически здорового человека признать больным (25,0%) и лишить его свободы

(10,7%). Необходимо отметить, что 64,3% респондентов полагают, что общение с психически больными нарушает психическое здоровье психиатров, и психиатры часто сами психически нездоровы (23,2%). При этом все врачи (100,0%) отмечают, что психиатр во многом может помочь психически больным, что профессия врача-психиатра заслуживает уважение.

Таким образом, стигматизированное отношение к психиатрии, психиатрам и психически больным требует проведения образовательных дестигматизирующих мероприятий для врачей-ординаторов и интернов.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕЛАНОМ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ГОЛОВЫ И ШЕИ (ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНО-ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ)

Игнатова А.В., аспирант кафедры онкологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Актуальность. Меланомы слизистых оболочек головы и шеи (верхних дыхательно-пищеварительных путей, далее МСО ВДПП) рассматриваются как редко встречающиеся опухоли, которые ассоциируются с плохим клиническим исходом и обладают высоким метастатическим потенциалом: пятилетняя общая выживаемость не превышает 30%. Согласно последним исследованиям, основным этиопатогенетическим механизмом образования меланом считаются генетические изменения во внутриклеточных сигнальных путях. Однако, согласно зарубежным данным, молекулярно-генетические характеристики меланом слизистых оболочек отличаются от таковых при меланоме кожи и по частоте и по характеру мутаций. С учетом редкости патологии в мире проведены единичные исследования, посвященные изучению данной проблемы. Результаты проведенных исследований варьируют. В клетках меланомы кожи доминируют мутации в

генах BRAF (50%), NRAS (20%), мутации C-KIT встречаются наиболее редко. Напротив, при МСО ВДПП мутации BRAF и NRAS встречаются в разы реже, наиболее распространена мутация в гене C-KIT. Определение клинически значимых соматических мутаций при МСО ВДПП возможно использовать в клинической практике в качестве дополнительного метода диагностики для определения прогноза заболевания и выбора терапии.

Цель исследования: определить частоту и характер мутаций в генах BRAF, NRAS, C-KIT в качестве потенциальных мишеней для таргетной терапии при МСО ВДПП.

Материалы и методы. Молекулярно-генетическое исследование (МГИ) было проведено с использованием опухолевого материала 21 пациента (15 женщин – 71,5%, 6 мужчин – 28,5%) с гистологически подтвержденным диагнозом МСО ВДПП. Всем пациентам было выполнено хирургическое лечение в условиях ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина МЗ РФ с 2005 по 2016 годы. Для исследования были отобраны парафиновые блоки с послеоперационным морфологическим материалом, который не подвергался декальцинации. Всем пациентам проводилось секвенирование по Сэнгеру на предмет обнаружения мутаций следующих генов: BRAF (15 экзон 599,600, 601 кодоны), NRAS (1 экзон 12 и 13 кодоны, 2 экзон 61 кодон), C-KIT (9,11,13,17,18 экзоны). По данным МГИ из 21 образца у 1 пациента выявлена мутация в 15 экзоне гена BRAF – кодоне V600E, у 1 пациента выявлена мутация NRAS в 1 экзоне кодоне G13V. Мутация в гене C-KIT представлена двумя мутациями в кодоне V555I и в 5 кодоне W557G.

Предварительные результаты. Согласно полученным данным, частота встречаемости мутации BRAF V600E составила 4,75%, NRAS – 4,75%, и C-KIT 9,5%, что сопоставимо с зарубежными данными Turri-Zanoni (2012) и A. Zebary (2013). С учетом данных МГИ пациенту по поводу распространенной формы слизистой оболочки полости носа (с метастазами в лимфатических узлах шеи, позвоночнике и легких) и с выявленной активирующей мутацией BRAF V600E была назначена таргетная терапия

препаратом Вемурафениб с последующей полной регрессией опухоли в метастатических очагах через 3 месяца. Однако через 12 месяцев отмечено развитие лекарственной устойчивости к препарату. Произведена смена таргетной терапии на терапию второй линии (Траметиниб – ингибитор протеинтирозинкиназы MEK1 и MEK2) и Дабрафениб (конкурентный селективный ингибитор RAF-киназы) с положительным эффектом.

С учетом результатов исследования всем пациентам с МСО ВДПП, которым планируется хирургическое лечение в РОНЦ им. Н.Н. Блохина, рекомендован интраоперационный забор опухолевого материала для последующего проведения МГИ.

ВЛИЯНИЕ ИОННО-РЕФЛЕКТОРНОГО ИМПУЛЬСНОГО МАГНИТОЭЛЕКТРОФОРЕЗА НА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Идрисова М.Б., студентка 5 курса очной формы обучения

Руководитель: Туруспекова С.Т., профессор, д.м.н.

Казахский Национальный медицинский университет имени

С.Д.Асфендиярова, Республика Казахстан, г.Алматы

В последнее время всё большее внимание исследователей привлекает нейростимулирующий эффект импульсных магнитных полей, в частности транскраниальная магнитная стимуляция. Есть сведения о повышении функциональной активности синхронизирующих механизмов головного мозга под воздействием кратковременного локального переменного магнитного поля.

Цель исследования: изучить влияние ионно-рефлекторного импульсного магнитоэлектрофореза на биоэлектрическую активность головного мозга.

Материалы и методы. Исследовали биоэлектрическую активность коры головного мозга у 30 относительно здоровых добровольцев в возрасте от 21 до 61 года при помощи записи ЭЭГ. Исследование проводили трижды: до начала эксперимента, по окончании первого сеанса магнитоэлектрофореза, третья запись – по окончании 5 сеансов.

Результаты и обсуждение. В динамике на фоне сеансов магнитотерапии наблюдается уменьшение межполушарной асимметрии альфа-ритма по амплитуде на 7%-15%. также в динамике наблюдается улучшение частотных параметров альфа-ритма с 7,0 до 11,6 Гц. Над обоими полушариями, преимущественно в лобно-височных отведениях, регистрируется низко- и высокочастотный бета-ритм. Активность бета-ритма по частоте сохранилась в диапазоне 14-35 Гц (до сеансов 12-35 Гц), по амплитуде стала более модулированной – 8-35 мкВ. Добровольцы отмечали улучшение общего самочувствия, повышение работоспособности, улучшение памяти, внимания, синхронизацию циркадных ритмов сна, улучшение качества сна.

Выводы. Исследование показало положительное влияние ионно-рефлекторного импульсного магнитоэлектрофореза на функциональное состояние головного мозга, о чем свидетельствует динамика биоэлектрической активности головного мозга в виде уменьшения межполушарной асимметрии альфа-ритма, его модуляции, увеличения по частоте, уменьшении количества тета- и дельта-волн при фотостимуляции и гипервентиляции, а также позитивные сдвиги в эмоционально-когнитивной сфере, синхронизации циркадных ритмов и улучшении качества сна, что может быть использовано в нейрореабилитации и требует дальнейшего изучения.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ СРЕДНЕГО И ВНУТРЕННЕГО УХА

Ижбулатова Я.Б., ординатор кафедры сурдологии

Руководитель: Милешина Н. А., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Актуальность. Традиционный метод рентгенографии височной кости в боковой, косой и аксиальной проекциях (способы Шюллера, Стенверса и Майера) не позволяет в достаточной мере оценить строение наружного, среднего и внутреннего уха. В связи с этим остается актуальным вопрос о внедрении таких современных методов диагностики, как компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), которые позволяют визуализировать структуры размерами до 3 мм, показывая срезы толщиной 0,5 мм, близкие по качеству к гистологическим.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики патологических состояний наружного, среднего и внутреннего уха у детей методом КТ и МРТ височной кости.

Материалы и методы. В исследование были включены 84 пациента с хроническим гнойным средним отитом (ХГСО), которым было проведено хирургическое лечение в условиях клиники кафедры сурдологии на базе ЛОР-отделения ГБУЗ ДГКБ св. Владимира ДЗМ. Возраст обследуемых — от 3 до 17 лет.

Результаты. По данным КТ больных ХГСО, нарушение пневматизации клеток сосцевидного отростка было выявлено у 77% из них, кариес слуховых косточек — у 57%, деструкция стенок канала лицевого нерва — у 11%, наличие содержимого в полостях среднего уха — у 86%. Холестеатома среднего уха была заподозрена у 67% обследуемых. При интерпретации данных КТ возникли сложности при дифференцировке мягкотканых структур среднего уха, в связи с чем был использован также

метод МРТ, по данным которого холестеатома была заподозрена в 98% случаев. При saniрующей операции холестеатома среднего уха была обнаружена у 96% больных.

Результаты КТ и МРТ были сопоставлены у всех прооперированных больных с результатами хирургических находок, и, по полученным данным, достоверность метода КТ височной кости в диагностике ХГСО составила 99%, а холестеатомного поражения среднего уха - 69-70%. Метод МРТ позволил выявить холестеатому среднего уха в 99% случаев.

Выводы. Применение КТ позволило выявить наличие заболевания среднего уха, деструктивные изменения костных структур, определить наличие патологического содержимого в полостях среднего уха, однако дифференциальная диагностика мягкотканых образований только по данным КТ затруднительна. МРТ позволяет отдифференцировать содержимое полостей среднего уха (жидкость, холестеатому, рубцы, холестеоловую гранулему) друг от друга.

Таким образом, по возможности и в трудных случаях необходимо дополнить КТ височных костей магнитно-резонансной томографией.

РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ С ПРЕВЕНТИВНЫМ ШВОМ ПРИ ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОМ РАКЕ

Индароков Т.Р., аспирант кафедры урологии и хирургической андрологии

Руководитель: Серегин А.В. д.м.н.,

проф. каф. урологии и хирургической андрологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Рак почки является одной из наиболее важных проблем онкоурологии в связи с ежегодно возрастающей заболеваемостью и смертностью от данного новообразования. Отмечается ежегодный прирост заболеваемости. Так, в 2015 г. зарегистрировано 22 592 новых случаев заболевания ПКР в РФ.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения рака почки путем применения превентивного гемостатического шва.

Материалы и методы. В урологической клинике ГКБ им. С.П. Боткина разработана и внедрена методика выполнения резекции почки с применением превентивных гемостатических швов. Несомненным преимуществом данного метода является то, что он позволяет выполнять операции без пережатия почечной ножки, в том числе и при центрально расположенных опухолях. Это ведет к минимизации повреждения почечной функции, что является одной из основных задач органосохраняющего лечения. В наше исследование включены 98 больных с диагнозом рака почки со стадией pT1a-T2bN0M0. В центральном сегменте опухоль располагалась у 39 пациентов, в верхнем сегменте — у 31 пациентов, в нижнем сегменте — у 28 пациентов. По абсолютным показаниям резекция почки выполнена 9 пациентам (9,2%), по относительным — 89 (90,8%). Стадия T1a была установлена у 57 пациентов, стадия T1b — у 39 пациентов, стадия T2a — у 2 пациентов. С целью оценки почечной функции проводилась динамическая нефросцинтиграфия с непрямой изотопной ангиографией с определением скорости клубочковой фильтрации, ренального и перфузионного индекса.

Результаты. Всем пациентам выполнены органосохраняющие операции (ОСО). Продолжительность оперативного лечения составила 180 ± 40 минут, среднее время общей анестезии — $190,5 \pm 15$ минут. Интраоперационно осложнений не выявлено. Объем средней кровопотери составил 150 ± 20 мл. Ни в одном случае не было конверсии в нефрэктомию. Перфузионный индекс для оперированной почки составил до операции $54,13 \pm 2\%$, после — $46,23 \pm 3\%$, ренальный индекс — до операции $53,24 \pm 4\%$, после — $46,82 \pm 2,39\%$, скорость клубочковой фильтрации — до операции $33,84 \pm 2$ мл/мин., после — $27,84 \pm 1,7$ мл/мин. Полагаем, что некоторое снижение значений указанных показателей в раннем операционном периоде связано с уменьшением объема почечной паренхимы

за счет оперативного лечения. Однако полученные нами данные в этот период не выходят за пределы допустимых различий до 10 и менее процентов, связанных с ослаблением гамма - излучения Tc^{99m} в мягких тканях при различной глубине залегания РФП в почках. Производился расчет объемных показателей в дооперационном и послеоперационном периоде по данным КТ. Средний объем почки, пораженной опухолью, составил 140 ± 30 см³. Из них объем функционирующей паренхимы составил в среднем 120 ± 20 см³, объем опухолевого поражения составил в среднем 40 ± 20 см³. После операции объем функционирующей паренхимы составил 118 ± 20 см³.

Выводы. Таким образом, резекция почки с превентивным швом позволяет удалять опухоль из любого отдела почки. Отсутствие пережатия почечной ножки в ходе операции позволяет оградить почечную паренхиму от ишемии и предотвратить ее гибель.

МИКРО-РНК КАК НОВЫЙ ТРАНСКРИПТОМНЫЙ БИОМАРКЕР ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ОТВЕТА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

Ионида П.В., студентка очной формы обучения

Руководители: Сычёв Д.А., д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, заведующий кафедрой клинической фармакологии и терапии ФГБОУ ДПО РМАНПО; Мирзаев К.Б., к.м.н., с.н.с., НИЦ ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Введение. Расшифровано около 76% генома человека, из которого менее 3% кодирует белок. Разнообразие и сложность организмов определяется системой некодирующих РНК; микроРНК является одной из их подгрупп. МикроРНК – семейство маленьких, не транслирующихся в белок РНК. Они принимают участие в транскрипционной и посттранскрипционной регуляции экспрессии генов путём РНК-

интерференции. Они осуществляют модуляцию процесса трансляции (ингибирование или стимуляция), что приводит к снижению содержания белкового продукта гена.

Цель исследования: изучить по данным литературы перспективы использования микроРНК как нового транскриптомного биомаркера прогнозирования индивидуального фармакологического ответа на антиагреганты у пациентов с ИБС.

Материалы и методы. поиск литературы проводился по базам – PubMed/Medline, EMBASE and the Cochrane Library, eLIBRARY.RU с использованием следующих ключевых слов: микроРНК, микроРНК-223, микроРНК-26а, биомаркер, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, антиагреганты, клопидогрел, резистентность к клопидогрелю, тромбоциты, реактивность тромбоцитов, CYP2C19.

Результаты. МикроРНК играют роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Модуляция уровней специфических микроРНК в ответ на усиление ингибирования тромбоцитов у пациентов с острым ишемическим синдромом, а также обнаружение высокого уровня miR-126 в тромбоцитах подтверждает роль микроРНК тромбоцитов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний.

МикроРНК могут использоваться в качестве маркера эффективности и безопасности антиагрегантов, связанного с активностью тромбоцитов. МикроРНК высвобождаются в кровоток, предоставляя возможность мониторинга биологического статуса сердечно-сосудистой системы путём измерения экспрессии специфических микроРНК в крови. Она связана со степенью активации тромбоцитов, что может быть использовано в качестве биомаркера при оценке эффективности антиагрегантной терапии. Экспрессия микроРНК-26а в тромбоцитах связана с резистентностью к клопидогрелю. В исследовании Chen et al. микроРНК-26а в тромбоцитах была значительно повышена у пациентов со слабым ответом на терапию клопидогрелем, её экспрессия ассоциирована с высокой реактивностью

тромбоцитов. Следовательно, микроРНК-26а могут принимать участие в регуляции реактивности тромбоцитов клопидогрелем.

МикроРНК-223 может регулировать экспрессию рецептора P2Y₁₂ АДФ тромбоцитов, с помощью которого осуществляется фармакологическое действие клопидогреля. Снижение уровня микроРНК-223 связано с изменённым ответом на клопидогрель. МикроРНК-223 могут служить новым маркером при оценке уровня ингибирования рецептора P2Y₁₂.

МикроРНК может быть использована как маркер эффективности и безопасности антиагрегантов, связанный с подавлением экспрессии генов цитохромов CYP2C19 и CYP3A4/5. МикроРНК обеспечивают эпигенетический механизм регуляции экспрессии ферментов, метаболизирующих лекарства, включая CYP1B1, CYP2E1, CYP3A4 и SULT1A1. Изменение уровня микроРНК в человеческом организме может способствовать индивидуальной вариабельности экспрессии CYP2C19 и CYP3A4/5. Вариабельность полиморфизмов данных генов влияет на активацию клопидогреля. Обнаружено, что экзогенные и эндогенные уровни CYP2C19 в клетках печени и почек демонстрировали негативную корреляцию с уровнем микроРНК hsa-miR-29a-3p. Высокий уровень микроРНК-142 может напрямую ингибировать трансляцию мРНК CYP3A4/5, помимо этого ненапрямую ингибировать активность CYP3A. Таким образом, уровень активных метаболитов клопидогреля снижается. Таргетирование микроРНК ферментов метаболизма обладает потенциальной возможностью предвидеть варианты фармакокинетики клопидогреля.

Выводы. МикроРНК могут быть использованы в качестве биомаркеров при мониторинге широкого спектра болезней и ответа на терапию, а также в таргетной терапии. Уровень тромбоцитарных микроРНК ассоциирован с риском заболеваний сердечно-сосудистой системы. Использование биомаркеров ответа на антиагрегантную терапию с учётом ишемических исходов и осложнений в виде кровотечений может стать новым важным этапом персонализированной медицины.

ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, УДЛИНЯЮЩИХ ИНТЕРВАЛ QT И ИХ КОМБИНАЦИЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Исмагилов А.Д., аспирант кафедры медико-социальной экспертизы,

неотложной и поликлинической терапии

Руководители: Ших Е.В., д.м.н., проф.;

Сизова Ж. М., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Изучить наиболее часто назначаемые в амбулаторно-поликлинической практике лекарственные средства (ЛС), удлиняющие интервал QT и их комбинации.

Материал и методы. Проведен анализ 935 амбулаторно-поликлинических карт в 2 городских поликлиниках г. Москвы. Проанализирована лекарственная терапия. Выбраны пациенты с удлинённым интервалом QT. Оценена частота назначаемых лекарственных средств (ЛС), удлиняющих интервал QT, и их комбинаций.

Результаты. Проведенный анализ 935 амбулаторно-поликлинических карт показал, что в 86 (9,20%) картах присутствует удлинённый интервал QT на ЭКГ. У 34 (3,64%) пациентов назначались лекарственные препараты, удлиняющие интервал QT. При анализе фармакотерапии было выявлено 188 комбинаций, в которых использовались препараты, удлиняющие интервалы QT. Препараты, относящиеся к категории препаратов с доказанным риском развития пируэтной тахикардии, применялись у 12 пациентов. Частота их назначения следующая: амиодарон – 7 назначений (20,6 %), соталол – 5 назначений (14,7 %). Амиодарон наиболее часто комбинировался с торасемидом – 7 назначений (3,7 %), амиодарон и бисопролол – 4 назначения (2,1 %), амиодарон и метопролол – 3 назначения (1,6 %), и по 2 назначения с амиодароном (1,06 %): варфарин, аторвастатин, розувастатин, периндоприл, эналаприл, амлодипин, аспирин, метформин. Соталол наиболее часто

комбинировался с гидрохлоротиазидом – 5 назначений (2,6 %); и по 2 назначения с соталолом (1,06%): аспирин, омепразол, эналаприл, мексикор.

Среди комбинаций ЛС с доказанным риском развития пируэтной тахикардии были выявлены комбинации с другими лекарственными средствами, удлиняющими интервал QT: амиодарон и торасемид (7 назначений) (3,7 %), соталол и гидрохлоротиазид (5 назначений) (2,6 %)

Препараты, относящиеся к категории ЛС с условным риском развития пируэтной тахикардии, были назначены 34 пациентам. Частота их применения следующая: торасемид – 9 назначений (26,4 %), гидрохлоротиазид – 12 назначений (35,2 %).

Наиболее частые комбинации препаратов, удлиняющих интервал QT – амиодарон и торасемид (7 назначений) (3,7%), вторая по частоте назначений комбинация – соталол и гидрохлоротиазид (5 назначений) (2,6 %), третья по частоте назначений – это комбинация торасемида и ивабрадина (2 назначения). (1,06 %)

Заключение. Проведенное нами исследование лекарственной терапии пациентов с удлиненным интервалом QT показывает, что назначение нескольких препаратов, удлиняющих интервал QT, в амбулаторно-поликлинической практике встречается достаточно часто. Несмотря на то, что данные комбинации, согласно утвержденным действующим инструкциям по применению ЛС на территории РФ, не относятся к противопоказанным, ограничения по их применению с целью безопасности формулируются как не рекомендованные (комбинации амиодарона с бисопрололом, метопрололом и амлодипином) и требующие применения с осторожностью – под контролем параметров безопасности.

НАРУШЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА В СТРУКТУРЕ ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК

Каболова К.Л., аспирант кафедры детской эндокринологии

Руководитель: Самсонова Л.Н., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: изучить структуру и клинико-гормональные особенности гипергонадотропного гипогонадизма у девочек.

Материалы и методы. Обследовано 30 девочек в возрасте $14,9 \pm 0,7$ лет с задержкой полового развития. Критерии включения: отсутствие вторичных половых признаков в 13 лет и старше и/или отсутствие менархе в возрасте 15 лет и старше. Оценивали стадию полового развития по Таннер, антропометрические и генитометрические показатели, костный возраст, содержание ЛГ, ФСГ, тестостерона, эстрадиола в сыворотке крови. Всем пациентам выполнено цитогенетическое исследование.

Результаты. В зависимости от содержания гонадотропных гормонов в сыворотке крови пациенты были разделены на две группы: с высоким уровнем (46,7%, 14/30; Me ЛГ 24,3; Me ФСГ 65,85) и нормальным/низким уровнем гонадотропинов (53,3%, 16/30; Me ЛГ 3,43; Me ФСГ 3,68). Причины обращения в двух группах не различались: вторичные половые признаки отсутствовали у 71,4% (10/14) пациенток первой и 75% (12/16, $p=0,645$) пациенток второй группы. Первичную аменорею имели 28,6% (4/14) и 25% (4/16, $p=0,616$) пациенток соответственно. Девочки обеих групп на момент осмотра имели одинаковые показатели роста (Me SDS -0,21 vs -0,8, $p=0,962$). Частота патологической задержки роста в обеих группах так же не отличалась (35,7% vs 37,5%, $p=0,776$). В первой группе индекс массы тела был достоверно больше, чем во второй (Me SDS 0,24 vs -0,89, $p=0,035$).

Костный возраст у пациенток с гипергонадотропным гипогонадизмом был достоверно больше, чем у пациенток второй группы (Me SDS костного

возраста ($-2,22$ vs $-3,95$, $p=0,05$), при этом патологическая задержка костного возраста встречалась в обеих группах с одинаковой частотой ($43,75\%$ vs $57,14\%$, $p=0,916$).

Девочки с гипергонадотропным гипогонадизмом на момент обращения имели достоверно более выраженную задержку полового развития, чем девочки с нормальным/низким уровнем гонадотропинов (Ме степени развития молочных желез по Таннер $1,0$ vs $3,0$, $p=0,012$).

В группе девочек с гипергонадотропным гипогонадизмом у $57,14\%$ ($8/14$, $p=0,021$) пациенток яичники по данным УЗИ не визуализировались. Объем матки (Ме объема матки $2,28$ vs $5,38$ см³, $p=0,027$) и содержание половых гормонов (Ме эстрадиола $13,75$ vs $55,15$ пмоль/л, $p=0,005$ и Ме тестостерона ($0,52$ vs $0,97$ пг/мл, $p=0,041$) в сыворотке крови были достоверно меньше, чем во второй группе пациенток.

Кариологический анализ не проведен одной пациентке с гипергонадотропным гипогонадизмом, в остальных случаях у $46,2\%$ ($6/13$) пациенток выявлена моносомия по X-хромосоме, что соответствует хромосомному нарушению формирования пола – синдрому Шерешевского-Тернера, у $30,8\%$ ($4/13$) пациенток выявлен мужской кариотип $46, XY$ и у 23% ($3/13$) нормальный женский кариотип $46, XX$, что позволило в $53,8\%$ ($7/13$) диагностировать чистую дисгенезию гонад.

Заключение. Гипергонадотропный гипогонадизм в структуре задержки полового развития у девочек представлен следующими вариантами нарушения формирования пола: синдром Шерешевского-Тернера и чистая дисгенезия гонад с кариотипом $46, XY$ и $46, XX$ ($46,2\%$ vs $53,8\%$).

Причиной обращения данной группы пациентов чаще являлось полное отсутствие вторичных половых признаков.

Пациенты с гипергонадотропным гипогонадизмом имели больший индекс массы тела и более выраженную задержку полового развития, что нашло отражение в генитометрических показателях и содержании половых

гормонов в сыворотке крови. Это следует учитывать при проведении дифференциальной диагностики задержки полового развития у девочек.

ЗНАЧЕНИЕ МУТАЦИИ ANAPLASTIC LYMPHOMA KINASE (ALK) И TUMOR-ASSOCIATED GLYCOPROTEIN 72 (TAG-72) В ЛЕЧЕНИИ И ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Казаков А.М., студент 5-го курса лечебного факультета

Руководитель: Титов К.С., д.м.н., доц.

ФГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Введение. В настоящее время существует несколько видов лекарственной терапии диссеминированной меланомы, самые эффективные из которых: иммунотерапия (интерферон-альфа, интерлейкин-2, фактор некроза опухоли-альфа, клеточная терапия, основанная на применении ТИЛ и ЛАК-клеток, CTLA-4 ингибитор, анти-PD-1/PD-L1 иммуноонкологические препараты) и таргетная терапия (ингибиторы BRAF, MEK, C-KIT и др.). Но существует ряд пациентов, для которых данная терапия является неэффективной ввиду отсутствия мишеней для таргетной терапии и отсутствия диагностических критериев (наличие, степень выраженности лимфоидной инфильтрации, её клеточный состав) для обоснованного применения иммунотерапии. Данная категория пациентов нуждается в выявлении других мутаций и, как следствие, потенциальных мишеней для новых подходов к таргетной терапии. Одной из таких мишеней является ALK (Anaplastic Lymphoma Kinase) — мутация, исследуемая в других опухолях (немелкоклеточный рак легкого, анапластическая лимфома) и выявляемая при первичной меланоме кожи, по данным литературы, в 8-10% случаев. Другой перспективной мутацией является TAG-72 (Tumor-Associated Glycoprotein 72), исследуемая в опухолях яичников, легкого, желудка и

претендующая на диагностическое и прогностическое значение при первичной меланоме.

Цель исследования: определить с помощью иммуногистохимического (ИГХ) метода экспрессию онкобелков гена ALK и TAG-72 у группы больных с первичной меланомой кожи, выявить связь между наличием мутаций ALK, TAG-72 и рядом морфогистологических параметров, дать оценку диагностической ценности определения данных мутаций при первичной меланоме кожи.

Материалы и методы. Операционный материал от 60 больных с первичной меланомой кожи (мужчины — 31, женщины — 29, медиана возраста — 64 года), оперированных в МКНЦ с 20.07.2015 г. по 26.09.2016 г., исследован гистологическим и ИГХ методами. Гистологическое исследование оценивало: гистологический тип, толщину по Бреслоу, уровень инвазии по Кларку, изъязвление, степень выраженности лимфоидной инфильтрации, митотический индекс (МИ). Материал окрашивался гематоксилин-эозином по рутинной методике. ИГХ с моноклональными антителами D57.3 к ALK проводилось на иммуностендере Ventana, с антителами B72.3 к TAG-72 – на Thermo Fischer. Системы детекции: Envision – для TAG-72 и Ventana – для ALK.

Результаты. Экспрессия ALK выявлена у 3 больных (5%): больные С. и Г., 68 и 65 лет, локализация – голень, гистологический тип – узловая пигментная меланома, умеренно выраженная лимфоидная инфильтрация, МИ > 1 на 1 кв. мм., уровень инвазии по Кларку — 4, толщина по Бреслоу – 5, изъязвленная; больная В. 89 лет, локализация – голова, гистологический тип – узловая пигментная меланома, слабо выраженная лимфоидная инфильтрация, МИ > 1 на 1 кв. мм., уровень инвазии по Кларку – 5, толщина по Бреслоу – 6, изъязвленная. Зависимость между ALK-мутацией и невыраженной лимфоидной инфильтрацией, ALK -мутацией и МИ > 1 на 1 кв.мм статистически значима ($p < 0,05$). Экспрессия TAG-72 отсутствует во всех случаях.

Выводы. ALK-мутация при меланоме чаще имеется у пациентов с однородными гистологическими параметрами опухоли, что может быть показанием к исследованию пациентов с подобными характеристиками на наличие ALK-мутации и дальнейшему применению препаратов таргетной терапии, мишенью для которых будет мутантный онкобелок. TAG-72 перспективен в качестве диагностического отрицательного маркера при дифференциальной диагностике опухолей кожи.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ ТРОМБОАНГИИТОМ В РФ И САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Канаева Т.В., Степанцова Ю.Н.

Совет молодежного самоуправления СГМУ им. В.И. Разумовского
ФГБОУ ВО СГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов

Актуальность. За последний год в Российской Федерации в целом и в Саратовской области, в частности, одной из ведущих причин общей заболеваемости, инвалидизации и летальности среди мужчин старше трудоспособного возраста (60 лет) является облитерирующий тромбоангиит сосудов нижних конечностей.

Цель исследования: определить основные факторы риска развития облитерирующего тромбоангиита у мужчин старше трудоспособного возраста (60 лет).

Задачи: провести сравнительную характеристику показателей общей заболеваемости, инвалидизации и летальности среди мужчин старше 60 лет в Российской Федерации и Саратовской области.

Материал и методы. Проведен анализ статистических данных структуры общей заболеваемости и летальности по РФ и Саратовской области, выделены основные факторы риска развития данного заболевания.

Результаты. В 2016 году общая заболеваемость облитерирующим тромбоангиитом в абсолютных числах в Российской Федерации составила 302 501 случай, из расчета на численность населения – на 100 000 соответствующего населения – 850,9 случай; в Саратовской области общая заболеваемость в абсолютных числах составила 4719 случаев из расчета на численность населения, на 100 000 соответствующего населения – 697,1 случай. Показатель летальности в РФ составил 3,2%; в Саратовской области – 1,1%. Показатель инвалидизации в Российской Федерации равен 17%, в Саратовской области аналогичный показатель равен 3,7%. Инвалидизация является следствием ампутации нижних конечностей у больных с облитерирующим тромбоангиитом. Среди факторов риска необходимо выделить следующие звенья: курение (59,7%), дислипидемию (19,2%), артериальную гипертензию (15,6%), малоподвижный образ жизни (5,0%), эндокринные нарушения (0,5%).

Выводы. Проведенное исследование помогает: 1) разработать комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение предрасположенности к облитерирующему тромбоангииту (отказ от курения, правильное питание, контроль уровня ТАГ в крови, умеренные физические нагрузки, контроль значений артериального давления и т.д); 2) проанализировать показатели заболеваемости, которые оказались в Саратовской области ниже по сравнению с аналогичными показателями по РФ; 3) проанализировать показатели инвалидизации, которые оказались в Саратовской области ниже по сравнению с аналогичными показателями по РФ.

СТРУКТУРНАЯ НЕЗРЕЛОСТЬ ПЛАЦЕНТЫ АССОЦИИРУЕТСЯ С ГИПОКСИЧЕСКИМ ДИСТРЕССОМ ПЛОДА

Камышанский Е.К., врач-патологоанатом, Быкова Т.Н., студент 5 курса факультета «Общая медицина», Быкова С.Н., интерн 7 курса направление «Общая врачебная практика», студент 5 курса факультета «Общая медицина», Домбаев А.А., студент 5 курса факультета «Общая медицина», Алтаев Н.С., студент 5 курса факультета «Общая медицина»

Руководитель: Тусупбекова М.М. д.м.н., проф.

КГМУ, г. Караганда

Своевременное послеродовое определение отклонений развития плода может способствовать ранней стратификации новорожденных с определением индивидуального риска заболевания в постнатальной жизни. Физиологическое развитие фетоплацентарного юнита коррелирует со структурным созреванием ворсинок хориона плаценты. Задержка созревания ворсинок хориона является идиопатическим процессом и характеризуется снижением респираторного/диффузионного потенциала плаценты.

Цель исследования: определить взаимосвязь между структурной незрелостью плаценты и гипоксическим дистрессом плода.

Материал и методы. Было проведено ретроспективное гистологическое исследование 393 нормальных и патологических плацент от доношенного срока беременностей (37-41 неделя). Макроскопическое и гистологическое исследования плаценты проводились в соответствии с принципами Vogel (1996). Гистологическими критериями развития и созревания плаценты выступали степень ветвления, стромальная дифференцировка, васкуляризация и образование синцитиокапиллярных мембран ворсинок хориона.

Результаты. Структурная незрелость для гестационного возраста была обнаружена в 131 (33%) плаценте. Очаговая персистенция незрелых ворсин

(10-30% незрелых ворсин) наблюдалось в 45 плацентах (11,5%), умеренная (30-50% незрелых ворсинок) в 60 плацентах (15%), выраженная степень незрелости (> 50% незрелых ворсинок) в 26 плацентах (6,6%). Внутриутробная гипоксия плода неясного генеза наблюдалась в 85% случаев с выраженной структурной незрелостью плаценты, в 32% с умеренной незрелостью, и в 6% случаев была ассоциирована с очаговой персистенцией незрелых ворсинок. Кроме того, только в 2% случаев асфиксия плода ассоциировалась со зрелым гистологическим фенотипом плаценты.

Выводы. Выраженная задержка созревания плаценты для гестационного возраста ассоциируется с антенатальной асфиксией плода и может являться диагностическим предиктором гипоксического фетального дистресса.

НЕОАДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каприн Д.А., очная форма обучения, аспирант кафедры хирургии

Руководитель: Шабунин А.В., д.м.н., проф., член-корр. РАН, Заслуженный

врач Российской Федерации, зав. кафедрой хирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования: уменьшить количество ранних общих и специфических послеоперационных осложнений у больных раком поджелудочной железы.

Материалы и методы. В проспективном исследовании оценены результаты применения неoadьювантной регионарной химиотерапии (НРХТ) поджелудочной железы за период с июля 2014 года по июль 2016 года у 33 больных. Среди них преобладали лица мужского пола – 21:12 пациентов. Средний возраст больных составил $61,6 \pm 0,9$ (41-77) года. Показанием к выполнению неoadьювантной химиоэмболизации служило наличие у

пациента верифицированной резектабельной либо погранично-резектабельной протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы. Диагноз ставился на основании данных ультразвуковых и лучевых методов визуализации. Во всех случаях с целью получения морфологического заключения выполнялось эндосонографическое исследование с тонкоигольной пункцией. После обсуждения на мультидисциплинарном онкологическом консилиуме в отделении рентгенохирургических способов лечения проводилась процедура масляной неoadьювантной химиоэмболизации. Всем больным проводилась регионарная терапия по стандартной схеме с использованием 1,0-50 мл оригинального препарата «Гемзар» (Eli Lilly Vostok S.A., Швейцария) в разведении в 10 мл масляного контрастного вещества «Lipiodol Ultra Fluid» (Guebert, Франция).

В нашем исследовании принимали участие две группы больных. В первой группе НРХТ была выполнена по стандартной методике, во второй – по усовершенствованной методике.

Результаты. При НРХТ были отмечены следующие осложнения. Панкреатическая фистула была выявлена у 5 пациентов (класс «А» по ISGPS – у 2 больных, класс «В» – у 2 и класс «С» – у одного пациента). Послеоперационное геморрагическое осложнение класса «А» было у одного больного. Гастростаз выявлен у трёх пациентов, из них у двух он был класса «А». Оценивая осложнения согласно классификации Clavien-Dindo, мы в итоге получили следующие результаты. Осложнения первой степени отмечены у 3, второй степени – у 2 пациентов. Все они не потребовали значительных изменений в стандартной схеме послеоперационного ведения. Осложнение третьей степени выявлено у одного больного, потребовались повторные миниинвазивные оперативные вмешательства (дренирование острых жидкостных скоплений под контролем УЗИ). Осложнений четвертой и пятой степени отмечено не было. У всех больных выявленные морфологические изменения в структуре самой опухоли – терапевтический

патоморфоз – от воздействия на её химиопрепарата были идентичны у пациентов, вне зависимости от сроков выполнения радикального оперативного вмешательства. Результаты радикальных операций по количеству общих и специфических осложнений были лучше у пациентов, которым радикальное оперативное вмешательство выполнялось в более ранние сроки.

Выводы. Проведенное нами исследование показало, что применение усовершенствованной методики масляной химиоэмболизации позволяет сократить время самой процедуры и её себестоимость, при этом не влияя на её эффективность.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Кардашенко Я.Р., студент стоматологического факультета, кафедра
хирургической стоматологии и ЧЛХ

Руководитель: Матина В.Н., к.м.н., доц.

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: определить роль морфологических исследований в диагностике заболеваний слюнных желез. Известно, что заболевания слюнных желез имеют нередко сходную клиническую картину: припухлость, инфильтрацию тканей в проекции слюнной железы, снижение слюноотделения. Нередко пациенты направляются в клинику с диагнозом "синдром Шегрена" для биопсии и последующего морфологического исследования. Дифференциальный диагноз проводится с хроническими сиалоаденитами, новообразованиями слюнных желез.

Материалы и методы. Проведен анализ оперативных лечебных и диагностических вмешательств заболеваний слюнных желез, результатов морфологических исследований и совпадения диагнозов у пациентов на базе

клиники челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова за период с 2014 по 2016 год.

Результаты. С предварительным диагнозом направления "синдром Шегрена" было обследовано 8 больных. С предварительным предоперационным диагнозом "синдром Шегрена" – 5, "аденолимфома" – 2, "хронический сиалоаденит" – 1. Послеоперационный диагноз: "нельзя исключить синдром Шегрена" – 2, "аденолимфома" – 4, "лимфаденит" – 1, "лимфома" – 1.

С предварительным диагнозом направления "новообразование околоушной слюнной железы" – 54 пациента. С предварительным предоперационным диагнозом: "аденома" – 52, "аденолимфома" – 2. Послеоперационный диагноз: "плеоморфная аденома" – 47, "мукоэпидермальный рак" – 1, "плоскоклеточный рак" – 1, "плоскоклеточный рак на фоне базально-клеточной аденомы" – 1, "ацинарноклеточная карцинома" – 2, "метастаз эпидермоидного рака" – 1, "карцинома из плеоморфной аденомы" – 1.

Таким образом, синдром Шегрена был подтвержден у 2 из 8 больных. Это говорит о том, что нередко для оперативного лечения направляются пациенты недостаточно обследованные. Для более полного обследования на дооперационном этапе, как правило, необходимо оценить иммунологический статус (определение субпопуляций лимфоцитов, основных классов иммуноглобулинов, содержания циркулирующих иммунных комплексов, ревматоидного фактора), провести УЗИ всех слюнных желез (при синдроме Шегрена наблюдаются органические изменения всех слюнных желез).

С учетом анализа оперативного лечения пациентов с предоперационным диагнозом "новообразование слюнных желез" (54 пациента), морфологическое исследование показало: злокачественные опухоли (5) и озлокачествление доброкачественной опухоли (2). Для более полного обследования на дооперационном этапе необходимо проведение МРТ, биопсии.

Выводы. Морфологическая характеристика опухолевых образований слюнных желез важна для лечения и прогнозирования дальнейшего течения заболеваний.

ЦИРКУЛЯЦИЯ ВИРУСА ГЕПАТИТА С СРЕДИ УСЛОВНО ЗДОРОВОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Карлсен А.А.¹, научный сотрудник,

Соболева Н.В.², младший научный сотрудник

Кичатова В.С.¹, научный сотрудник

Руководитель: Кюрегян К.К., д.б.н., проф. РАН

¹НИЦ ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

²ФГБНУ ФНЦИРИП им. М.П. Чумакова РАН, г. Москва

Цель исследования. Одной из важнейших проблем здравоохранения является гепатит С. Хроническая инфекция, вызванная вирусом гепатита С (ВГС), чаще всего имеет длительное бессимптомное течение, и остается невыявленной у большой доли инфицированных лиц. Проведенное нами ранее сероэпидемиологическое исследование продемонстрировало, что распространенность антител к ВГС (анти-ВГС) среди условно здорового населения РФ составляет в среднем 2,6% (126/4764), от 2,1% в Ростовской области до 9,3% в Хабаровском крае.

Целью данного исследования было изучение циркуляции генетических вариантов вируса среди ВГС-положительных лиц условно-здорового населения обследованных регионов РФ.

Материалы и методы. Нами было проанализировано 89 геноизолятов ВГС, выделенных от условно здорового населения Свердловской (n=5), Ростовской (n=12), Московской (n=9) областей, Хабаровского края (n=39), Республик Саха (Якутия) (n=12) и Тыва (n=12). Для более точной реконструкции заносов к анализируемой выборке было добавлено 348

последовательностей из GenBank. Филогенетическое дерево с временной шкалой было построено с помощью пакета программ BEAST. Запуск был сделан для 70 млн. генераций. Для наибольшей информативности дерева были построены по двум участкам генома ВГС - Core (1043 п.о.) и Ns5b (389 п.о.).

Результаты. Для реконструкции истории распространения ВГС был проведен филогенетический анализ с временной шкалой выявленных геновариантов вируса. По данным анализа, 60,7% изолятов были генотипированы как 1b, 31,5% - 3a, 3,4% - 2a, 2,2% - 2c, и единичные изоляты были определены как представители генотипа 1a и рекомбинанта RF_2k/1b.

Было установлено, что генотип 2a был занесен в РФ около 50 лет (доверительный интервал (д.и.) 39-85 лет) назад из Японии, 2c – 45 лет (д.и. 25-75 лет) назад из Европы, 1a - из Европы около 35 лет (д.и. 30-65 лет) назад.

Наиболее распространенный генотип 1b был занесен на территорию нашей страны порядка 55-70 лет (д.и. 50-95 лет) назад из Японии и США. В дальнейшем наблюдается активный эпидемиологический процесс распространения ряда штаммов по всей территории РФ.

Генотип 3a имеет многократную историю заносов из различных регионов Земного шара (Индия и Пакистан, Япония, Китай, Европа). Индийско-пакистанский штамм был занесен в Хабаровский край порядка 50 лет (д.и. 35-80 лет) назад и сейчас скорее распространен в Республике Тыва. В тот же период в Свердловскую и Ростовскую область был занесен штамм китайского происхождения. Японский штамм появился сравнительно недавно, порядка 20 лет назад. Он одновременно попал на территорию Якутии, Ростова и Хабаровска. Привнос новых штаммов генотипа 3a из Европы происходит постоянно и характерен для всей территории России.

Заключение. Таким образом, неоднократные заносы разных генотипов ВГС на территорию РФ происходили в XX веке в разные временные интервалы. Формирование и распространение специфичных для РФ штаммов

ВГС генотипов 1b и 3a указывает на длительный и интенсивный эпидемический процесс ВГС-инфекции в нашей стране.

КЛИНИКО-СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВорожденных с задержкой развития плода

Касымбекова Ф.Н., Акимбаева Н.К., резиденты кафедры неонатологии

Руководители: Сулейменова И.Е., Мустафазаде Т.Ш.

КазМУНО, г. Алматы

Резюме. У обследуемых новорожденных основной группы достоверно чаще антитела на внутриутробные инфекции (ВУИ) были выявлены у детей с диспластическим ($41,6 \pm 7,2\%$, $p < 0,001$) и гипопластическим вариантами ЗВУР ($27,1 \pm 4,6\%$, $p < 0,001$).

Ключевые слова: задержка внутриутробного развития, внутриутробная инфекция, плацента.

По данным литературы, для антенатальной ВУИ характерны поражения плаценты, приводящие к плацентарной недостаточности, гипоксии и задержке внутриутробного развития плода, невынашиванию беременности и рождению ребенка с низкой массой тела. Возможны тератогенные эффекты действия вируса с развитием дис- и гипоплазии органов плода.

Ранняя диагностика этого состояния очень важна как в антенатальном, так и в постнатальном периодах в связи с тем, что оно ведет к развитию остро возникающих состояний.

Цель исследования. Изучение клинико-серологических аспектов внутриутробно инфицированных детей с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) для обоснования мер профилактики.

Материалы и методы исследования. Верификация ВУИ проводилась непрямым (ИФА) и прямым (ПЦР) методами диагностики у 92 детей и их матерей в паре «мать – ребенок».

Результаты. У новорожденных, появившихся на свет с задержкой внутриутробного развития, достоверно чаще антитела на ВУИ были выявлены у детей с диспластическим (41,6%, $p<0,001$) и гипопластическим вариантами (27,1%, $p<0,001$), чем с гипотрофическим вариантом (15,5%) и в группе сравнения (7,4%). В структуре ВУИ в 56,9% отмечались микстинфекции, в 33,3% – моноинфекции.

Обращает на себя внимание высокая частота носителей ВУИ (ЦМВИ, ВПГ, токсоплазма и хламидии) в анамнезе у женщин основной группы ($62,9\pm4,7\%$, напротив $21,3\pm3,2\%$, $p<0,01$).

Заключение. В патогенезе ЗВУР по гипо- и диспластическому вариантам установлено влияние токсического и инфекционного воздействия на плод, подтвержденного морфологическими изменениями плаценты и серологическими свидетельствами ВУИ новорожденных.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ И ШУНТИРОВАНИЕ СРЕДНЕГО УХА.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Кечиян Д.К, ординатор кафедры оториноларингологии

Руководитель: Магомедов М.М., д.м.н., проф.

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

По данным ВОЗ, с каждым годом число людей, страдающих экссудативным средним отитом, увеличивается. При этом, по данным МЗ РФ, дисфункция слуховой трубы является причиной его возникновения в 30% случаев. Учитывая социальную значимость органа слуха, в настоящее время этот вопрос очень актуален.

Цель работы. Сравнительный анализ эффективности лечения экссудативного среднего отита методом катетеризации слуховой трубы с введением через нее в полость среднего уха кортикостероидного гормона дексаметазон (4мг/мл) и методом шунтирования барабанной полости.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 74 пациента в возрасте от 18 до 65 лет, страдающих экссудативным средним отитом.

Лечение проходило на базе кафедры ЛОР-болезней ГKB N1 им.Н.И. Пирогова. Обследование больных включало в себя: анализ жалоб, сбор анамнеза, осмотр ЛОР-органов, рентгенологическое исследование околоносовых пазух и височных костей, эндоскопическое обследование полости носа, камертональное исследование уха, аудиометрия, тимпанометрия. Всем больным проводилась катетеризация среднего уха с введением через слуховую трубу раствора дексаметазона (4мг/мл) в течение 7-8 дней. По окончании лечения производилось отоскопия, аудиологическое обследование и тимпанометрия в динамике.

Результаты. Из 74 пролеченных пациентов у 23 было обнаружено улучшение состояния после катетеризаций слуховой трубы. Результат подтвержден данными тимпанометрии. У 45 больных в виду отсутствия эффекта от проводимой терапии посредством катетеризаций слуховой трубы, произведено шунтирование среднего уха. У этих больных улучшение состояние наступало в течении 1-3 недель.

Через 3 месяца все больные были обследованы повторно. У 100% больных по результатам сбора анамнеза и повторных обследований, включавших в себя аудиограмму, тимпанометрию, отоскопию, признаков экссудативного среднего отита не выявлено.

Выводы. Таким образом, мы обнаружили, что в 40% случаев катетеризация слуховой трубы малоэффективна, что возможно связано с длительностью заболевания, реологическими свойствами экссудата в среднем ухе, что препятствовало дренированию среднего уха. Шунтирование

барабанной полости может быть рекомендовано, как основной метод лечения экссудативного среднего отита.

ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ

Килина Д.А., студентка 6 курса очной формы обучения,

Рыбникова А.В., студентка 5 курса лечебного факультета очной формы
обучения

Руководители: Мамонова А.О.; Фадеева Н.В., к.м.н., асс.; Бехтерева С, А.,
к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, ГБУЗ ЧОКОД, г. Челябинск

Актуальность. Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) значительно повышает риск развития хронических лимфопролиферативных заболеваний. Злокачественные лимфомы, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией, характеризуются агрессивным ростом. Диагноз нередко ставится на поздней стадии заболевания, когда есть экстранодальные очаги поражения. Характерны плохой ответ на лечение, высокая частота рецидивов и, как правило, неблагоприятный прогноз. Эпидемиологически доказано, что для ВИЧ-инфицированных пациентов характерно 60-200 кратное повышение заболеваемости неходжкинской лимфомой (НХЛ). Увеличение числа больных НХЛ среди ВИЧ-инфицированных составляет 5,6% в год, по сравнению с 0,015% в общей популяции.

Цель исследования: оценить эффективность различных режимов химиотерапии (ХТ), входящих в стандарты лечения ВИЧ-ассоциированных лимфом 1-ой и 2-ой линий с поддержкой глюкокортикостероидами (ГКС).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ЧОКОД. В исследовании участвовали 40 пациентов, соответствующих следующим

критериям выборки: пациенты отделения противоопухолевой ХТ ГБУЗ ЧОКОД за 2009-2015 гг., имеющие ВИЧ-позитивный статус, установленный диагноз злокачественной лимфомы. Для обработки результата использовался математико-статистический метод.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов составил 34,5 (от 25 до 64) лет. Значительная часть (42.5%) пациентов на момент проведения ХТ получали высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРВТ). У 62.5% пациентов ВИЧ ассоциирован с хроническим вирусным гепатитом С. Пик заболеваемости ВИЧ-ассоциированными злокачественными лимфомами был зафиксирован в 2013 году – 32.5% от выборки. У большей части пациентов (57,5%) ВИЧ был ассоциирован с НХЛ, у 42.5% с ходжкинскими лимфомами (ХЛ). По результатам иммуногистохимического исследования (ИГХ), были обнаружены следующие подтипы лимфом: диффузная В-крупноклеточная лимфома 30,0%, лимфома Беркита 20,0%, плазмобластная 2,5%, ангиоиммунобластная 2,5%, лимфоплазмоцитарная 2,5%. Распределение по стадиям: I стадия – 0%, II – 10%, III – 37,5%, IV – 52,5%. В ХТ 1-ой линии входили следующие режимы: R-CHOP, BEACOPP, R-EPOCH, ABVD, CVP-1, в ХТ 2-ой линии – DHAP, CEP, GDP. Из нежелательных явлений отмечены тошнота, нейтропения, тромбоцитопения, повышение трансаминаз, анемия. Только 60,0% (24) прошли весь курс ХТ. В результате были выделены 4 группы пациентов. Группа полного ответа (все пациенты находятся в ремиссии) 25,0% (6). Группа частичного ответа 16,7% (5) (3 пациента получили дистанционную гамма-терапию (ДГТ) на резидуальные опухоли, находятся в ремиссии, 2 пациента – рецидив через 1-2 года, проведена ХТ 2-й линии – находится в ремиссии). Группа стабилизации 25,0% (6) (3 пациента сохраняются в стабилизации, 3 пациента – ранние рецидивы, проведена ХТ 2-ой линии – находятся в ремиссии). Группа прогрессии 33.3% (7) (всем пациентам проведена ХТ 2-ой линии, 1 пациент получил ДГТ на лимфоузлы, у 5 после 2-ой линии стабилизация, 2 пациента – летальный исход). Режимы

ХТ были стандартными с соблюдением положенных доз и интервалов лечения.

Выводы. Режим ХТ R-ЕРОСН с поддержкой ГКС у пациентов с ВИЧ-ассоциированными лимфомами показал себя как режим, обладающий максимальным эффектом, при умеренной, легко контролируемой токсичности.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЕ «DOLPHIN IMAGING» ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗУБОЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Кирилин М.М., клинический ординатор кафедры стоматологии детского
возраста

Малкина В.Д., студентка V курса очной формы обучения

Руководитель: Постников М.А., д.м.н., доцент

ФГБОУ ВО СамГМУ, г. Самара

Для диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий применяются основные и дополнительные методы исследования. К дополнительным относится метод телерентгенографии головы в боковой проекции с цефалометрическим анализом в различных компьютерных программах. Нами использовался цефалометрический анализ телерентгенограмм в компьютерной программе «Dolphin Imaging» (США) по предложенной на кафедре стоматологии детского возраста СамГМУ методике.

Цель исследования: изучить, выбрать и предложить для анализа телерентгенограмм (ТРГ) головы в боковой проекции наиболее информативные линейные и угловые параметры лицевого отдела черепа у пациентов с зубочелюстно-лицевыми аномалиями в программе «Dolphin Imaging».

Материал и методы исследования. Изучено 270 телерентгенограмм головы в боковой проекции пациентов в возрасте 6-50 лет с различными зубочелюстно-лицевыми аномалиями. Расшифровка ТРГ проведена с помощью компьютерной программы «Dolphin Imaging». Цефалометрический анализ программы базируется на методиках известных авторов: Schwarz, Bjork, Downs, Ricketts, McNamara, Jarabak, Steiner, Jacobsen.

Анализ полученных данных проводился с использованием показателей нормы А.А. Аникиенко, Н.В.Панкратовой, Л.С. Персина, О.О. Янушевича (2014). На кафедре стоматологии детского возраста СамГМУ предложено из более чем 400 параметров использовать в качестве основных при расшифровке ТРГ головы в боковой проекции в программе «Dolphin Imaging» те 37 параметров, которые подтверждают обусловленность аномалии окклюзии.

Все линейные и угловые параметры в компьютерной программе «Dolphin Imaging» нами были упорядочены в определённой последовательности.

Первые 23 параметра ТРГ головы в боковой проекции позволяют диагностировать отклонения в гнатической части лицевого отдела черепа при аномалии окклюзии, следующие 14 параметров указывают на изменения в положении зубов и альвеолярной части челюстей.

Результаты исследования. Изучив показатели первой группы параметров, врач-ортодонт оценивает гармоничность развития зубочелюстной системы и дает характеристику формы аномалии окклюзии пациента: зубоальвеолярная или скелетная (гнатическая). Показатели параметров второй группы указывают на изменения положения зубов в сагиттальном и вертикальном направлениях, устанавливают зубоальвеолярное укорочение или удлинение.

Заключение. Использование анализа параметров телерентгенограмм головы в боковой проекции с применением компьютерной программы «Dolphin Imaging» с выделенными 37 показателями показало

целесообразность их использования в процессе диагностики нарушений зубочелюстной системы, определения её обусловленности и самое главное планирования и прогнозирования результатов комплексного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛИМФОДИССЕКЦИИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ НА ФОНЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Киценко Ю.Е., врач-колопроктолог, сотрудник кафедры колопроктологии и эндоскопической хирургии ИПО ФГБОУ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова,
Юрова М.В., студент очной формы обучения ДОП ФГБОУ Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

Руководитель: Тулина И.А., к.м.н., зав. отделением онкологической
колопроктологии УКБ №2 ФГБОУ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова
ФГБОУ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: оценить результаты лечения пациентов с ВЗК-ассоциированными опухолями и спорадическим колоректальным раком (КРР), проведенным с соблюдением принципов онкологической хирургии.

Материалы и методы. В отделениях колопроктологии РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН и УКБ №2 ПМГМУ им. И.М. Сеченова за период 2008-2016 гг. проведено хирургическое лечение 126 пациентов с язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК). Из них у 8 пациентов был диагностирован КРР. Критериями включения в данное ретроспективное мультицентровое контролируемое исследование были: патоморфологически верифицированный ЯК или БК, развитие злокачественного процесса в толстой кишке на фоне вышеописанных заболеваний и факт выполнения расширенной лимфодиссекции. В соответствии с указанными критериями в основную группу включены 6 пациентов (4 пациента с ЯК, 2 пациента с БК), у которых рак был диагностирован в среднем через $95,8 \pm 91,3$ месяца после

выявления основного заболевания. Распределение по стадиям: I (n=1), IIa (n=3) и IIb (n=2) стадии; по степени дифференцирования аденокарциномы: высоко- (n=2), умеренно- (n=3) и низкодифференцированная (n=1). Подбор контрольных наблюдений производился попарно в соотношении 1:3, при этом требованиями к группе являлись: аналогичная локализация новообразования и стадия заболевания по TNM 7-го пересмотра. В группу сравнения отобрано 18 пациентов со sporadическим раком толстой кишки. У 3 пациентов диагностирована I стадия, у 9 – II, у 6 – III стадия КРР. При патоморфологическом исследовании у всех пациентов была выявлена высоко- (n=7), умеренно- (n=9) и низкодифференцированная (n=2) аденокарцинома.

Результаты. В основной группе среднее число исследованных лимфоузлов составило $39,0 \pm 39,3$ (1-го порядка $15,0 \pm 20,8$; 2-го порядка - $9,8 \pm 12,7$; 3-го порядка - $14,2 \pm 31,4$). У 4 пациентов метастазов в лимфоузлы не выявлено, в 2 наблюдениях обнаружены метастазы в лимфоузлы 1 порядка. Среднее число исследованных лимфоузлов в контрольной группе составило $29,9 \pm 21,1$ (1-го порядка $15,9 \pm 10,7$, 2-го порядка $9,2 \pm 8,7$, 3-го порядка $4,7 \pm 8,3$). Метастазы опухоли в лимфоузлы 1-го порядка выявлены у 33,3% (n=6), в 1 наблюдении выявлены метастазы в лимфоузлы 2-го порядка. В отдаленном периоде прослежены все пациенты (средний срок наблюдения $27,3 \pm 25,9$ месяцев), у 4 из 6 пациентов основной группы признаков рецидива заболевания не отмечено, в 2 случаях отмечены отдаленные метастазы (33,3%). (Общая выживаемость >5 лет, общая смертность 4,2% (n=1). В контрольной группе у 3 из 18 пациентов (16,7%) отмечены отдаленные метастазы. Статистически достоверных значимых отличий по частоте отдаленного метастазирования в основной и контрольной группах не обнаружено (p=0,4).

Выводы. Таким образом, принимая во внимание данные доказательной медицины об онкологической эффективности расширенной лимфодиссекции, а также отсутствие статистически значимой разницы между степенью

агрессивности спорадического КРР и злокачественного процесса на фоне ВЗК, хирургу необходимо выбрать объем операции, максимально совмещающий принципы радикального подхода к обеим изолированным патологиям для улучшения отдаленных результатов.

КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ В ГЕНОМЕ ВИРУСА ГЕПАТИТА С

Кичатова В.С.¹, научный сотрудник,

Карлсен А.А.¹, научный сотрудник,

Соболева Н.В.², младший научный сотрудник

Руководитель: Кюрегян К.К., д.б.н., проф. РАН

¹НИЦ ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

²ФГБНУ ФНЦИРИП им. М.П. Чумакова РАН, г. Москва

Введение. Феномен генетической изменчивости вируса гепатита С (ВГС), связанный с накоплением в процессе вирусной репликации нуклеотидных замен, имеет большое клиническое значение, в первую очередь с точки зрения ответа на противовирусную терапию и прогрессирования заболевания печени. В ряде исследований было показано, что замены аминокислот Q/H70R и M91L в участке генома, кодирующего капсидный белок (core) ВГС генотипа 1b (ВГС-1b), ассоциированы с низкой частотой достижения устойчивого вирусологического ответа при лечении препаратами интерферона (ИНФ), а также с повышенным риском развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК). Распространенность данных полиморфизмов среди штаммов ВГС, циркулирующих на территории Российской Федерации (РФ), неизвестна.

Цель исследования: определить распространенность клинически значимых полиморфизмов в геноме вируса гепатита С различных генотипов, циркулирующих на территории РФ.

Материалы и методы. Для определения генотипического разнообразия ВГС был проанализирован 191 штамм ВГС, выделенный в 2014 г. Генотипирование проводили методом амплификации и последующего секвенирования участков генома вируса core и NS5b. Для анализа мутаций, ассоциированных с лекарственной устойчивостью к ИНФ, были амплифицированы и проанализированы последовательности core для 314 геноизолятов ВГС, выделенных из сывороток крови пациентов в 2007-2014 гг., собранных в разных регионах РФ. Также в выборку геноизолятов ВГС из РФ были включены 95 нуклеотидных последовательностей, импортированных из базы данных GenBank.

Результаты. Распределение генотипов ВГС, циркулирующих на территории Москвы и Московской области, оказалось следующим: 3a - 52,9% (101/191), 1b-34,0% (65/191), 1a - 9,4% (18/191), RF_2k/1b - 3,1% (6/191), 4d - 0,5% (1/191). По сравнению с результатами исследований прошлых лет, распределение генотипов ВГС на территории г. Москва остается стабильным, за исключением увеличения доли рекомбинантной формы RF_2k/1b (с 0,2% в 2007 г. до 3,1% в 2014 г., $p < 0,01$). Анализ частоты встречаемости аминокислотных замен в белке core продемонстрировал, что вариант Q70R встречается среди российских изолятов ВГС-1b в 26,7%, H70R в 4,7% и M91L в 80,6% случаев. Большинство изолятов генотипов 1a и 3a (93,1% и 95,9% соответственно) не имели замен в 70-й аминокислотной позиции. Аналогично, в позиции 91 у 100% изолятов генотипа 1a и 98,8% изолятов генотипа 3a находилась аминокислота цистеин, характерная для вируса «дикого типа».

Заключение. Анализ частоты встречаемости неблагоприятных мутаций в core ВГС-1b показал, что почти каждый третий человек, инфицированный ВГС-1b в РФ, имеет мутантный вариант вируса по позиции 70. Представляется целесообразным включение в рекомендации по выбору терапии для пациентов с данными неблагоприятными мутациями схем, исключающих препараты интерферона. В будущем, при полном переходе на

безинтерфероновые схемы лечения, значимость анализа данных полиморфизмов может сохраниться для выявления пациентов с повышенным риском развития ГЦК, нуждающихся в безотлагательном начале лечения. На следующем этапе исследования планируется проведение анализа мутаций ВГС различных генотипов, ассоциированных с лекарственной резистентностью к препаратам прямого действия, мишенью для действия которых являются вирусные белки NS3, NS5a, NS5b.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРОВ ХЛОРИНОВОГО РЯДА

Клемина А.Д., студентка 1 группы 6 курса лечебного факультета

Руководитель: Е.В. Гарасько, д.м.н, проф., зав. кафедрой микробиологии и
вирусологии

ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, г. Иваново

В отличие от антибиотикотерапии, антибактериальная фотодинамическая терапия (ФДТ) представляет собой принципиально иную систему лечения многих заболеваний, основанную на избирательном накоплении и удержании в клетках микроорганизмов окрашенных веществ – фотосенсибилизаторов (ФС). Такие вещества при воздействии видимого света (определенной длины волны и соответствующей мощности) генерируют активные формы кислорода, что позволяет инактивировать микроорганизмы путем запуска каскада фотохимических реакций. Бактерицидный эффект при этом ограничивается зоной лазерного облучения, что позволяет избежать при проведении фотодинамической терапии генерализации побочных эффектов, наблюдаемых при применении антибиотиков.

Цель исследования. Изучение антимикробной активности фотосенсибилизаторов, которые были синтезированы и предоставлены для эксперимента Институтом химии растворов им. Г.А. Крестова РАН г. Иваново и Ивановским Государственным химико-технологическим университетом. Исследование антимикробной активности проводилось по отношению к фирмикутным микроорганизмам (*St.aureus*), грациликутным микроорганизмам (*E.coli*) и эукариотическим клеткам - грибам рода *Candida* на плотных питательных средах и в жидкой питательной среде. Избранные нами методические подходы включали серию экспериментов. Первый эксперимент проводился на кусочках фильтровальной бумаги с нанесенным ФС, которые затем помещались на питательные среды с тест-культурой. Чашки Петри подвергались сеансу ФДТ в течение получаса, затем инкубировались в термостате при 37° 24 ч. В ходе данного эксперимента была установлена недостаточно выраженная эффективность ФС. Это связано с тем, что при нанесении красителя на бумагу он сильно связывается с целлюлозой, что ослабляет диффузию ФС и накопление его в микробных клетках. В ходе второго эксперимента был применен «метод колодцев» на плотной питательной среде. Данный метод заключался во внесении ФС в лунки плотной питательной среды с тест-культурой. Затем, как и в первом эксперименте, чашки Петри подвергались ФДТ и инкубировались в термостате. В результате второго эксперимента также установлена слабовыраженная эффективность ФС. Данный результат связан с недостаточной диффузией ФС в питательный агар. Вероятно, для плотных сред длительность сеанса ФДТ должна быть значительно больше 30 минут. Третий эксперимент проводился с помощью 4х-луночных планшетов для жидких питательных сред, в которых перед проведением ФДТ смешивали в равных количествах раствор ФС с концентрацией 0,0001 моль/кг и мясопептонный бульон, содержащий исследуемую тест-культуру в различных концентрациях (10^3 КОЕ/мл и 10^7 КОЕ/мл). Раствор выдерживали при комнатной температуре в течение получаса и только потом проводили

сеанс ФДТ. В ходе эксперимента оценивали как темновую, так и световую токсичность исследуемых образцов (с рабочей концентрацией 0,00005 моль/кг), а после инкубирования проводили высев образцов из лунок планшетов на плотные питательные среды.

В результате экспериментов выяснено, что при невысоких концентрациях ФС образцы проявляют токсичность по отношению к *St.aureus* и грибам рода *Candida*, но при этом не определяется влияние ФС на рост *E.coli*.

Заключение. Представленные нами методические подходы к проведению исследований антимикробной активности фотосенсибилизаторов хлоринового ряда доказали, что бактерицидные свойства ФС проявляют только в жидких питательных средах.

ПРОТИВОСУДОРОЖНЫЕ И НООТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ 4-ФЕНИЛПИРРОЛИДОНА, ЛЕВЕТИРАЦЕТАМА И ПИРАЦЕТАМА

Ковалев И.Г., аспирант, очная форма, лаборатория психофармакологии

Руководитель: Воронина Т.А., д.м.н., проф.

ФГБНУ "Научно-исследовательский институт фармакологии
им. В.В. Закусова", г.Москва

Цель исследования: изучить на мышах и крысах влияние 5 оригинальных производных 4-фенилпирролидона (0,5 – 10 мг/кг, в/б) в тестах на противосудорожную и мнемотропную активность в сравнении с леветирацетамом (600 мг/кг) и пирацетамом (400 мг/кг).

Материалы исследования. В исследовании использовали самцов белых аутбредных мышей (19-29 г) и крыс (200-250 г), полученных из питомника «Столбовая» (Московская обл., РФ), которые содержались в виварии с контролируемой постоянной температурой и влажностью (40-60%)

воздуха, регулярно сменяемым циклом день-ночь (12ч-12ч), доступом к воде и пище *ad libitum*. Вещества: пилокарпин, хлорид лития, пирацетам (все Sigma, St.Louis, MO); коразол, леветирацетам (Некстфарма САС 17, Рют де Мёлан, F-78520, Лимей, Франция). Производные 4-фенил-пирролидона-2 синтезированы в Отделе химии ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова».

Статистическую обработку экспериментальных данных проводили с помощью программы Statistica 6.0. При обработке полученных результатов использовали методы параметрической и непараметрической статистики (t-тест Стьюдента, F-критерий Фишера, U-критерий Манна-Уитни). Методики проведения тестов соответствовали «Методическим рекомендациям по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ» и/или международным описанным стандартам

Результаты исследования. В тестах максимального электрошока и антагонизма с коразолом соединение ГИЖ-290 в дозах 2,5 и 5,0 мг/кг оказывало статистически значимое противосудорожное действие, ослабляя судороги и повышая выживаемость мышей, тогда как леветирацетам лишь увеличивал латентное время наступления клонического приступа в тесте антагонизма с коразолом. Отчётливая противосудорожная активность ГИЖ-290 (5 мг/кг) и леветирацетама (600 мг/кг) отмечена в тесте литий-пилокарпиновых судорог на крысах, в котором оба вещества увеличивали выживаемость, а также продолжительность латентного периода начала генерализованного приступа. ГИЖ-290 (2,5 и 5,0 мг/кг) и пирацетам достоверно уменьшали время обнаружения платформы в водном лабиринте Морриса, тогда как леветирацетам был неэффективен в первые дни приема. Все три вещества способствовали облегчению воспроизведения навыка через 5 суток после обучения, увеличивая время пребывания мышей в секторе с платформой.

Выводы. Таким образом, соединение ГИЖ-290 характеризуется сочетанием противосудорожной и мнемотропной активностей, существенно превосходя леветирацетам и пирацетам по уровню эффективных доз.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Коваленко К.Ю., аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии и
хирургической стоматологии им. А.А. Лимберга

Руководитель: Семенов М.Г., д.м.н., проф., зав. кафедрой
ФБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН) и дальнейшая медицинская реабилитация остаются одной из важнейших проблем в здравоохранении.

У больных с ВРГН отмечаются выраженные структурные и функциональные нарушения всей челюстно-лицевой области, которые приводит к дисгармонии развития лицевого отдела черепа, существенно нарушают эстетику лица и неотъемлемо отрицательно влияет на психологический статус человека. В настоящее время имеется незначительное количество исследований о качестве жизни и психологическом статусе взрослых пациентов с ВРГН.

Больные с данной патологией во взрослом возрасте все еще имеют эстетические, а иногда и функциональные нарушения, несмотря на многоэтапное оперативное лечение и долгий период реабилитации. В результате этого у них формируется аддиктивное поведение, низкая самооценка и нарушение социальных контактов. Неудовлетворенность своей внешностью не всегда обусловлена выраженными эстетическими недостатками, которые объективно оценивают врачи-специалисты, а

частично связана с глубинными психологическими характеристиками личности данного контингента пациентов. По данным А.Ю. Суркина (2004), 85% пациентов с ВРГН нуждаются в дополнительном оперативном лечении, из них 23% недовольны своей внешностью. Пациенты самостоятельно обращаются за помощью в различные, не всегда достаточно квалифицированные, хирургические и косметологические центры. Диспансеризация таких пациентов ведется только до 18 лет и отсутствуют центры для наблюдения в последующем, поэтому неизвестна их истинная потребность в реконструктивно-восстановительных операциях на лице, а также уровень социальной адаптации в обществе.

Цель исследования: изучить качество жизни у оперированных больных с ВРГН в отдаленном периоде путем самооценки качества лечения и профессиональной оценки (врачом) эстетических нарушений на лице.

Материалы и методы. Обследовано 19 пациентов с ВРГН после ранее проведенных хирургического лечения и реабилитации, в возрасте от 25 до 32 лет. Все пациенты прошли обследование эстетических нарушений лица и тестирование инструментом SF-36.

Результаты. При изучении полученных данных тестов SF-36 у 19 пациентов выявлено: 1) у большинства пациентов имеется снижение показателей - социальной адаптации и психического здоровья, несмотря на удовлетворительный результат, в целом, местно-пластических операций на лице; 2) отсутствие отклонений физической активности при наличии у части больных эстетических недостатков в области носогубного треугольника.

Выводы. Анализ качества жизни пациентов с ВРГН после оперативного лечения позволяет на основании полученных данных выявить нарушения эстетики лица и психологического статуса пациента и рекомендовать в отдельных случаях повторное оперативное лечение и психокоррекцию у психолога.

РОЛЬ АНТЕРОЛАТЕРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ В СТАБИЛИЗАЦИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА IN VIVO И IN VITRO.

Коваль О.А., ординатор кафедры травматологии и ортопедии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Актуальность. Результаты артроскопического восстановления передней крестообразной связки (ПКС) достаточно высоки, однако, среди спортивной популяции остается актуальным вопрос возврата в спорт на соревновательный уровень и, согласно мета-анализам, составляет 55%.

Цель исследования. Изучение особенностей строения антеролатеральной связки (АЛС) коленного сустава для возможной дополнительной стабилизации капсульно-связочного аппарата коленного сустава с целью улучшения результатов лечения пациентов с переднелатеральной нестабильностью коленного сустава и высокими функциональными требованиями.

Материалы и методы.

1. Препарировано 30 пар коленных суставов. Оценивалось отношение с окружающими структурами, измерялась длина и ширина.

2. Группа №1 – 19 артроскопических пластик ПКС, дополненных экзартикулярным тенодезом (пластика АЛС); пациенты – профессиональные спортсмены (футбол, баскетбол, волейбол, единоборства), средний возраст – 23 года. Период наблюдения после операции – 2 года. Трансплантат – собственная связка надколенника, фиксация – двумя биodeградируемыми винтами; трансплантат для пластики АЛС – сухожилие полусухожильной или нежной мышцы, фиксация – двумя биodeградируемыми винтами. Группа №2 – пластика ПКС изолированно. Трансплантат из связки надколенника. фиксация – двумя биodeградируемыми винтами. 30 пациентов: 10

профессиональных спортсменов и 20 спортсменов-любителей. Средний возраст – 31 год. Период наблюдения после операции – 2 года.

Результаты.

1. В 17 парах обнаружена антеролатеральная связка. Средний возраст – 81 год, 18 женщин и 12 мужчин. Средняя длина АЛС – 38.5 мм. В 100% случаев обнаружения связки определялась связь АЛС с латеральным мениском и наружной боковой связкой. Крепление на латеральном надмыщелке бедренной кости было представлено в 3 анатомических вариантах. Крепление на большеберцовой кости было типично. Во всех случаях волокна АЛС участвовали в ротационной стабилизации голени.

2. Группа №1. Tegner Lysholm – 94.16%, KOOS – 94%; процент спортсменов, вернувшихся в спорт на соревновательный уровень – 94.74%. 12 пациентов жаловались на незначительную боль в месте формирования канала в наружном мыщелке бедра, 5 пациентов отметили незначительную боль в переднем отделе коленного сустава, вышеперечисленные осложнения были купированы консервативными методами лечения.

Контрольная группа. Tegner Lysholm – 92.1%, KOOS – 90.5%; процент спортсменов-профессионалов, вернувшихся в спорт – 50%.

Выводы. Частота встречаемости АЛС – 56.6 процентов. Учитывая средний возраст изучаемых, возможна корреляция между физической активностью и наличием антеролатеральной связки. Данное исследование показывает, что анатомия и ход связки переменны и индивидуальны, но функция связки - обеспечение ротационной стабильности, особенно при внутренней ротации голени, остается прежней.

Методика дополнения артроскопической пластики передней крестообразной связки экзартикулярным тенодезом показала отличные результаты по сравнению с контрольной группой, данная методика позволила увеличить процент возвращения в спорт среди спортсменов-профессионалов и уменьшить число рецидивов после пластики ПКС.

МАРКЕРЫ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВорожденных

Козлов А.А., врач-интерн кафедры анестезиологии, реаниматологии и
клинической фармакологии с курсом ДПО;

Гибазова О.Р., студент 6 курса педиатрического факультета

Руководитель: Завьялов А.Е., д.м.н., профессор

ФГБОУ ВПО АГМУ, г.Барнаул

Цель исследования. Определение прогностической значимости прокальцитонина (ПКТ), интерлейкина-8 (ИЛ-8), С-реактивного белка (СРБ) и уровня лейкоцитов крови в качестве маркеров летальности у недоношенных новорожденных с врожденными пороками желудочно-кишечного тракта (ВПР ЖКТ) и передней брюшной стенки.

Материалы и методы. На базе Алтайской краевой клинической детской больницы (АККДБ) в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) за период с 2011 по 2015 гг. находились 34 недоношенных новорожденных – 20 (55.6%) мальчиков и 16 (44.4%) девочек, перенесших операции по поводу ВПР ЖКТ и передней брюшной стенки. Гестационный возраст от 26 до 36 недель. Вес от 600 г. до 2500 г. Умерло 10 детей.

Всем прооперированным недоношенным детям для ранней диагностики ССВО определялся ранний маркер прокальцитонин. Чувствительность маркера составляет 94,1% на 1-й день и 96,9% на 5-й день после операции, а специфичность 92,7% и 90,7% соответственно, в сочетании с другими маркерами воспалительной реакции (С-реактивный белок и лейкоциты крови).

Также определялся интерлейкин-8, чувствительность маркера составляет 80-91%, а специфичность 76 - 100% соответственно. Цитокины определялись у 10 новорожденных, из них 5 умерших и 5 выживших.

Все показатели определялись при поступлении, на 2-е и 5-е сутки послеоперационного периода.

Результаты. Цифры ПКТ в группе недоношенных новорожденных при поступлении оставались в пределах нормальных значений (от 0,5 до 2,0 нг/мл), а значения ЦРБ и лейкоцитов колебались от нормальных до высоких величин, что свидетельствует о начале развития ССВО неинфекционного (адаптационного) генеза. Уровень ИЛ-8 в группе исследования составил от 83 до 138 пг/мл, что выше нормальных значений, но достоверных различий у умерших и выживших новорожденных не наблюдалось.

На 2-е сутки послеоперационного периода показатели ПКТ у выживших детей повышались от 2,0 до 10,0 нг/мл, а показатели ЦРБ и лейкоцитов оставались стабильно высокими. У умерших детей ПКТ повышался до 10 нг/мл и выше. Уровень ИЛ-8 у выживших детей варьировал от 78 до 135 пг/мл, тогда как у умерших он повышался почти в 3 раза и выше (от 394 до 436 пг/мл).

На 5-ые сутки показатели ПКТ у выживших были от 0,5 до 2,0 нг/мл, а значения ЦРБ и лейкоцитов коррелировали в широких пределах. У 5 умерших детей ПКТ был от 2 до 10 нг/л, у 7 умерших детей ПКТ оставался на уровне 10 нг/мл и выше. Уровень ИЛ-8 у выживших детей имел тенденцию к снижению от 53 до 96 пг/мл, а у умерших оставался на высоком уровне либо повышался (от 401 до 608 пг/мл).

Выводы. Для ранней диагностики ССВО в послеоперационном периоде наиболее показательными маркерами являются ПКТ и ИЛ-8. Наибольший риск летальности имеют недоношенные новорожденные с ССВО, у которых на 2-е сутки послеоперационного периода ПКТ 10 нг/мл и более, а показатель ИЛ-8 повышается в 3 и более раза по сравнению с

предоперационным периодом. На 5-е сутки ПКТ варьирует от 2 до 10 нг/мл, а показатель ИЛ-8 стабильно остается на высоком уровне.

АКТГ-ЭКТОПИРОВАННЫЙ СИНДРОМ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Коклина А.В., ординатор кафедры эндокринологии и диабетологии

Руководители: Аметов А.С., д.м.н., проф., зав. кафедрой; Черникова Н.А.,

к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Актуальность. В структуре эндогенного гиперкортицизма АКТГ-зависимые формы составляют 80%; из них на долю АКТГ-эктопированного синдрома (АКТГ-ЭС) приходится около 15%. Его субстратом служат нейроэндокринные опухоли (НЭО). Основная проблема АКТГ-ЭС – своевременная установка локализации НЭО, которая приводит к развернутой клинической картине гиперкортицизма и его осложнениям даже при размерах опухоли в несколько миллиметров.

Клинический случай. Пациентка, 59 лет. Анамнез: повышение АД до 150/90 мм рт. ст. в течение 30 лет, без терапии. Ухудшение состояния последние 3 месяца: появились слабость, гиперемия лица, при экстракции зуба – повышение АД до 190/100 мм рт. ст. По месту жительства: антигипертензивная терапия без положительной динамики, появление отеочного синдрома; после добавления к терапии торасемида появилась боль в мышцах. Госпитализирована в частную клинику с гипертоническим кризом, выявлены: гипокалиемия (2,17 ммоль/л), повышение АКТГ (111 пг/мл), гипергликемия. По данным МРТ головного мозга (ГМ) с контрастированием: нельзя исключить микроаденому гипофиза. С подозрением на болезнь Иценко–Кушинга (БИК) госпитализирована в отделение ОРИТ ЦКБ ГА в связи с жизнеугрожающим уровнем калия. В ОРИТ: стойкая длительно некупирующаяся внутривенным введением больших доз калия и

верошпирона 400 мг/сут гипокалиемия. Постепенный перевод на пероральный прием калия хлорида (0,6 г по 2 табл. 4 р/д) с прекращением инфузионной терапии; переведена в отделение эндокринологии. Подтвержден эндогенный гиперкортицизм: ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона отрицательный (кортизол 1380 нмоль/л). По результатам консилиума с рентгенологами: по данным МРТ ГМ диффузная неоднородность гипофиза, данных за аденому нет. Проведено МСКТ органов грудной клетки без контрастирования, в S8 сегменте нижней доли левого легкого образование диаметром 7 мм. Выставлен диагноз: АКТГ-ЭС тяжелого течения, осложненный гипокалиемией, стероидным сахарным диабетом и артериальной гипертензией; очаговое образование S8 левого легкого. Выписана в состоянии нормокалиемии (4,9 ммоль/л). Для проведения селективного забора крови из нижних каменистых синусов со стимуляцией десмопрессином (окончательная дифференциальная диагностика между БИК и АКТГ-ЭС) госпитализирована в отделение нейроэндокринологии ЭНЦ. По результатам пробы подтвержден АКТГ-ЭС. Проведено МСКТ органов грудной клетки с контрастированием, в S8 сегменте нижней доли левого легкого выявлено образование диаметром до 1 см, умеренно накапливающее контраст; по результатам комплексного обследования данных за наличие объемных образований внелегочной локализации нет. В отделении торакальной хирургии Института хирургии им. А.В. Вишневского проведена резекция нижней доли (сегментэктомия S8) левого легкого. Послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольном гормональном исследовании: утренний кортизол (606 нмоль/л), АКТГ (16,6 пг/мл) – в пределах референсных значений.

Выводы. При ведении пациентов с АКТГ-ЭС особую роль играет своевременная локализация опухолевого процесса.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ

Колесникова Е.Н., ассистент кафедры поликлинической терапии и общей
врачебной практики

Руководитель: Зуйкова А.А., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования: провести анализ изменений показателей липидного обмена у больных артериальной гипертензией в зависимости от статуса вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили результаты обследования 130 больных артериальной гипертензией (АГ) I, II и III степени в возрасте от 19 до 59 лет. Диагноз был установлен на основании клинических и инструментальных данных. У всех больных учитывались показатели липидного спектра: уровень общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ). Определение чувствительности к фенилтиокарбамиду (ФТК) осуществлялось на основании метода Н. Harris и Н. Kalmus (1949).

Результаты. На основании проведенного обследования пациентов с АГ было выявлено, что среди обследованных больных «нон-тестерами» являлись 78 человек (60,8%), в том числе 51 мужчина (62,3% всех обследованных мужчин) и 27 женщин (58,1% всех обследованных женщин). «Тестерами», т.е. лицами, ощущающими вкус ФТК в разведениях с 5 по 14, оказались 52 человека (39,2%), среди них 32 мужчины (37,7%) и 20 женщин (41,9%). Обнаружены гендерные различия в исследуемых группах ($\chi^2_{(1)} = 0,307, p = 0,580$).

Среди показателей липидного обмена у обследованных больных

определялись ОХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ и рассчитывался коэффициент атерогенности. В группе пациентов, абсолютно не ощущающих вкус ФТК, средний уровень ОХС составил $6,3 \pm 0,4$ ммоль/л, уровень ЛПНП – $3,4 \pm 0,3$ ммоль/л, ЛПВП – $0,9 \pm 0,2$ ммоль/л, ТГ – $3,0 \pm 0,2$ ммоль/л. В группе пациентов, ощущающих вкус ФТК в разведении с 0 по 4, средний уровень ОХС составил $6,0 \pm 0,3$ ммоль/л, уровень ЛПНП – $3,1 \pm 0,2$ ммоль/л, ЛПВП – $1,0 \pm 0,1$ ммоль/л, ТГ – $2,9 \pm 0,2$ ммоль/л. В группе пациентов, ощущающих вкус ФТК с 5 по 14 разведение («тестеры»), средний уровень ОХС составил $5,5 \pm 0,5$ ммоль/л, уровень ЛПНП – $2,9 \pm 0,2$ ммоль/л, ЛПВП – $1,0 \pm 0,2$ ммоль/л, ТГ – $2,8 \pm 0,2$ ммоль/л.

Заключение. Таким образом, в группах «нон-тестеры» и «тестеры» были обнаружены гендерные различия (мужчины в группе «нон-тестеры» встречались достоверно чаще). При сравнении средних значений показателей липидного обмена в группах «нон-тестеры» и «тестеры» наиболее атерогенный липидный профиль наблюдается в группе абсолютных «нон-тестеров», несколько менее – в группе нечувствительных и минимальный – в группе «тестеры». Следовательно, установление чувствительности к ФТК может помочь спрогнозировать клиническое течение артериальной гипертензии и вероятность развития метаболических нарушений, а значит, исследование статуса вкусовой чувствительности к ФТК на ранних стадиях гипертонической болезни может помочь спрогнозировать вероятность развития сердечно-сосудистых осложнений.

ВКУСОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ФЕНИЛТИОКАРБАМИДУ И ЕЁ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Колесникова Е.Н., ассистент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики

Руководитель: Петрова Т.Н., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования: изучить особенности вкусовой чувствительности к фенилтиокарбамиду у пациентов с избыточной массой тела и ожирением.

Методы исследования. Материалом для исследования послужили результаты обследования 120 больных с индексом массы тела (ИМТ) более 25 кг/м^2 в возрасте от 19 до 59 лет. У всех больных учитывались антропометрические показатели: ИМТ, окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ) и отношение этих показателей (ОТ/ОБ). Определение чувствительности к фенилтиокарбамиду (ФТК) осуществлялось на основании метода Н. Harris и Н. Kalmus (1949).

Результаты. Вследствие проведенного обследования все пациенты были разделены на 2 группы: «нон-тестеры», т.е. лица, абсолютно не ощущающие горький вкус ФТК или ощущающие его в разведениях с 0 по 4, и группа «тестеры», ощущающие вкус ФТК в разведениях с 5 по 14. Группа «нон-тестеры» включала 73 человека (60,8%), в том числе 48 мужчин (62,3% всех обследованных мужчин) и 25 женщин (58,1% всех обследованных женщин). Группа «тестеры», т.е. лица, ощущающие вкус ФТК в разведениях с 5 по 14, составила 47 человек (39,2%), среди них 29 мужчин (37,7%) и 18 женщин (41,9%). Далее был проведен подробный анализ вкусовой чувствительности к ФТК с учетом антропометрических показателей исследуемых. Группа «нон-тестеры» включала 42% (31 человек) больных с избыточной массой тела при $\text{ИМТ}=25,1\text{-}29,9 \text{ кг/м}^2$; 27% исследуемых (20

человек) имели 1-ю степень ожирения ($\text{ИМТ}=30,1-34,9 \text{ кг/м}^2$); 2-ю степень ожирения ($\text{ИМТ}=35,1-39,9 \text{ кг/м}^2$) имели 20% пациентов (14 человек); 11% исследуемых (8 человек) в данной группе имели морбидное ожирение ($\text{ИМТ} > 40 \text{ кг/м}^2$). Абсолютное большинство пациентов составляли мужчины (65,8%). Группа «тестеры» включала 22% (10 человек) больных с избыточной массой тела при $\text{ИМТ}=25,1-29,9 \text{ кг/м}^2$; 34% исследуемых (16 человек) имели 1-ю степень ожирения ($\text{ИМТ}=30,1-34,9 \text{ кг/м}^2$); 2-ю степень ожирения ($\text{ИМТ}=35,1-39,9 \text{ кг/м}^2$) имели 25% пациентов (11 человек); 22% исследуемых (10 человек) в данной группе имели ожирение 3-й степени ($\text{ИМТ} > 40 \text{ кг/м}^2$). В этой группе большинство пациентов также составляли мужчины (61,7%). В группе «тестеры» примерно одинаковое количество лиц встречалось среди пациентов с избыточной массой тела, ожирением 2-й и 3-й степени и немного больше среди лиц с 1-й степенью ожирения.

Заключение. Таким образом, в группе «нон-тестеры» обнаружены достоверные гендерные различия, так как мужчины встречались почти в 2 раза чаще, чем в группе «тестеры». При этом средний уровень чувствительности к ФТК в первой группе был достоверно ниже. При сравнении средних значений антропометрических показателей было выявлено достоверно более высокое среднее значение ИМТ, ОТ, ОБ и ОТ/ОБ в группе «нон-тестеры» по сравнению с группой «тестеры». Показана значимость определения вкусовой чувствительности к ФТК при избыточной массе тела с целью возможного прогнозирования и предотвращения развития ожирения и связанных с ним осложнений, в том числе сердечно-сосудистых.

ВЛИЯНИЕ АКТИВНОСТИ ИЗОФЕРМЕНТА CYP2D6 НА ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ РАВНОВЕСНОЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ГАЛОПЕРИДОЛА У ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Комаров С.Д., ординатор ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Руководитель: Застрожин М.С., к.м.н., асс. кафедры наркологии;

Сычев Д.А., член-корр. РАН, д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования. Целью данной работы было оценить, насколько связана активность изофермента CYP2D6 с показателем отношения уровня равновесной концентрации и дозы галоперидола.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 69 мужчин, страдающих алкогольной зависимостью и находящихся на стационарном лечении в МНПЦ наркологии. В период обострения компульсивного влечения к алкоголю пациенты получали галоперидол в таблетированной форме в дозировке $4,46 \pm 1,49$ мг/сут (38 пациентов, однократный прием) и в инъекционной форме в дозировке $5,71 \pm 2,09$ мг/сут (31 пациент, однократный прием).

Активность изофермента CYP2D6 оценивали методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией (ВЭЖХ с МС/МС) на приборе Agilent 1200 LC/MS

Пробы для проведения ТЛМ отбирали венепункцией в вакуумные пробирки с КЗЭДТА после 5 дневной терапии галоперидолом (таблетки, инфузии, капли), т.е. по истечении пяти периодов полувыведения галоперидола и установления стационарной концентрации, до введения очередной дозы препарата, натощак.

Результаты исследования. Была обнаружена слабая связь между показателями активности CYP2D6 и уровнем равновесной концентрации галоперидола у пациентов, получавших его в виде раствора для

внутримышечных инъекций, хоть и не статистически значимая (Spearman's coefficient of correlation = -0,208, $p > 0,05$).

Выводы. Полученные данные расходятся с существующими на сегодняшний день представлениями о процессах биотрансформации галоперидола, так как показано, что основным изоферментом, участвующим в метаболизме галоперидола является CYP2D6, либо, вероятно, изменение активности CYP2D6 не так выражено сказывается на скорости биотрансформации и элиминации галоперидола. Еще одной причиной отсутствия статистически значимой связи между активностью CYP2D6 и уровнем равновесной концентрации галоперидола у пациентов, его получавших, является низкая выборка числа испытуемых. Таким образом, по результатам данного исследования можно сделать неоднозначный вывод о существовании зависимости между активностью CYP2D6 и скоростью элиминации галоперидола, а соответственно профилем эффективности и безопасности терапии, что может быть связано либо с недостаточным влиянием активности CYP2D6 на процесс биотрансформации галоперидола, либо с недостаточной выборкой исследования. Необходимо проведение дальнейших исследований с большим числом пациентов.

ВЛИЯНИЕ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА rs2108622 ГЕНА CYP4F2 НА РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К КЛОПИДОГРЕЛУ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Конова О.Д., клинический ординатор кафедры клинической фармакологии и терапии,

Рыжикова К.А. м.н.с. отдела молекулярно-биологических исследований научно-исследовательского центра,

Созаева Ж.А. лаборант кафедры клинической фармакологии и терапии

Руководитель: Сычёв Д.А., д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, зав. кафедрой клинической фармакологии и терапии

Мирзаев К.Б., к.м.н., с.н.с. сектора прикладных проблем персонализированной медицины научно-исследовательского центра
ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Цель исследования. Носительство аллельного варианта CYP4F2*3 (rs2108622, Val433Met) может влиять на антиагрегантный эффект клопидогрела, и, соответственно, на его клиническую эффективность и безопасность препарата в стандартной дозе. Целью исследования является оценка влияния носительства по крайней мере одной аллели CYP4F2*3 (rs2108622, Val433Met) на риск развития резистентности к клопидогрелу у больных с острым коронарным синдромом, перенесших чрескожное коронарное вмешательство.

Материалы и методы. В исследование был включен 81 пациент с острым коронарным синдромом (ОКС) и последующим чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ): 64 мужчины и 17 женщин; средний возраст: $63,9 \pm 10,9$ года. Аллельные варианты гена CYP4F2 определялись методом полимеразной цепной реакции в реальном времени. Функциональная активность тромбоцитов оценивалась с использованием портативного агрегометра VerifyNow P2Y12 assay.

Результаты. Распределение генотипов CYP4F2*3 среди больных ОКС: 40 (49,4%) пациентов имели нормальный генотип (CC); 38 (46,9%) являлись носителями одной минорной аллели Т, связанной со сниженным метаболизмом (генотип СТ), и 3 (3,7%) пациента были гомозиготными по аллели Т (генотип ТТ). Распределение аллелей и генотипов соответствовало закону Харди-Вайнберга ($\chi^2=2,79$; $p=0,095$). Частота носительства аллельного варианта Т (rs2108622, Val433Met) гена CYP4F2 статистически значимо не различалась в группе пациентов, резистентных к клопидогрелу ($PRU>208$) и в группе пациентов с нормальным ответом на клопидогрел ($PRU<208$): 36,8% против 54,8% ($p=0,17$). Среднее значения активности тромбоцитов (PRU) и степени ингибирования тромбоцитов (в %) у пациентов, имеющих аллельный вариант CYP4F2 Т (rs2108622, Val433Met) и не имеющих данного аллельного варианта, также статистически значимо не различались: $165,34 \pm 51,03$ vs. $174,8 \pm 51,06$ ($p=0,407$) и $29,51 \% \pm 21,59$ vs. $27,72 \% \pm 18,35$ ($p=0,69$).

Выводы. Носительство аллельного варианта CYP4F2*3 (rs2108622, Val433Met) не влияет на антиагрегантный эффект клопидогрела у пациентов с ОКС. Требуется проведение дальнейших исследований выборок большего размера для уточнения роли полиморфизма гена CYP4F2 в персонализации антиагрегантной терапии клопидогрелом.

ПРОЛАПС ВЕРХНЕГО СВОДА КОНЪЮНКТИВЫ ПРИ КРАНИООРБИТАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Королева Е.А., заочный аспирант кафедры офтальмологии

Руководитель: Яценко О. Ю., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Актуальность. Наиболее сложными повреждениями в структуре сочетанной травмы являются краниоорбитальные поражения. Большая часть

всех переломов орбиты, диагностируемых в педиатрической практике, приходится на повреждения ее нижней стенки (от 25% до 70%). Переломы же ее верхней стенки встречаются значительно реже (1-9%) и, как правило, сочетаются с другими краниофациальными повреждениями. У детей до 7 лет перелом верхней стенки глазницы встречается несколько чаще по сравнению со взрослыми. Это обусловлено особенностями анатомического строения черепа в детском возрасте, в частности отсутствием или недостаточной пневматизацией лобной пазухи. Крайне редким осложнением данных повреждений является орбитальное энцефалоцеле (выпадение оболочек и вещества головного мозга через дефект верхней стенки орбиты). Еще реже встречается выпадение верхнего конъюнктивального свода как результат патологического воздействия травматической мозговой грыжи. Учитывая вышеизложенное, нам представляется интересным привести пример собственного клинического случая.

Цель исследования. Демонстрация редкого клинического наблюдения.

Материалы и методы. Мальчик 10-ти лет в результате падения с 5 этажа получил тяжелую сочетанную травму: открытая черепно-мозговая травма, перелом костей свода и основания черепа, ушиб головного мозга, перелом верхней и нижней челюстей, перелом костей носа, перелом костей левого предплечья, назальная ликворея; гематома век обоих глаз, нейроретинопатия. На 5-е сутки после травмы появился двусторонний экзофтальм. На КТ визуализировалось орбитальное энцефалоцеле с двух сторон (больше справа). Спустя сутки появился пролапс верхнего конъюнктивального свода справа. В тот же день у пациента был диагностирован гнойный менингит. Хирургическое вмешательство было отложено.

Результаты. Клиническая картина проявилась выпадением верхнего конъюнктивального свода справа. Была проведена его репозиция с помощью стеклянной палочки и наложена иммобилизационная повязка. Процедура

репозиции верхнего свода конъюнктивы с наложением повязки проводилась в течение двух дней, после чего свод принял свое анатомическое положение.

Заключение. Данное клиническое наблюдение демонстрирует эффективность консервативного лечения. Орбитальное энцефалоцеле и выпадение конъюнктивального свода являются редкими осложнениями краниоорбитального повреждения. Своевременная диагностика и лечение энцефалоцеле глазницы крайне важны, так как повышенное орбитальное давление и изменение топографо-анатомических взаимоотношений ее структур могут приводить к тяжелым осложнениям, вплоть до полной потери зрения. Выпадение верхнего свода конъюнктивы является следствием изменения нормального анатомического положения структур верхне-переднего отдела орбиты, ответственных за положение и движения верхнего века и свода конъюнктивы.

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ВАРИАБЕЛЬНОСТЬЮ КОНЦЕНТРАЦИЙ ВАНКОМИЦИНА В РУТИННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Костицына М.А. врач-клинический фармаколог отделения клинической
фармакологии

Руководитель: Загородникова К.А., к.м.н., доц. кафедры терапии и
клинической фармакологии

СЗГМУ им И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: изучить факторы, влияющие на вариабельность концентраций ванкомицина в рутинной клинической практике.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты, получающие ванкомицин в соответствии с клиническими показаниями. Образцы для определения остаточной сывороточной концентрации (ОСК) ванкомицина отбирались на фоне достижения равновесной концентрации.

ОСК измеряли при помощи ВЭЖХ. При анализе учитывали следующие данные пациентов: пол, возраст, вес, клиренс креатинина (КК), сопутствующая терапия нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), инотропными препаратами, диуретиками, объем инфузионной терапии, тяжесть состояния пациента по шкале APACHEII, другие потери препарата (наличие асцита, отделяемое по дренажам), характер отделения в котором находится пациент (ОРИТ/ вне ОРИТ).

Результаты. Всего была проанализирована 101 ОСК ванкомицина, полученная от 68 пациентов. Все измерения были независимы друг от друга. После исключения показателей ОСК, достигнутых при применении режима дозирования, не соответствующего инструкции по применению, в окончательный анализ вошли 56 измерений. Показатели ОСК ванкомицина варьировали от 2 до 15 мкг/мл (среднее значение 6 ± 3 мкг/мл). КК и нахождение пациента в отделении ОРИТ были факторами, отвечающими за 15% вариабельности ОСК в линейной регрессионной модели ($p < 0,05$). У пациентов с КК более 80 мл/мин вариабельность ОСК также объяснялась КК и использованием петлевых диуретиков ($p < 0,05$). У пациентов, находящихся в отделениях ОРИТ, ОСК ванкомицина коррелировала с использованием НПВС ($R = 0,5$; $p < 0,05$), однако, этот параметр не увеличивал предсказательную способность модели.

Выводы. КК является важным фактором, объясняющим вариабельность ОСК ванкомицина даже у пациентов с нормальной функцией почек, и должен быть использован при выборе стартового режима дозирования для обеспечения более быстрого достижения целевых значений ОСК.

ВЛИЯНИЕ КОКАРНИТА НА УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА И НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Косян А.А., аспирант кафедры эндокринологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

В последние годы важную роль отводят гипергомоцистеинемии в развитии нарушений микроциркуляции крови и эндотелиальной дисфункции сосудов. Причиной гипергомоцистеинемии при сахарном диабете 2 (СД 2) типа может стать недостаток витамина В12. Метаболически значительный дефицит витамина В12 приводит к нарушению процесса метилирования и к накоплению внутриклеточного и сывороточного гомоцистеина.

Цель исследования: уточнить влияние кокарнита на уровень гомоцистеина крови и функцию эндотелия сосудов у пациентов с СД 2.

Материалы и методы. Были обследованы 11 пациентов с СД 2. Произведено измерение уровня гомоцистеина и определение степени нарушения функции эндотелия исходно и после терапии. Терапию проводили в течение 9 дней комплексным препаратом кокарнит внутримышечно один раз в день. В состав кокарнита входит кокарбоксилаза, трифосфаденин динатрия тригидрат, цианкобаламин, никотинамид. Уровень гомоцистеина определяли в венозной крови утром натощак, функцию эндотелия определяли с помощью аппарата вазографа (аппарат «Тонокард», Россия). Сравнение количественных признаков проводилось с помощью t-критерия Стьюдента. Для оценки значимости различия долей применяли критерий χ^2 Пирсона. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Средний уровень гомоцистеина до терапии составил $15,518 \pm 2,32$ мкмоль/л, после терапии – $9,755$ мкмоль/л ($p > 0,05$) (норма $5,0$ – $15,0$ мкмоль/л), среднее значение эндотелиальной функции до терапии было ниже нормы и составило $12,2 \pm 8,223\%$ и после терапии – $49,818 \pm 7,8\%$

($p < 0,05$) (норма 30-60%). Сравнивали полученные данные до и после терапии. Значение критерия χ^2 составило 14,429. Критическое значение χ^2 при уровне значимости $p < 0,01$ составило 6,635. Связь между факторным и результативными признаками статистически значима ($p < 0,01$).

Выводы.

1. Исследование показало, что у пациентов с сахарным диабетом 2 типа гомоцистеин выше нормы.
2. Кокарнит положительно влияет на функцию эндотелия.
3. Хотя снижение уровня гомоцистеина на фоне терапии незначительно, но между снижением уровня гомоцистеина и нормализацией функции эндотелия есть статистически значимая связь.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И МАРКЕРНАЯ ДЕТЕКЦИЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

Кравченко Л.А., ассистент кафедры общей и клинической фармакологии

Руководитель: Чабан Т.В., д.м.н., проф.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Актуальность. ВИЧ-инфекция и вирусный гепатит С имеют общие пути передачи и распространяются в одних и тех же группах населения. Вирусные гепатиты в сочетании с ВИЧ-инфекцией являются одной из наиболее актуальных проблем современной медицины.

Цель работы. Изучение основных эпидемиологических, клинических и лабораторных особенностей проявления и течения вирусного гепатита С и ВИЧ-инфекции как микст-патологии, разработка и обоснование алгоритма эпидемиологической диагностики, лечения и профилактики.

Материалы и методы. Для выполнения этой работы проводилось клинико-лабораторное обследование больных с ВИЧ-инфекцией и

хроническим вирусным гепатитом С, которые наблюдались в Центре профилактики и борьбы со СПИД г. Одессы в 2015-2016 гг. Были выделены три основные клинические группы: 1) пациенты с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) – 41 человек; 2) пациенты с ВИЧ-инфекцией (ВИЧ) – 58 человек; 3) пациенты с микст-инфекцией (ВИЧ + ХВГС) – 81 человек. Все пациенты с ВИЧ-инфекцией получали лечение препаратами алувия и калетра (лопинавир 200 мг и ритонавир 50 мг) по 2 таблетки 2 раза в день (800/200 мг) перорально.

Результаты и их обсуждение. Концентрация вируса гепатита С в крови подлежала следующей градации: 1+ (1:1) и 2+ (1:10) – вирусная РНК определяется в низком титре, уровень виремии низкий, 3+ (1:100) – средний уровень виремии и, наконец, 4+ (1:1000) и 5+ (1:10000) – высокий уровень виремии. Высокая концентрация вируса гепатита С в крови при мононозологии (с титром 1:1000 и 1:10 000) сопровождается снижением содержания альбумина до $40,15 \pm 6,52$ ($p \leq 0,05$) и повышением γ -глобулинов до $29,89 \pm 4,45$ ($p \leq 0,05$). У больных с максимально высокой степенью виремии заболевание протекает с выраженной гипербилирубинемией ($p \leq 0,05$), с преимущественным нарастанием прямого билирубина в 23 раза ($p \leq 0,05$) и с изменением соотношений фракций прямого и непрямого билирубина (4,5:1), у них в 29 раз выше активность аланинаминотрансферазы, в 15 раз – аспартатаминотрансферазы, в 5 раз – гамма-глутамилтрансферазы соответственно. При сочетанной патологии ХВГС+ВИЧ содержание альбумина снизилось до $30,23 \pm 5,81$ ($p \leq 0,05$) и повысился уровень гамма-глобулинов до $33,56 \pm 5,78$ ($p \leq 0,05$). В этой же группе больных увеличивался уровень прямого билирубина в 27 раз ($p \leq 0,05$) с изменением соотношений фракций прямого и непрямого билирубина (5,2:1), а также в 34 раза выше активность аланинаминотрансферазы, в 18 раз – аспартатаминотрансферазы, в 8 раз – гамма-глутамилтрансферазы соответственно.

Выводы. Выраженность метаболических нарушений при одинаковой степени виремии зависит от типа вируса гепатита и наличия коморбидности.

Синдром цитолиза с нарушением альбуминсинтетической функции печени более выражен при гепатите С в сочетании с ВИЧ. При гепатите С с минимально выраженной вирусемией, которая определяется только при титре 1:1, общими чертами являются нормальный уровень общего билирубина или незначительная гипербилирубинемия при значительном подъеме прямого билирубина, повышенные значения тимоловой пробы.

АНТИБИОТИКОУСТОЙЧИВОСТЬ И СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ, ВЫДЕЛЕННОЙ ОТ ПАЦИЕНТОВ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Круглов Е.Е., аспирант кафедры медицинской биологии, генетики и экологии

Руководители: Мякишева Ю.В., д.м.н., доц.; Лямин А.В. к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г.Самара

Цель исследования. Изучение состава и особенностей структуры микроорганизмов с определением антибиотикорезистентности микрофлоры, выделенной у пациентов в многопрофильном стационаре

Материалы и методы. Анализ микробной картины и устойчивости к антимикробным химиопрепаратам микрофлоры у пациентов с использованием микробиологического метода, эпидемиологического анализа.

Результаты. Исследование проведено на базе отделения реанимации и интенсивной терапии крупного стационара г. Самара. Было изучено более 300 карт микробиологического посева пациентов, с общим количеством выделенных микроорганизмами из различного биоматериала пациентов 430 штаммов (кровь, моча, ликвор, раневое отделяемое) за 5-летний период. При изучении антибиотикорезистентности *Staphylococcus spp.* в 67,23% случаев выявлена устойчивость представителей данного рода к оксациллину. *Candida spp.* резистентны к флуконазолу в 7,13% случаев, устойчивости к

флуцитозину, вориконазолу, амфотерицину В не обнаружено. *Pseudomonas spp.* устойчива в 66,75% – к имипенему, в 54,67% – к цефтриаксону, в 45,53% – к цефтазидиму, в 42,92% – к цефотаксиму. *Enterococcus spp.* устойчив к препаратам группы пенициллинов (пенициллин 63,67% и 71,44% случаев соответственно), к представителям фторхинолонов (левофлоксацин – 63,64%, ципрофлоксацин – 63,65%), эритромицину (55,63%), тетрациклину (36,44%).

Таким образом, в результате проведенного исследования отмечено появление в структуре микрофлоры микроорганизмов различных видов, в частности, стафилококков с оксациллинрезистентностью (метициллинрезистентностью). Данный факт должен привлечь к себе повышенное внимание со стороны персонала стационара в случае проведения комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Выводы.

1. Необходимо постоянно вести динамический эпидемиологический мониторинг микробного пейзажа в стационаре с обязательным учетом приоритетной резистентности к антибактериальным химиопрепаратам.

2. Наличие в структуре основных групп микроорганизмов, занимающих в приведенной выше стратификации первые места, должно привлекать особое внимание со стороны врача-эпидемиолога стационара, лечащих врачей, администрации лечебно-профилактической организации.

3. В результате проведенного исследования выявлена совокупность единично встречающихся микроорганизмов, ежегодно представленная 30,93-43,94% от всех возбудителей в структуре микроорганизмов, что требует тщательного подхода к подбору правильной и эффективной антибиотикотерапии и настороженности всех участников лечебного процесса.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кувшинова Я.В., ординатор второго года кафедры психотерапии и
сексологии

Руководитель: Макаров В.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Несмотря на более чем вековую историю специальности психотерапии и существование множества модальностей, а значит, методик внутри самой специальности, до настоящего времени не существовало методов объективной, инструментальной, а не патопсихологической оценки эффективности проведённого психотерапевтического лечения.

Цель исследования: рассмотреть возможные методы для объективной инструментальной оценки эффективности психотерапевтического вмешательства.

Задачи исследования.

1. Проанализировать методы инструментальной оценки эффективности психотерапевтического вмешательства.
2. Определить наиболее изученные модальности с помощью объективных инструментальных методов модальности психотерапии.
3. Рассмотреть наиболее значимые методы объективных инструментальных исследований в качестве рекомендаций к оценке эффективности психотерапевтического лечения.

Результаты. Проведённый научный поиск показал, что на сегодняшний день появилось множество методов, позволяющих проводить объективную оценку психотерапевтических вмешательств. Так, было выяснено, что полиморфизмы генов серотонин- и дофаминергической системы могут влиять на черты характера человека (например, наиболее значимым влиянием полиморфизмы генов обладают на невротизацию), что, в

свою очередь, является основой для отягощающих преморбидных состояний у пациентов, а также имеет прямую связь с прогнозом эффективности проводимых психотерапевтических мероприятий. Столь же показательными продемонстрировали себя биохимические анализы — определение изменения нейромедиаторов «до» и «после» психотерапии. Вместе с этим появилась возможность оценивать способность связывания нейромедиаторов с соответствующими рецепторами, а также оценивать изменения нейронной активности (например, в миндалине, в поясной извилине, отвечающих за эмоции и когнитивную гибкость) в головном мозге, что позволяет объективно оценить динамику состояний «до» и «после» проводимой психотерапии. Данные исследования стали возможными с развитием методов позитронно-эмиссионной и функциональной магнитно-резонансной томографии.

Заключение. Несмотря на непрекращающийся научный поиск, на сегодняшний день не существует современных инструментальных методов оценки эффективности психотерапии, применимых в рутинной клинической практике. В первую очередь это связано с дороговизной такого рода диагностических методов, а также с недостаточностью доказательной базы в существующих исследованиях (отсутствие крупных мультицентровых исследований). Следует особо выделить тот факт, что существующие на сегодняшний день инструментальные методы оценки были апробированы лишь в рамках одной модальности (когнитивно-поведенческой психотерапии), что не позволяет в полной мере экстраполировать полученные данные на другие признанные методы психотерапии.

РОЛЬ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА В РАЗВИТИИ ОЖИРЕНИЯ

Купаева В.А., ординатор кафедры гастроэнтерологии

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

зав. кафедрой гастроэнтерологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Кишечник человека населяют более 100 триллионов (10^{14}) клеток. Это разнообразные виды бактерий, грибов и вирусов. Их взаимодействие между собой играет ключевую роль в регулировании физиологических процессов, протекающих в организме хозяина.

В настоящее время известно пять основных филотипов бактерий, которые преобладают в составе микрофлоры кишечника: Firmicutes, Bacteroidetes, Actinobacteria, Proteobacteria и Verrucomicrobia. Более 90% популяции бактерий, участвующих в поддержании эубиоза, являются грамотрицательными анаэробами и включают представителей таких родов как Bacteroides, Eubacterium, Bifidobacterium и Fusobacterium.

По данным Всемирной организации здравоохранения на 2014 год, более 1,9 миллиарда взрослых людей имеют избыточную массу тела, из них около 600 миллионов страдают ожирением.

Взаимосвязь кишечной микробиоты и метаболических нарушений впервые была доказана в лаборатории Джеффри Гордона в Вашингтонском Университете. Авторы одними из первых изучили роль микрофлоры кишечника в развитии ожирения. Они продемонстрировали, что у лептин-дефицитных мышей, характеризующихся повышенным аппетитом и избыточной массой тела, в составе кишечной микрофлоры имеется дефицит Bacteroidetes и повышенное количество Firmicutes по сравнению с контрольными животными. В серии экспериментов выявлено, что микроорганизмы кишечника разрушались у перекормленных мышей с ожирением. Это продемонстрировано в использовании безмикробных

мышей, которые родились и воспитывались в стерильных условиях. Исследования показали, что неинфицированные мыши могут съесть то, что им нравится, не прибавляя при этом в весе. Но при пересадке нормальной микрофлоры в кишечник и избыточном пищевом рационе мыши прибавили в весе. Таким образом, микробиота имеет решающее значение для переваривания и усвоения пищи.

Кишечная микробиота – сбалансированная экосистема. Дисбаланс в ней ассоциирован с развитием различных патологических состояний. Доказано, что соотношение Firmicutes и Bacteroidetes в фекальных массах здоровых взрослых составляет 10/1, у больных ожирением – 100/1.

Роль пристеночной микрофлоры кишечника человека в генезе метаболических заболеваний требует дальнейшего изучения. Большинство работ, посвященных взаимосвязи ожирения и кишечной микрофлоры, представляют результаты экспериментальных исследований на животных. Изучение микробиоты человека представляет большие трудности и должно учитывать различные факторы, влияющие на результаты: гендерные различия, питание, географические особенности проживания, этническая популяция, возраст, прием антибиотиков.

Перспективным представляется исследование пристеночной микрофлоры различных отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с ожирением с применением нового молекулярно-генетического метода полимеразной цепной реакции с детекцией результатов в режиме реального времени.

Возможности влияния на состав микрофлоры с помощью антибиотиков, пробиотиков, пребиотиков, синбиотиков, применения короткоцепочечных жирных кислот давно обсуждаются в клинической практике. Однако мы еще слишком мало знаем об огромном количестве микроорганизмов, нас населяющих, и попытки биокоррекции микробиоты требуют серьезной доказательной базы. Безусловно, перспективным

представляется новое направление в лечении ожирения и коморбидных состояний – модуляция кишечной микрофлоры.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ РЕБЕРНЫХ ХРЯЩЕЙ ПРИ ВОРОНКОВИДНОЙ И КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Курков А.В., аспирант кафедры патологической анатомии им. академика

А.И. Струкова

Руководитель: Пауков В.С., д.м.н., проф.

ГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

Врожденные деформации грудной клетки (ВДГК) – тяжелые заболевания, приводящие, помимо косметических дефектов, к патологии дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Наиболее распространенными из них являются воронковидная (*pectus excavatum*, PE) и килевидная (*pectus carinatum*, PC) деформации. Патогенез и морфологические изменения в реберных хрящах при PE и PC изучены недостаточно, что затрудняет разработку патогенетических подходов к коррекции этих заболеваний.

В настоящее время принято считать, что ВДГК – это проявления дисплазии соединительной ткани (ДСТ). ДСТ – полиорганная и полисистемная патология с прогрессивным течением, в основе которой лежат дефекты синтеза или катаболизма компонентов экстрацеллюлярного матрикса (ЭЦМ) или регуляторов морфогенеза соединительной ткани.

Цель исследования. Выявление морфологических признаков ДСТ в реберных хрящах при PE и PC и сравнение полученных данных с данными мировой литературы.

Материалы и методы. Изучены реберные хрящи от 10 пациентов 8-17 лет с воронковидной и 10 пациентов 11-17 лет с килевидной деформациями грудной клетки (операционный материал) и, в качестве контроля, от 7 детей

8-17 лет с нормальной грудной клеткой (атопсийный материал). Использованы методы фазово-контрастной, темнопольной и поляризационной микроскопий, гистохимии, проведено морфометрическое исследование с использованием методов математической статистики. Результаты оценивались с учетом мировой литературы (поиск при помощи электронных баз данных MEDLINE и Google Scholar).

Результаты. Анализ литературы показал, что при РЕ и РС возникают структурные и функциональные изменения грудино-реберного комплекса, вероятно, связанные с изменениями экспрессии генов, кодирующих белки ЭЦМ. Эти изменения подходят под определение ДСТ. До сих пор неизвестно, какие именно патологические процессы в грудино-реберном комплексе и каким образом приводят к развитию того или иного вида ВДГК. Одним из наименее изученных вопросов является роль амиантоидной трансформации (АТ) матрикса реберных хрящей при ВДГК. АТ характеризуется образованием утолщенных коллагеновых волокон и фибрилл в матриксе реберных и некоторых других гиалиновых хрящей и ряда тканей (в том числе – опухолевых). В реберных хрящах АТ является физиологическим процессом, который возникает в конце первой декады жизни и продолжается всю жизнь. В нашем исследовании было показано, что АТ – единый непрерывный процесс реорганизации матрикса реберного хряща в норме, при РЕ и РС, который имеет несколько типов. Качественных различий между типами АТ в группах контроля, РЕ и РС не обнаружено, однако статистический анализ данных морфометрии показал значимое увеличение частоты встречаемости и относительной площади очагов АТ при врожденных деформациях по сравнению с контролем. Также показано наличие корреляций между возрастом детей и площадью различных типов АТ, между площадью различных типов АТ, различия между корреляциями в исследуемых группах детей.

Заключение. В реберном хряще у детей с нормальной грудной клеткой и с врожденными деформациями обнаруживаются разные типы АТ, которые

являются стадиями единого процесса. У детей с РЕ и РС участки АТ различных типов встречаются чаще и занимают большую площадь. Эти изменения связаны с биомеханическими особенностями растущей грудной клетки и играют роль в патогенезе врожденных деформаций грудной клетки.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Куров М.А., очный аспирант кафедры травматологии и ортопедии

Руководитель: Голубев В.Г., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва

Актуальность. Повреждения голеностопного сустава (ГС) являются наиболее часто встречающимися травмами опорно-двигательного аппарата. По данным А. Ваег [et al.] (2011), повреждения связок голеностопного сустава по частоте занимают второе место после повреждений коленного сустава. В большинстве игровых видов спорта капсульно-связочный аппарат ГС постоянно подвергается экстремально высоким нагрузкам. G. Liska [et al.] (2016) отмечают, что инверсионная травма ГС в баскетболе составляет 45% всех травм, в футболе – до 31%. Повреждение латерального связочного аппарата ГС – самая частая травма в спортивной медицине, которая почти в 40% случаев заканчивается хронической нестабильностью ГС (ХНГС).

Анализ данных отечественных авторов, опыт московского здравоохранения свидетельствуют, что в 20-40% случаев острая травма приводит к ХНГС, которая сопровождается в дальнейшем развитием остеоартроза, что резко ухудшает качество жизни пациентов. В 72% случаев через 6-18 месяцев сохраняются остаточные явления повреждения связок ГС (В.Г Голубев, Ю.Г. Постнов, 2015).

Учитывая высокий риск рецидивов, а также то, что большинство больных являются лицами трудоспособного возраста, на сегодняшний день

восстановление функции ГС приобретает не только медицинское, но и важное социальное значение.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с ХНГС путем оптимизации тактики операционного лечения.

Материалы и методы. Клиническим материалом являются пациенты, находившиеся на лечении в отделении травматологии ФГБУЗ «ЦКБ РАН» в 2010-2016 гг. и оперированные по поводу ХНГС. Пациентам проводятся современные методы диагностики и обследования: общеклинические, лабораторные, обязательное анкетирование по адаптированным шкалам SF-36, AOFAS. Применяются инструментальные методы исследования: визуализационные неинвазивные: УЗИ, МРТ, МСКТ ГС; визуализационные инвазивные: лечебно-диагностическая артроскопия ГС; рентгенографические методы обследования, в том числе сравнительная рентгенография обоих голеностопных суставов в покое и в нагрузке с измерением рентгенографических параметров (ширина треугольника Фолькмана, ширина межберцового промежутка, клиновидность сустава); функциональные методы исследования: стабилметрия и видеоанализ ходьбы. На госпитальном этапе оперативное лечение ХНГС проводится методами анатомического восстановления связок ГС – операция «Brostrom» (и ее модификации «ArthroBrostrom») и неанатомической реконструкции – операция по методу «Chrisman-Snook».

Результаты. Операция Brostrom (и ее модификации) – менее травматична, есть возможность проведения ее с применением артроскопической техники, позволяет предотвратить развитие остеоартроза у пациентов. Операцию по методу «Chrisman-Snook» целесообразно проводить в случаях, если связки невозможно реконструировать или заменить в ходе операции, а также при длительном анамнезе заболевания, неоднократных рецидивах.

Заключение. Анализируя результаты проведенного оперативного лечения пациентов, можно сделать вывод, что ХНГС можно эффективно лечить при помощи оперативных методов.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О СКРИНИНГЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЕГО ВАЖНОСТЬ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА

Лапина Е.Ю., студентка педиатрического факультета

Руководитель: Глущенко В.А., к.м.н., проф.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ, г. Санкт-Петербург

Актуальность исследования. Онкологические заболевания занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний по смертности (ВОЗ, 2015). По прогнозам ВОЗ с 1999 по 2020 год заболеваемость онкологическими заболеваниями и смертность возрастут в два раза с 10 до 20 млн новых случаев и с 6 до 12 млн регистрируемых смертей. Следует отметить, что при диагностике рака на I стадии – выживаемость составляет более 92%, на IV стадии – всего 12%. Таким образом, главной задачей является ранняя диагностика.

Цель исследования: на основании проведенного социологического исследования, разработать рекомендации по привлечению внимания общества к проблеме скрининга онкологических заболеваний, разработка специализированного приложения для смартфонов, развитие культуры обследования.

Материалы и методы. Анкетирование населения в возрасте от 18 до 75 лет.

Результаты. Проведённое исследование позволило установить крайне недостаточное внимание к проблеме диагностики онкологических заболеваний. По результатам опроса были выделены основные причины,

останавливающие людей от прохождения скрининга – недостаточная осведомленность о значимости скрининга, недоверие к методам диагностики.

К основным источникам информации, из которых респонденты узнали о программах скрининга, относятся: на первом месте – сеть Интернет (31,0%), на втором месте – научно-популярная литература (14,6%) и на третьем – телевидение (11,0%). Только 9,8% опрошенных получили данную информацию от медицинских работников.

По результатам исследования лишь 28,0% посещают врача ежегодно, 52,0% вообще не обращаются к врачам. Было выявлено, что лишь 14,6% опрошенных проходили скрининг на онкологию хотя бы один раз в жизни. Ежегодно проходят обследование 6,7% респондентов.

Выводы. Наиболее результативным методом информирования населения об эффективности скрининга онкологических заболеваний, а также о значимости ранней диагностики рака, являются средства массовой информации (СМИ), в особенности интернет-ресурсы;

- уровень проведения санитарно-просветительной работы медицинскими работниками недостаточен;

- у населения нет настороженности к онкологическим заболеваниям, поэтому нет интереса к профилактической диагностике рака.

Предложения. В связи с тем, что большинство респондентов получают информацию об онкологических заболеваниях из интернет-ресурсов, следует увеличить информационную базу интернет-сети, посвященную проблеме ранней диагностики данной патологии.

С целью формирования у населения правильного представления об эффективности современных методов ранней диагностики онкологических заболеваний и о значимости выявления онкологических заболеваний на ранних стадиях необходимо усилить санитарно-просветительную работу медицинскими работниками и активно размещать данную информацию и в других средствах массовой информации (радио, телевидение, газеты, журналы, научно-популярная литература и др.).

КОНЦЕНТРАЦИЯ ДАБИГАТРАНА И СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Леванов А.Н., ассистент кафедры профпатологии, гематологии и
клинической фармакологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского, г. Саратов,

Денисенко Н.П., младший научный сотрудник Сектора прикладных проблем
персонализированной медицины НИЦ ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва,

Рябова А.В., научный сотрудник группы клинико-фармакологических
технологий НИЦ ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва,

Руководители: Сычев Д.А., член-корр. РАН, д.м.н., проф., зав. кафедрой
клинической фармакологии и терапии ФГБОУ ДПО РМАНПО, г. Москва;

Шелехова Т.В., д.м.н., проф., зав. кафедрой профпатологии, гематологии и
клинической фармакологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им.

В.И. Разумовского, г. Саратов

Актуальность. У добровольцев с умеренным нарушением функции почек значение AUC дабигатрана после приема внутрь было приблизительно в 3 раза больше, чем у лиц с неизменной функцией почек, что свидетельствует о важности изучения функции почек у всех пациентов перед назначением дабигатрана. Выпущенные в 2015 году российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбозмболических осложнений (ВТЭО) отметили возможность назначения дабигатрана пациентам с умеренным нарушением функции почек при плановом протезировании тазобедренного или коленного сустава перорально 1 раз в сутки по 150 мг.

Цель исследования: оценить влияние негенетических факторов (пол, возраст, клиренс креатинина) на уровни равновесных концентраций дабигатрана у пациентов после эндопротезирования крупных суставов в реальной клинической практике.

Следует отметить, что, по имеющимся данным, побочные эффекты приема дабигатрана, связанные с кровотечениями, развивались преимущественно у лиц более пожилого возраста (медиана возраста 80 лет). В нашем исследовании не было пациентов в возрасте старше 80 лет.

Материалы и методы. Набор пациентов обоего пола проводился на базе отделений СарНИИТО г. Саратова. Всего в исследование было включено 30 пациентов в возрасте от 43 до 77 лет (медиана 62,5 года), которым проводилась профилактика ВТЭО дабигатраном эксилатом в дозе 220 мг/сут однократно после перенесенного оперативного вмешательства эндопротезирования крупных суставов (коленного сустава – 28 больных и тазобедренного сустава – 2). Определение остаточной и пиковой равновесной концентрации дабигатрана в плазме крови проводилось методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ).

Результаты. В нашем исследовании пиковая равновесная концентрация (ПРК) колебалась от значения ниже калибровочного диапазона (2 нг/мл) до максимальной – 196 нг/мл (медиана – 15,45 нг/мл и мода – 11,3 нг/мл). При данном режиме дозирования 220 мг/сут однократно у всех больных остаточная равновесная концентрация была ниже порогового калибровочного диапазона (менее 2 нг/мл), что свидетельствует о большой широте терапевтического действия препарата. Следует отметить, что ни у одного пациента не было зафиксировано тромбоза магистральных сосудов или клинически значимого тромбоза.

При сопоставлении пиковых равновесных концентраций по возрасту у лиц моложе 65 лет (средняя концентрация – 65,2 нг/мл, медиана 15,3 – нг/мл) с концентрацией у пациентов после 65 лет (средняя концентрация – 25,8 нг/мл, медиана – 15,6 нг/мл) разница недостоверна (по Манн-Уитни, $p=0,3$), что, вероятно, связано с неправильным распределением.

При анализе распределения пиковой равновесной концентрации по возрасту у условно «молодых» пациентов есть разделение на 2 группы (с

«высокой» и «низкой» концентрацией), а у лиц старше 65 лет такого разделения практически нет.

При корреляционном анализе взаимосвязи у наших пациентов между возрастом и пиковой равновесной концентрацией дабигатрана методом ранжирования Спирмена нами получено, что корреляция отсутствует как по всей исследовательской группе – $R = -0,21$, так и у лиц моложе 65 лет – $R = -0,18$ и у лиц старше 65 лет – $R = -0,07$. Поэтому режим дозирования для этих пациентов не зависит от их возраста.

При сопоставлении ПРК дабигатрана у пациентов с КК больше 80 мл/мин по Кокрофту-Голту (24 пациента) и меньше 80 (6 пациентов) при сравнительном анализе по Манн-Уитни нами достоверной разницы не получено.

При корреляционном анализе (методом Спирмена) между ПРК и КК по разным формулам СКД-EPI, MDRD и Кокрофту-Голта не получено значимой корреляции: $r = 0,028$, $r = 0,186$ и $r = 0,059$ соответственно. Следует отметить, что все пациенты имели нормальную, или повышенную, или только начальное снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

У 6 пациентов с низким КК по Кокрофту-Голту менее 80 мл/мин обнаружена прямая положительная связь с ИМТ (чем выше ИМТ, тем выше концентрация) – $r = 0,84$. Это свидетельствует о том, что у пациентов с избыточной массой тела и низкой СКФ высокий риск геморрагических осложнений.

В ходе выполнения нашего исследования было отмечено, что у одного пациента даже при умеренном ухудшении функции (СКФ=44 мл/мин по Кокрофту-Голту) концентрация дабигатрана в крови не была выше, чем у больных с нормальной функцией почек.

В связи с тем, что наша исследовательская группа была неоднородной по половому признаку (93,3% женщин), мы не можем сделать выводов по корреляции между концентрацией дабигатрана и половой принадлежностью. В основных исследованиях по профилактике развития ВТЭО было

установлено, что концентрация препарата у женщин была примерно в 1,4-1,5 раза (на 40–50%) выше, что, скорее всего, связано с полиморфизмом генов гликопротеина Р.

Выводы. Концентрация дабигатрана у пациентов для профилактики ВТЭО после эндопротезирования крупных суставов в дозе 220 мг/сут однократно не зависит ни от возраста пациента, ни от выделительной функции почек (уровня креатинина в плазме крови и СКФ, рассчитанной по разным формулам), что свидетельствует о высокой безопасности препарата у широкого круга пациентов.

Таким образом, нарушения функции почек могут быть только отчасти тем фактором, которым можно объяснить увеличение риска развития кровотечений при использовании дабигатрана в реальной клинической практике.

Многочисленные факторы, влияющие на фармакокинетику и фармакодинамику НОАК, в том числе и дабигатрана, в комбинации со сложной системой гемостаза требуют тщательного дальнейшего изучения этой проблемы.

РОЛЬ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Левченко А.С.¹, аспирант кафедры оториноларингологии,

Распопов А.А.², врач-оториноларинголог

Руководители: Мезенцева О.Ю., к.м.н., доцент; Полоников А.В., д.м.н.,
проф., акад. РАЕН

¹ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск

²Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения

"Городская больница № 1 города Старого Оскола", г. Старый Оскол

Цель исследования: проанализировать влияние генов провоспалительных и противовоспалительных цитокинов на развитие хронического риносинусита.

Материалы и методы: Обзор литературных данных.

Хронический риносинусит (ХРС) представляет собой синдром, связанный с персистирующим воспалением слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Выделяют две формы ХРС: хронический риносинусит с полипозом носа (ХПРС) и хронический риносинусит без полипоза носа (ПН) (ХРС без полипоза носа).

В развитии процессов воспаления и ХПРС, и ХРС без ПН существенную роль играют специфические иммунологические маркёры – цитокины. При этом, по данным различных источников, уровень их экспрессии при вышеупомянутых формах ХРС различается. Некоторые исследования предполагают, что воспалительный профиль с участием клеток TH2 (например, повышение уровня эозинофилов, IL-5 и IL-13 в синоназальной ткани) может быть более характерен для ХПРС, чем для ХРС без полипоза носа.

В 2007 году в Новосибирске Е.В. Данигевичем, М.А. Рымша и др. был изучен диаллельный полиморфизм промоторных регионов генов некоторых интерлейкинов с развитием заболевания ХПРС. Установлен повышенный уровень продукции ИЛ-1, ИЛ-3, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-6, гранулоцитарного и моноцитарного колониестимулирующего фактора, интерферона и фактора некроза опухолей (ФНО) у больных ХПРС.

Другим известным цитокином, индуцирующим иммунную поляризацию TH2, является IL-33. Генетическая изменчивость в IL33 связана с болезнями аллергическими заболеваниями, в том числе в ассоциации с астмой.

Plager и др. (2010) при исследовании синоназальной ткани у пациентов с ХРС предположил наличие ассоциации между ХПРС и ненормальной экспрессией гена интерлейкин-1-рецептора-1 (например, IL1RL1; он же ST2 и IL18RI), который также является рецептором и для IL-33.

Было показано, что пептидные ингибиторы TGFb1 изменяют иммунную функцию в Т-клетках и поэтому играют роль в снижении иммунной дисрегуляции при ХРС. А Joel M. Bernstein и др. (2009) обнаружили, что частота аллелей промоторной области гена TNF-α значительно отличалась у больных с массивным полипозом носа по сравнению со здоровыми лицами.

Роль других генов провоспалительных цитокинов в патогенезе ХПРС показана в китайском исследовании (2012): при обследовании 123 пациентов с ХРС (фенотип не определен) и 239 контрольных субъектов выявлена связь между ХРС и генетической изменчивостью в гене IL-6.

Leandra Mfunu Endam в своем исследовании 2008 года утверждает, что стимуляция интерлейкин-22-рецептора альфа-1 (IL22RA1) приводит к увеличению врожденных иммунных реакций при воспалительных заболеваниях. Кроме того, сниженный уровень IL22RA1 обнаруживается у больных с рецидивирующим ХПРС.

Выводы. Таким образом, гены провоспалительных и противовоспалительных цитокинов могут играть существенную роль в патогенезе хронического риносинусита.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ИНСУЛЬТОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Лохов А.В., очный аспирант кафедры анестезиологии и реаниматологии

Руководитель: Горбачев В. И., д.м.н., проф.,

зав. каф. анестезиологии и реаниматологии

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

Цель исследования: доказать необходимость осуществления респираторной поддержки на догоспитальном этапе у пациентов с тяжелыми формами ОНМК.

Материалы и методы. Всего было исследовано 123 истории болезни пациентов, находившихся на лечении в РСЦ ГБУЗ Иркутская областная клиническая больница ордена "Знак Почета", по тотальному скринингу с диагнозом ОНМК и с угнетением сознания от сопора и менее. По истории болезни пациентов фиксировались показатели кислотно-основного состояния крови, уровень сатурации, исход лечения пациентов в стационаре (оценка исхода ОНМК по расширенной шкале исходов Глазго).

Сформировано две группы. В первую группу вошел 41 пациент, которым на догоспитальном этапе проводилась протекция верхних дыхательных путей (применение воздуховода, интубация трахеи), искусственная вентиляция легких. Во вторую группу вошли 82 пациента, которым респираторная поддержка не проводилась.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета программ Statistica 6.0. Полученные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха. Для оценки

различия средних в несвязанных выборках применяли критерий Манна-Уитни, в связанных выборках – критерий Вилкоксона. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. SpO_2 в первой группе – 97 (96-98) %, в отличие от 87 (84-90) % во второй группе. pO_2 в первой группе – 53,4 (47,5-58,3) мм рт. ст. и 30,25 (26,2-34,9) мм рт. ст. во второй. pCO_2 – 40,2(36,8-43,2) в первой и 43,5 (38,6-51,3) мм рт. ст. во второй группе. pH – 7,37 (7,33-7,46) в первой и 7,29 (7,26-7,34) во второй группе соответственно. Уровень стандартного бикарбоната в первой группе составил 21,9 (20,6-23,2) ммоль/л, во второй группе 20,45 (17,6-22,6) ммоль/л. Сдвиг буферных оснований в первой группе – 2,7 (-4,5-4,1), а во второй – 4,15(-7,2-11,9).

По расширенной шкале исходов Глазго среднее количество баллов в первой группе составило 7 (2-8) баллов, в группе пациентов, которым респираторная поддержка не проводилась, среднее число баллов по расширенной шкале исходов Глазго составило 2,7 (1-9) ($p=0,02$). Выживаемость в первой группе наблюдения составила 73.2 %, а во второй – 43,9%.

Выводы. Доказана необходимость осуществления респираторной поддержки на догоспитальном этапе у пациентов с тяжелыми формами ОНМК, с угнетением сознания от сопора и ниже.

Заключение. Отсутствие протекции верхних дыхательных путей и адекватной вентиляции легких приводят к развитию респираторного ацидоза. Респираторный ацидоз в острой стадии тяжелых форм инсультов значительно снижает выживаемость пациентов, а также достоверно углубляет неврологический дефицит.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ОЖИРЕНИЕМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Лукина Е.С., студентка 6-го курса лечебного факультета

Руководитель: Колесникова Е.Н., асс. кафедры поликлинической терапии и
общей врачебной практики

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Цель исследования: провести анализ наиболее часто встречающихся изменений основных параметров ЭХО-КГ у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и повышенным значением индекса массы тела (ИМТ).

Материалы и методы. Материалом послужили данные ЭХО-КГ 45 пациентов с ишемической болезнью сердца с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) и без ПИКС.

Результаты. Все исследуемые были разделены на 3 группы в зависимости от ИМТ. 1-я группа с ИМТ 20-24,9 (10 человек) составила 22,3%, 2-я группа с ИМТ 25-29,9 (24 пациента) – 53,3%, 3-я группа с ИМТ (30-34,9) (11 пациентов) – 24,4%. В 1-й группе были получены следующие данные: конечный диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) – 5,24 см, конечный систолический размер левого желудочка (КСР ЛЖ) – 3,86 см, толщина задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) – 1,21 см, толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) – 1,22 см, фракция выброса (ФВ) – 53,9%, масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) – 260,25. 2-я группа КДР ЛЖ – 5,54 см, КСР ЛЖ – 3,67 см, ЗСЛЖ – 1,07 см, МЖП – 1,18 см, ФВ – 55,75%, ММЛЖ = 260,18. 3-я группа: КДР ЛЖ – 5,76 см, КСР ЛЖ – 3,87 см, ЗСЛЖ – 1,2 см, МЖП – 1,19 см, ФВ – 52,24%, ММЛЖ – 300,64. Больные с диагнозом ИБС были разделены на 2 группы: 1-я группа – с ПИКС (12 пациентов), 2-я группа – постинфарктного кардиосклероза в анамнезе

(16 пациентов). Из числа обратившихся пациентов с ПИКС мужчины составляли 83,3% (10 пациентов). При анализе параметров ЭХО-КГ 1-й подгруппы исследуемых выявлены следующие отклонения показателей от нормы: увеличение конечного диастолического размера ЛЖ – $5,8 \pm 1,3$ (N= 4,0-5,5 см), конечного систолического размера ЛЖ – $4,3 \pm 1,5$ (N=2,5-3,8 см), толщины межжелудочковой перегородки – $1,211 \pm 0,25$ (N = 0,6-1,1 см) и задней стенки ЛЖ – $1,26 \pm 0,3$ (0,6-1,1 см), уменьшение от должного фракции выброса – $54 \pm 21,5$ (N= 55-60%), значительное увеличение массы миокарда ЛЖ $263,5 \pm 41,8$ (N для мужчин – 135-182 г/м²). Среди пациентов 2-й подгруппы мужчины составляли 56,25% (9 пациентов), а женщины – 43,75% (7 пациентов). В результатах ЭХО-КГ 2-й подгруппы, существенных отличий показателей от 1-й группы не выявлено. Также отмечается увеличение конечного диастолического размера ЛЖ – $5,8 \pm 1,5$, конечного систолического размера ЛЖ – $4,1 \pm 1,4$, толщины межжелудочковой перегородки – $1,24 \pm 0,24$ и задней стенки ЛЖ – $1,19 \pm 0,2$, уменьшение от должного фракции выброса – $53 \pm 22,3$, значительное увеличение массы миокарда ЛЖ – $260,5 \pm 35,5$.

Заключение. Таким образом, в группе больных с ожирением и постинфарктным кардиосклерозом наиболее часто встречались изменения основных параметров эхокардиографии. Это позволяет отобрать целевой контингент для проведения профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения с целью предотвращения развития сердечно-сосудистых осложнений и дальнейшего прогрессирования заболевания.

ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ
ПЕРИОДЕ ЧАСТОТА
РАЗВИТИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА

Лукина М.В., аспирант кафедры клинической фармакологии и
фармакотерапии ИПО

Руководитель: Морозова Т.Е., д.м.н., проф.

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

Цель исследования: оценить частоту и факторы риска развития острого почечного повреждения (ОПП) у пациентов хирургического профиля в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В ретроспективный этап исследования включено 47 пациентов после оперативного вмешательства с инфекционными осложнениями в раннем послеоперационном периоде: 40 мужчин и 7 женщин. Средний возраст $M \pm SD$ $59,1 \pm 10$ лет. Летальность в группе $n=8$ (17,3%). Длительность пребывания в стационаре $M \pm SD$ $27 \pm 22,6$ суток; длительность пребывания в ОРИТ $M \pm SD$ $7 \pm 5,1$ суток. Все оперативные вмешательства ($n=47$) носили плановый характер. Стадия и класс ОПП, определялись согласно классификации AKIN на основании уровня креатинина и расчета скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле MDRD. Скрининг ОПП проводился на 1-3-и сутки после оперативного вмешательства. Анализировались следующие параметры: пол, возраст, индекс массы тела, основное и сопутствующее заболевание, длительность пребывания в стационаре и ОРИТ, объем кровопотери, наличие осложнений неинфекционного характера в раннем послеоперационном периоде, исходный креатинин и СКФ, фракция выброса (ФВ) до оперативного вмешательства, наличие гнойно-септических осложнений,

летальность. Статистический анализ проводили с помощью пакета прикладных программ SPSS Statistica 18.0.

Результаты. Частота развития ОПП составила 48,9% (n=23). У 15 пациентов (31,9%) диагностирована 1 стадия, значение СКФ $M \pm SD$ $55,4 \pm 16,5$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$; у 7 пациентов (14,8%) – 2 стадия (30,4%), СКФ $M \pm SD$ $43,7 \pm 12,1$ мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$; у 1 пациента (2,1%) выявлена 3 стадия (4,3%), СКФ – 9,6 мл/мин/ $1,73 \text{ м}^2$. Среди инфекционных осложнений в группе пациентов с 1 стадией ОПП (n=15; 31,9%) преобладали инфекция области хирургического вмешательства (ИОХВ)=9, в том числе 2 медиастинита, нозокомиальная пневмония (НП)=3; прочие=3. В группе пациентов со 2 стадией ОПП (n=7; 30,4%) ИОХВ=3, НП=2; прочие=2 и у 1 пациента с 3 стадией ОПП диагностирована ИОХВ. В группе пациентов без ОПП (n=24; 51,1%) среди инфекционных осложнений преобладали ИОХВ = 15 (62,4%), НП= 5 (20,8%); прочие=4 (16,5%). Достоверных различий тяжести инфекционных осложнений между группами с ОПП (n=23) и без ОПП (n=24) не получено (p=0,6). Из факторов риска развития ОПП у больных хирургического профиля достоверное значение имеют: возраст (старше 65 лет) (p < 0,003); наличие сахарного диабета (p < 0,001); уровень креатинина до операции более 1,2 мг/дл (p < 0,02); ФВ < 35% (p < 0,001); интраоперационное кровотечение и повторное оперативное вмешательство в раннем послеоперационном периоде (p < 0,05), использование рентгеноконтрастных препаратов в предоперационном периоде (p < 0,001). ОПП достоверно не влияло на показатели летальности и частоту инфекционных осложнений (p=0,9).

Выводы. Таким образом, наиболее значимыми факторами риска ОПП в раннем послеоперационном периоде являются сахарный диабет, ФВ < 35% и исходно высокий уровень креатинина более 1,2 мг/дл, а также интраоперационное кровотечение, повторные оперативные вмешательства в раннем послеоперационном периоде и применение контраста.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИЙ

Лялина А.С., Хисамутдинова А.М., Мокшина П.С., студентки кафедры
факультетской терапии с курсами эндокринологии и гематологии

Руководитель: Шкляев А.Е., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО «ИГМА», г. Ижевск

Цель исследования: уточнение диагностической ценности лабораторно-инструментальных показателей при пневмонии.

Материалы и методы. Проведен анализ физикальных и лабораторно-инструментальных данных 84 пациентов с пневмонией. Группу наблюдения составили 10 пациентов с летальным исходом, группу сравнения – 74 пациента, выписанных с улучшением. Все обследованные проходили лечение в пульмонологическом отделении БУЗ УР 1РКБ МЗ УР в 2014 году. Оценка значимости факторов риска проводилась с помощью определения величины относительного риска (ОР), который характеризует связь между воздействием и патологией. Чем больше величина ОР, тем важнее этиологическая и патогенетическая роль рассматриваемого влияния в возникновении патологии.

Результаты и обсуждения. Из всех обследованных у 81 человека (96,4%) была внебольничная пневмония, у 3 (3,5%) – госпитальная. Вероятность летального исхода оказалась выше при правосторонней (ОР=1,7) и при двусторонней (ОР=2,0) пневмонии.

Температура тела у больных при поступлении составила $38,2 \pm 0,1^{\circ}\text{C}$ в группе сравнения, её нормализация происходила на 2-3-й день лечения. В группе наблюдения температура при поступлении – $39,1 \pm 0,3^{\circ}\text{C}$, её снижение происходило лишь на 8-е сутки.

У больных с полисегментарной пневмонией вероятность неблагоприятного исхода оказалась выше (ОР=4,5). В группе наблюдения

9 болели полисегментарной пневмонией(90%), в группе сравнения – 47 (63,5%). Из осложнений наиболее часто встречались плеврит и дыхательная недостаточность. Также встречались пиопневмоторакс, инфекционно-токсический шок, нефропатия. Максимально увеличивался риск летального исхода при ДН_{II-III}, нефропатии, плеврите, пиопневмотораксе, инфекционно-токсическом шоке.

При анализе сопутствующей патологии чаще встречались хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), сахарный диабет (СД), хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Из них значительно увеличивали риск летального исхода ХСН_{IIa}, ХСН_I, СД.

По результатам лабораторных исследований пациенты группы наблюдения имели достоверные отличия: более выраженные анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, гипопроteinемия, увеличение уровня мочевины, креатинина, СРБ, хлоридов, АЛТ, СОЭ.

По данным анализов мокроты, вероятность неблагоприятного исхода выше у пациентов с гнойной (ОР=2,3) и слизисто-гнойной мокротой (ОР=3,4).

Вероятность летального исхода увеличивают следующие диагностические признаки, обнаруживаемые при проведении рентгеновского исследования, МРТ, СКТ органов грудной клетки: экссудативный плеврит (ОР=5,6), длительно не разрешающаяся воспалительная инфильтрация (ОР=2,9), ателектаз легкого (ОР=1,8).

Выводы. Максимальный вклад в увеличение риска летального исхода при пневмониях вносят: вовлечение большего объема легочной ткани в патологический процесс, ДН_{II-III}, нефропатия, плеврит, а также такая сопутствующая патология, как ХСН_{IIa}, ХСН_I, СД.

Лабораторно-инструментальными критериями, определяющими неблагоприятный исход пневмоний, являются прогрессирующие анемия, лейкоцитоз, тромбоцитопения, гипопроteinемия, увеличение уровня

мочевины, креатинина в крови, экссудативный плеврит и длительно неразрешающаяся воспалительная инфильтрация в легких.

VIII Конференция молодых ученых РМАНПО
с международным участием
«ГОРИЗОНТЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ»

Материалы конференции

Том I

Подписано в печать 11.04.2017
Печ. л. 17,0
Заказ № 65

Формат 60×84 $\frac{1}{16}$
Тираж 500 экз.

Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
Ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993
Электронный адрес www.rmapo.ru
E-mail: rmapo@rmapo.ru

Отпечатано в ФГБОУ ДПО РМАНПО
Ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993