



РМАНПО

Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение дополнительного
профессионального образования

**РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

Министерства здравоохранения
Российской Федерации



**XIV Научно-практическая конференция
молодых ученых-медиков
с международным участием
«Безопасность медицинской помощи»**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Материалы конференции

**В рамках Российского
конгресса «Безопасность
фармакотерапии: Noli nocere!»**

**19 мая 2023
г. Москва**

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

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Материалы конференции

XIV Научно-практическая конференции
молодых ученых-медиков с международным участием
«Безопасность медицинской помощи»

Москва – 2023

УДК 61.001.053 (082)

ББК 5+72ж

Т-654

Безопасность медицинской помощи: сборник тезисов / ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России // Материалы XIV Научно-практической конференции молодых ученых-медиков с международным участием «Безопасность медицинской помощи» в рамках Российского конгресса «Безопасность фармакотерапии: Noli nocere! – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2023. – 203 с. – ISBN 978-5-7249-3320-9

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

Материалы публикуются в авторской редакции.

УДК 61.001.053 (082)

ББК 5+72ж

ОГЛАВЛЕНИЕ

Абдуллаева М.Н.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ,
РОЖДЕННЫХ В БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ 12

Александрова М.Р.

ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ПИОГЕННОЙ
ГРАНУЛЕМЕ 14

Архипова А.Г.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ПРИ ЦЕЛИАКИИ 16

Баранникова У.Н.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ
ПРИ НАЛИЧИИ УСТОЙЧИВОСТИ TRICHOPHYTON RUBRUM К
ТЕРБИНАФИНУ. ВЫЯВЛЕНИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ
СКВАЛЕНЭПОКСИДАЗЫ 18

Баранова Г.Л.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ PRP ТЕРАПИИ У
БОЛЬНЫХ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ 20

Баходурова Х.А.

СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА И МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ У ДЕТЕЙ С МИННО-ВЗРЫВНОЙ
ТРАВМОЙ НА РАННЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ 23

Бибулова Е.Д.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТОФАЦИТИНИБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
БЛЯШЕЧНОГО ПСОРИАЗА 25

Бирюкова Д.В.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ И
ТРИХОТИЛЛОМАНИИ 27

Болотова Э.Г.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	29
--	----

Брыгина А.В., Нежведилова Р.Ю

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА	31
--	----

Бугрова А.А.¹, Шуренкова А.А.²

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВОЙ АЛОПЕЦИИ ПРИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	33
--	----

Варлакова П.М.

РОЛЬ ФАКТОРА ЭНДОМЕТРИЯ В ПОВТОРНЫХ НЕУДАЧАХ ИМПЛАНТАЦИИ	35
---	----

Ведягин Е.Д.

ВЛИЯНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ НА УСПЕХ В РЕАБИЛИТАЦИИ МЕТОДОМ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ТУГОУХОСТИ.....	38
--	----

Георгиева К.С., Иванова Д.А.

РАЗВИТИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТИЛДОПОЙ.....	40
---	----

Голанова К.В.

ОДНОВРЕМЕННАЯ РЕГИСТРАЦИИ ЭЭГ И ФМРТ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ	42
--	----

Голубенко Е.О.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К АМБУЛАТОРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ ГИНЕКОЛОГАМИ ПАЦИЕНТОК, ПРИНИМАЮЩИХ ТАМОКСИФЕН.....	44
---	----

Горбачева А.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В 2019 И 2022 ГГ.	48
---	----

Грицков И.О.

СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ И КОНТРОЛЯ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДЛЯ СИЗ
ДЛЯ ОПЕРАЦИОННЫХ И ИНФЕКЦИОННО-ОПАСНЫХ ЗОН 50

Дегтярев П.А.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПО ДАННЫМ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА
СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ 53

Денисова Ю.В.

ГИПЕРТЕРМИЯ В РОДАХ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ПРОВЕДЕНИЕМ
ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ 55

Дубенко О.Д.

БЕЗОПАСНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТОПИЧЕСКИХ
ИНГИБИТОРОВ КАЛЬЦИНЕВРИНА 57

Дубинина А.В.

МИОПАТИЯ И МИАСТЕНИЯ КАК ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ
СТАТИНОТЕРАПИИ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ? 59

Еремина С.С.

ЦИТИКОЛИН В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У
БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АОРТОКОРОНАРНОГО
ШУНТИРОВАНИЯ 61

Жубатканова Н.Б.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН
ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕТАКРИЛАТОВ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 63

Зюзин А.С.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ЗВУКОПРОВОДЯЩИХ
УСТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ 65

Караева А.С.

ОТРАВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ НАЗАЛЬНЫМИ ДЕКОНГЕСТАНТАМИ 67

Киселёва М.А.

ОЦЕНКА ЗАВИСИМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА И РЕЗУЛЬТАТОВ

ПЕРВОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА С РАЗВИТИЕМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА.....	69
Козонова А.А.	
РОЛЬ МАРКЕРОВ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ И ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ	71
Козырева В.О.	
КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ЭТАПЕ АДЪЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	74
Короткова Э.Э.	
СОЗДАНИЕ ШКОЛ АКНЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ	77
Корякин А.Г. ^{1,2} , Сладников Е.Д. ¹ , Жежук П.А. М.С. ¹ , Цурукалова ¹	
ВЫБОР МЕТОДА НЕИНВАЗИВНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЦИЕНТОВ-КАНЮЛЕНОСИТЕЛЕЙ С ГИПОКСЕМИЧЕСКОЙ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ЭТАПЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ	79
Кочарян А.М.	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОПАТИИ ТРЕТЬЕЙ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА	81
Крюкова А.А.	
ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОТИРЕОЗОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....	83
Кудряш Е.Б.	
ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЖИДКОСТНОЙ БИОПСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРОТОВОЙ АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЕВОЙ ДНК.....	86
Крюкова А.А., Бурлачко Я.О.	
ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ КАЛЬМАНА	88

Ларионова Ю.Ю., Орлова Н.И.

БЕЗОПАСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМНЫХ РЕТИНОИДОВ ПРИ
ЛЕЧЕНИИ АКНЕ 91

Магакян Н.С.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО
ХЛАМИДИОЗА..... 94

Маглаперидзе М.Д., Карева С.А.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ
ПАЦИЕНТОВ С КОМБИНИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 96

Малыгин А.М.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАНИЯ НЕСЪЁМНОЙ ТЕХНИКИ СО
СЪЁМНЫМ ГУБНЫМ БАМПЕРОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ САГИТТАЛЬНЫХ
АНОМАЛИЙ ПРИКУСА 98

Малыгин А.М.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ГАРАНТИИ БЕЗОПАСНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ
ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА..... 100

Маркус Э.А.

НЕСТАНДАРТНЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА
У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ЛИХОРАДКОЙ НЕЯСНОГО
ГЕНЕЗА ОТ ПЕРВИЧНОГО АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА ДО ПЕРЕВОДА
В МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ
СЛУЧАЙ..... 102

Нуретдинова Р.Р

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДИАГНОЗОМ «АТОПИЧЕСКИЙ
ДЕРМАТИТ»: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 105

Нурметова К.А.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В
ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ..... 107

Оганесян Л.В.

ИММУНОТЕРАПИЯ ДИССЕМНИРОВАННОЙ МЕЛАНОМЫ – НОВЫЕ
ВОЗМОЖНОСТИ..... 109

Олейникова В.Д., Рябыш О.Е.

ОБОСНОВАНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РАЦИОНА
ПИТАНИЯ ПРИ ПСОРИАЗЕ..... 111

Павлова Е.С., Опрятин Л.А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЦЕЛИАКИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ С
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 113

Пальнова О.О., Мосин А.Д.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 115

Паршакова Н.А.

ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС ПОСЛЕ COVID-19: ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ ... 117

Петренко Е.А.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.... 119

Плиева З.Х.^{2,3}, Разин М.А.¹, Сиднева Л.А.¹.

ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО
БОЛЕВОГО СИНДРОМА: РАДИОЧАСТОТНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ
ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ 121

Подоплелов Д.С.

ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С
СИНДРОМОМ ВИЛЬЯМСА 123

Полякова А.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ
АДЕНОМЕ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ 126

Разин М.А.¹, Сиднева Л.А.¹, Плиева З.Х.^{2,3}

АСПЕКТЫ БЕЗОПАСНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОМЫ
МОРТОНА 130

Рамазанова М.К.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ 132

Родина А.Д.

ЛЕЧЕНИЕ ДИСТОПИИ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА DISTAL JET..... 135

Розова А.Д.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ТАКТИКА ПРИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ
КРОВОТЕЧЕНИЯХ 137

Самофал О.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА У
ПАЦИЕНТОВ С РЕЦЕССИВНЫМ ДИСТРОФИЧЕСКИМ БУЛЛЕЗНЫМ
ЭПИДЕРМОЛИЗОМ..... 140

Серикова Е.Н.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАРКЕРОВ ГЕПАТИТА В В ГРУППАХ С
ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИСМП..... 142

Серикова Е.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В И ОЦЕНКА
НЕОБХОДИМОСТИ БУСТЕРНОЙ ДОЗЫ..... 144

Сиднева Л.А.¹, Разин М.А.¹, Плиева З.Х.^{2,3}

КАДАВЕРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТОТИПОВ ИСКУССТВЕННЫХ
НЕРВНЫХ ПРОВОДНИКОВ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ
БЕЗОПАСНОСТИ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ 146

Склярова В.И.

ОБОСНОВАНИЕ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ РАЦИОНА
ПИТАНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИИ..... 148

Соловьева М.Н.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКОЙ ХРОМОСОМНОЙ

АНОМАЛИИ: ДВОЙНАЯ ТРИСОМИЯ 48,XXX,+18 В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СОЧЕТАНИИ СО SPINA BIFIDA.....	150
Степанова Ю.В.	
ПРОФИЛАКТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	153
Сучкова В.А.	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ЭРОЗИИ РОГОВИЦЫ НА ФОНЕ КЕРАТОКОНУСА	155
Сычев И.В., Куприянов Ю.Ю., Пузракова Д.В.	
ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФИЗМА RS115510347 ГЕНА KСNMB2 В РАЗВИТИИ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА НА ФОНЕ ПРИЕМА ЭНАЛАПРИЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	158
Телкова С.С.	
ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННАЯ АНЕМИЯ	160
Терина Н.А.	
ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ: ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ?	162
Тиманцева С.В.	
ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТА СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ.....	165
Тория В.Г.	
ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ В НЕЙРОХИРУРГИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ	168
Тория В.Г.	
ПРИМЕНЕНИЕ ОМНИКСНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИНГИБИТОРОВ BRAF В ЛЕЧЕНИИ ГЛИОБЛАСТОМЫ	170
Тория В.Г.	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОБОТИЗИРОВАННЫХ СИСТЕМ В НЕЙРОХИРУРГИИ:	

ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	172
Уфимцева А.Ю.	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ИНВЕРСНЫХ АКНЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ.....	174
Фатехова Л.Е.	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ.....	176
Фурсова А.Д.	
АНГИДРОТИЧЕСКАЯ ЭКТОДЕРМАЛЬНАЯ ДИСПЛАЗИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	179
Чернышева В.А. ¹ , Бугрова А.А. ²	
СУБТОТАЛЬНАЯ ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ У ПАЦИЕНТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	181
Шустова К.А.	
ВАЖНОСТЬ СКРИНИНГА ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ.....	183
Щербакова В.Р.	
АНАЛИЗ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	186
Щулькин А.В., Мыльников П.Ю., Транова Ю. Ерохина П.Д.	
КОНЦЕНТРАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С КОНТРОЛИРУЕМОЙ И НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	188

Абдуллаева М.Н.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В БЛИЗКОРОДСТВЕННЫХ БРАКАХ

Руководитель: Шамансуров Ш.Ш., д.м.н., профессор

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Республиканский Перинатальный центр. Республика Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность: С каждым годом растет число родившихся детей с врожденными физическими и умственными патологиями, большая часть которых приходится на родственные браки. Как известно, родственные браки повышают вероятность рождения ребенка с наследственной патологией. Близкородственные браки для различных популяций создали проблемные часто встречаемые заболевания, которые в большинстве случаев являются их спусковыми механизмами.

Цель обследования: Изучить частоту и особенности клинических заболеваний нервной системы у детей, рожденных в близкородственных браках.

Материал и методы: Из числа больных, состоящих на учете в Скрининг центре РесУз были отобраны 50 детей, рожденных в близкородственных браках в возрасте от 2 до 12 лет. Из них 27 мальчиков и 23 девочки. Исследуемая группа детей условно были разделены на 2 группы.

Результаты и обсуждения: Неврологические нарушения у большинства детей отмечались в виде задержки и в отставании высших корковых функций, наличия судорожных припадков, аффективных расстройств, патологии поведения, признаков органического поражения центральной нервной системы, выражающихся в неврологическом дефиците различной степени выраженности. При обследовании детей у тематических больных I группы при наличии родственных браков и наследственной отягощенности были выявлены следующие неврологические расстройства: наибольший процент занимает

задержка умственной деятельности различной степени выраженности – 39%, вторая по частоте встречаемости патология – это судороги и идиопатические припадки – 26%, нарушения поведения наблюдались в 18% случаев, дети с органическим поражением ЦНС составили 17% случаев.

Неврологические расстройства у детей II группы отличались от первой группы превалированием судорожных синдромов и эпилепсии (47%), а также органическим поражением головного мозга (27%), на 3 и 4 местах соответственно – задержка умственной деятельности (14%) и патология поведения (12%).

Выводы: Сочетание наследственной отягощённости и близкородственных браков среди родителей значительно повышают вероятность рождения ребенка с наследственной патологией, в частности неврологического спектра расстройств. Поэтому одним из способов профилактики наследственных заболеваний является отказ от таких бракосочетаний. Результат такого подхода может быть довольно значительным. По результатам клинических исследований и статической мед.отработки выявлено, что различные клинические формы неврологических расстройств у детей, рожденных в близкородственных браках могут вызвать схожие изменения. Для получения конкретных данных необходима исследование большого количества больных.

Александрова М.Р.

ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ПИОГЕННОЙ ГРАНУЛЕМЕ

Руководитель: Мураховская Е.К., к.м.н., ассистент

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. По классификации Международного общества по изучению сосудистых аномалий пересмотра 2020 года пиогенная гранулема принадлежит к группе доброкачественных сосудистых опухолей. Пиогенная гранулема в 80% случаев возникает у детей и молодых людей, редко встречаясь у пожилых людей. Лечение пиогенной гранулемы в классическом варианте происходит путем её удаления, однако согласно недавним исследованиям, эффективным также может быть назначение бета-адреноблокаторов.

Цель. Изучить возможности терапевтического лечения пиогенной гранулемы на основании данных литературы.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных данных электронной библиотеки PubMed за период с 2017 года по 2022 год, касающихся консервативного лечения пиогенной гранулемы бета-адреноблокаторами (тимолол, бримонидин, пропранолол).

Результаты. Chen Y. И соавторами в 2021 году был опубликован случай полного регресса пиогенных гранул в области больших пальцев стоп после частичного хирургического удаления очагов и последующего местного применения 0,2% бримонидина тартрата (раствора для глаз) совместно с раствором повидон-йодида у мальчика 17 лет. Предполагаемых побочных эффектов, таких как сонливость, гипотензия или брадикардия, на фоне терапии не возникло.

В статье Fattore D. и соавторов, опубликованной в 2021 году, представлены данные о первом случае диссеминированной пиогенной гранулемы у взрослой пациентки, регрессировавшей после перорального

приема пропранолола в дозе 60 мг два раза в день. Наиболее крупные пиогенные гранулемы были удалены путем электрокоагуляции. Через 8 недель применения пропранолола было отмечено заметное клиническое улучшение, исчезновение мелких гранул и уменьшение оставшихся более крупных образований. Через 16 недель лечения у пациентки наступило полное выздоровление без побочных эффектов.

В 2022 году Kelly K. и соавторами проведен сравнительный ретроспективный анализ инвазивных и неинвазивных методов лечения пиогенной гранулемы у 98 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 22 лет, из которых 16 пациентов получали терапию топическим бета-адреноблокатором тимолол (0,5% офтальмологический гель). Исследователями отмечено, что нежелательных явлений на фоне применения тимолола не выявлялось, а наилучший эффект наблюдался при размерах пиогенной гранулемы 4 мм и менее.

В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании, проведенном Patra A.C. и соавт. с участием 40 пациентов, опубликованном в 2022 году, описана эффективность и безопасность местного применения 0,5% раствора тимолола при лечении пиогенной гранулемы. Исследование зафиксировало, что местное применение тимолола с 4 недели лечения приводило к значительному уменьшению размера, интенсивности окраски и склонности к кровотечению гранул по сравнению с плацебо. Исследователи пришли к выводу, что раствор тимолола безопасен, эффективен и может рассматриваться потенциальной альтернативой хирургическому лечению пиогенных гранул или в качестве дополнительного лечения перед хирургическим удалением для уменьшения вероятности рецидивов и кровотечения после процедуры.

Заключение. Согласно данным литературы бета-адреноблокаторы могут быть эффективны для лечения пиогенной гранулемы на начальном этапе терапии в качестве подготовки к последующему проведению деструкции для уменьшения ее размеров. В некоторых случаях их применение может приводить к полному регрессу очагов.

Архипова А.Г.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЦЕЛИАКИИ

Руководитель: Захарова И.Н., д.м.н., профессор, Дмитриева Ю.А., к.м.н., доцент

Кафедра педиатрии им Г.Н. Сперанского

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: Целиакия - это генетически детерминированное заболевание, предрасположенность к которому определяется наличием в генотипе аллелей главного комплекса гистосовместимости HLA-DQ2 и HLA-DQ8. Указанные аллели выявляются более чем у 95 % больных, что свидетельствует в пользу того, что в отсутствии генов HLA DQ2/DQ8 развитие целиакии крайне маловероятно. Дополнительно результаты исследований свидетельствуют о наличии эффекта «дозы гена», выражающемся в более высоком риске развития целиакии у гомозигот HLA DQ2. Дискутабельным остается вопрос влияния генотипа на возраст дебюта заболевания и особенности клинической картины.

Цель исследования: определить возможности практического применения генетического исследования при диагностике целиакии.

Задачи исследования: проанализировать структуру HLA-DR-DQ гаплотипов у пациентов с целиакией, оценить зависимость возраста дебюта целиакии от особенностей генотипа.

Материалы и методы исследования: Проведено генетическое обследование у 222 детей с целиакией, по результатам которого пациенты были распределены на группы генетического риска.

Результаты исследования: гены HLA-DQ2/DQ8 были выявлены у 218 детей (98,3%), при этом у 80,5% пациентов в генотипе была определена молекула DQ2, у 10,3 % - молекула DQ8. Среди выявленных DQ2 позитивных пациентов 24,8% были DQ2 гомозиготными. Остальные DQ2 положительные пациенты имели следующее распределение аллелей HLA-DR-DQ: DR3-

DQ2/DR7-DQ2 - 11,3%; DR7-DQ2/DR5-DQ7 - 9,9%; DR3-DQ2/DRx-DQx – 28,4%; DR7-DQ2/DRx-DQx - 4,1%. У 2,25% детей с целиакией при отсутствии типичных аллелей HLA-DQ2/DQ8, была выявлена молекула HLA-DR5-DQ7. Трое детей с подтвержденной целиакией не имели в генотипе известных аллелей предрасположенности к развитию заболевания. Гены предрасположенности, выявленные у пациентов, были практически равномерно распределены по степени риска: генотип высокого риска был определен у 25,3% детей, существенного риска – у 21,0% пациентов; умеренного и низкого риска – у 32,9% и 20,8% пациентов, соответственно. При анализе зависимости сроков дебюта заболевания от особенностей генотипа пациентов достоверной корреляции между возрастом появления первых симптомов и группой генетического риска пациента выявлено не было.

Обсуждение: Главный комплекс гистосовместимости - это группа генов и кодируемых ими антигенов (молекул) клеточной поверхности, играющих важную роль в распознавании чужеродных белков и развитии иммунного ответа. Антигены, кодируемые HLA-DQ2/DQ8, представляют собой гетеродимеры – белки, состоящие из двух цепей, образующие рецепторы на поверхности антигенпрезентирующих клеток. Роль данных молекул в патогенезе целиакии обусловлена их участием в процессе презентации пептидов глиадина CD4+ лимфоцитам, что делает наличие генов HLA-DQ2/DQ8 необходимым условием для развития целиакии у ребенка. Выводы: Генетическое исследование обладает высокой прогностической ценностью отрицательного результата, что позволяет использовать его в спорных случаях для исключения целиакии у пациента. При этом в ходе анализе генотипа пациента необходимо учитывать редкие сочетания аллелей, в частности, присутствие молекулы HLA-DR5-DQ7, что позволяет повысить диагностическую ценность генетического исследования. Достоверной корреляции между особенностями генотипа пациента и сроками дебюта целиакии в настоящей работе выявлено не было, однако требуются дополнительные исследования с включением большей группы пациентов для изучения взаимосвязи генотипа и фенотипа целиакии.

Баранникова У.Н.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ
ПРИ НАЛИЧИИ УСТОЙЧИВОСТИ *TRICHOPHYTON RUBRUM* К
ТЕРБИНАФИНУ. ВЫЯВЛЕНИЕ МУТАЦИЙ В ГЕНЕ
СКВАЛЕНЭПОКСИДАЗЫ

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

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Устойчивые к лечению дерматофитии, вызванные *Trichophyton rubrum* (Tr. rubrum) стали глобальной проблемой общественного здравоохранения. Выявлено, что устойчивость Tr. rubrum к тербинафину (TERB) обусловлена точечными мутациями в гене скваленэпоксидазы (SE) возбудителя.

Цель. Провести анализ данных современных исследований описывающих устойчивость Tr. rubrum к тербинафину, выявление мутаций в гене скваленэпоксидазы, особенности их клинических проявлений, а также альтернативные методы лечения.

Материалы и методы: изучены литературные источники следующих ресурсов: Elibrary, Medline/PubMed, Scopus, Springer, Web of Science, опубликованные за период 2018-2023 гг. Использовались ключевые слова: *Trichophyton rubrum*, тербинафин, ген скваленэпоксидаза, устойчивые дерматофитии, противогрибковая терапия.

Результаты: Устойчивые штаммы Tr. rubrum имеют нормальный биосинтез эргостерола, при этом наблюдается снижение накопления радиоактивно меченого сквалена, что свидетельствует о недостаточной активности скваленэпоксидазы. SE из устойчивых штаммов на три порядка менее чувствительна к тербинафину, чем обычный фермент. Устойчивость к

данному аллиламину у *Tr.rubrum* обусловлена изменениями в гене скваленэпоксидазы.

В случае мутаций в этом гене тербинафин больше не может ингибировать фермент, а следовательно, не происходит снижение синтеза эргостерола и гибели клеток. Выявлены следующие 10 мутаций в гене SE: L393F, L393S, F397L, F397I, F397V, F415I, F415S, F415V и H440Y, F393L.

Аминокислотные замены полностью ответственны за устойчивость *Tr. rubrum* к тербинафину за счет снижения сродства противогрибкового препарата к скваленэпоксидазе, что проявляется устойчивостью к лечению, рецидивированию и, как следствие, более тяжёлому течению заболевания.

В этой связи требуется проведение культуральных методов исследования с определением чувствительности *Tr. rubrum* к тербинафину, а также и к другим группам противогрибковых препаратов.

Материалы, описывающие случаи резистентности к тербинафину, у пациентов с обширным *tinea corporis*, вызванные *Tr. rubrum*, которые устойчивы несмотря на проводимое лечение (системными и местными формами тербинафина), а также случаи рецидивирования инфекций способствуют поиску альтернативных методов лечения (увеличение дозы тербинафина; проведение терапии на основе других противогрибковых препаратов, например, азолов; применение фотодинамической терапии и др.) для достижения наиболее быстрых и эффективных результатов.

Вывод: в современных условиях выбор противогрибкового препарата должен базироваться на результатах культуральных методов исследования и определении чувствительности возбудителя к таким препаратам.

Баранова Г.Л.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ PRP ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Руководитель: Галлямова Ю.А., д. м. н., профессор

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение: Андрогенная алопеция (АГА) является наиболее распространенной формой патологического выпадения волос, возникающая после пубертатного возраста у людей обоих полов. Согласно данным эпидемиологических исследований, распространенность АГА в мире очень высока. Типичная клиническая картина заболевания включает прогрессирующее выпадение волос и уменьшение их толщины на пораженных участках волосистой части головы. АГА является важной проблемой дерматовенерологии, так как оказывает существенное влияние на эстетическую составляющую, а следовательно, и качество жизни пациентов. Являясь выраженным косметическим дефектом, АГА нередко приводит к психоэмоциональным расстройствам и нарушению социализации больного.

Одной из методик, используемых для лечения, АГА, является Platelet Rich Plasma (PRP-терапия), в связи с чем прогнозирование безопасности и оценка эффективности данной терапии являются весьма актуальными.

Цель: провести анализ данных современных исследований, посвященных изучению безопасности и эффективности PRP-терапии для лечения женщин репродуктивного возраста с АГА.

Материалы и методы исследований: Проведен анализ научной литературы с использованием Pubmed в период 2018-2023 гг.

Использовались ключевые слова: alopecia, androgenetic alopecia, platelet-enriched plasma, PRP.

Для анализа были отобраны статьи, включающие в себя исследования с участием женщин репродуктивного возраста, страдающие АГА со схожей продолжительностью выпадения волос и стадией заболевания. За данный период по данной теме отобрано 6 статей.

Общей методики выполнения PRP-терапии в данных исследованиях не выявлено. Главными отличиями являются – продолжительность курса плазмотерапии, периодичность выполнения процедур, а также протокола приготовления PRP.

В отобранных исследованиях всего принимали участие 186 женщин с АГА. Для проведения PRP-терапии у каждой пациентки была взята кровь из вены объемом 9 мл. Далее кровь помещалась в центрифугу, в результате работы которой была получена богатая тромбоцитами масса. Выделенная масса вводилась в зоны поредения на волосистой части головы пациентов с АГА. Данная процедура выполнялась с разной периодичностью в зависимости от исследования: 1 раз в неделю, 1 раз в 2 недели, 1 раз в месяц). Курс лечения составлял 2 месяца, 4 месяца и 7 месяцев соответственно, после которого был проведен анализ результатов.

Для анализа результатов проведенных исследований использовались такие методы как: фототрихограмма, клинические обследования, пул-тест, измерение плотности волос (устройство Hair Check), дерматоскопия.

Для оценки эффективности PRP-терапии использовались такие параметры как густота волос, однородность диаметров волос, количество волос в одном фолликулярном объединении, соотношение терминальных и пушковых волос.

Результаты: Результаты исследований показали, что несмотря на использование разных методик проведения плазмотерапии, эффективность относительно развития волосяных фолликулов и поддержания цикла роста волос оказалась одинаковой.

Средняя плотность волос у пациенток с АГА при первом посещении (до лечения) составляла $34,18 \pm 14,36/\text{см}^2$. После проведения курса лечения плазмой,

богатой тромбоцитами, средняя плотность волос через 3 месяца в среднем была увеличена до $150,70 \pm 37,81 / \text{см}^2$ ($p < 0,001$), через 6 месяцев до $156,25 \pm 37,75 / \text{см}^2$ ($p < 0,001$), через 1 год до $161,70 \pm 39,92 / \text{см}^2$ ($p < 0,001$).

После лечения отрицательный пул-тест наблюдался у 81% пациентов. Кроме этого, соотношение терминальных и пушковых волос было увеличено в 60% случаев после курса PRP-терапии.

Вывод: PRP-терапия является простым и эффективным вариантом для лечения выпадения волос и может рассматриваться в качестве ценного адъювантного метода лечения АГА. Клиническая эффективность PRP-терапии показана в ряде исследований, в которых основным результатом было снижение выпадения и увеличение плотности волос. Однако в современной литературе до сих пор отсутствуют критерии показаний к терапии и единая методика проведения терапии.

Несмотря на эффективность данного метода, требуется соблюдать мультидисциплинарный подход к лечению АГА с привлечением врачей-эндокринологов, гинекологов и психологов, а также необходимость индивидуального подхода к каждому пациенту, что позволит подобрать оптимальную тактику лечения и обеспечить должную психологическую поддержку пациентам.

Баходурова Х.А.

СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА И МЕТОДЫ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ У ДЕТЕЙ С МИННО-ВЗРЫВНОЙ
ТРАВМОЙ НА РАННЕМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Научный руководитель: Новоселова И.Н., д.м.н., доцент

Кафедра физической терапии спортивной медицины и медицинской

реабилитации, зав. отд. физической реабилитации

ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, г. Москва

ГБУЗ НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ

Актуальность: В современном меняющемся мире с новыми реалиями возникновения военных конфликтов и террористических актов количество пострадавших гражданских лиц, в т.ч. детей, с минно-взрывной травмой (МВТ) растет. Согласно данным УВКПЧ ООН, в вооруженном конфликте на Украине за период 24.02.2022 – 30.01.2023 погибли 438 детей, 842 ребенка получили ранения различной степени тяжести.

Цель исследования: Подбор современных средств и методов медицинской реабилитации для детей с МВТ на раннем этапе.

Материалы и методы исследования: Проанализировано 36 историй болезни пациентов с МВТ, поступивших в НИИ НДХиТ с 2014 по 2023 год, из них: 17 девочек (47,2%) и 19 (52,8%) мальчиков; с МВТ верхних конечностей - 7 детей (19,4%), МВТ нижних конечностей - 11 детей (30,6%), с сочетанной МВТ - 18 детей (50%). У 14 детей (38,9%) было диагностировано подострое посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), у 22 детей (61,1%) - острое ПТСР.

Всем детям проводились хирургические вмешательства различной степени сложности. В процессе реабилитации применялись комплексные методы медицинской реабилитации: позиционирование, постуральный менеджмент с подбором технических средств реабилитации, лечебная

гимнастика по восстанавливающим методикам, PNF-терапия (проприоцептивная нейромышечная фасилитация), ксенонотерапия, аппаратные физиотерапевтические технологии, роботизированная терапия с комплексом БОС (биологическая обратная связь), психолого-психиатрическое сопровождение семьи и нейрофармакотерапия.

Результаты исследования: Среднее значение койко-дней в НИИ составило $61,25 \pm 2,56$ дней ($p < 0,05$, ДИ=95%). Наилучшие результаты были достигнуты при применении комплексной медицинской реабилитации: классических методов лечебной гимнастики в сочетании с современными кинезиотерапевтическими методиками, ксенонотерапией, использованием преформированных физических факторов, психологическим сопровождением ребенка и его семьи, нейрофармакокоррекцией. В результате проведенного курса было достигнуто уменьшение уровня ПТСР по результатам детского опросника для выявления ПТСР (изначально: $25 \pm 2,45$ баллов, после курса - $14 \pm 3,19$ баллов; $p < 0,001$, ДИ=95%); объем движений в суставах верхних конечностей увеличился до $+45^\circ \pm 3,06$, суставах нижних конечностей - до $+30^\circ \pm 2,14$. К концу курса ранней реабилитации восстановление функции конечностей произошло у 21 детей (58,3%); подготовлены к протезированию 7 детей (19,4%); выставлены с помощью костылей 8 детей (22,2%).

Заключение. Выбранные средства и методы медицинской реабилитации показали свою эффективность в реабилитации детей с МВТ. Их применение на раннем этапе медицинской реабилитации позволило избежать раннего возникновения многих вторичных осложнений, сделало возможным работу с возникшей до поступления тугоподвижностью в суставах конечностей, способствовало сокращению сроков адаптации ребенка к функциональному посттравматическому дефициту, ускорило восстановление естественных движений и формирование компенсаторных двигательных актов.

Бибулова Е.Д.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТОФАЦИТИНИБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЛЯШЕЧНОГО ПСОРИАЗА

Руководитель работы: Мураховская Е.К. к.м.н., ассистент
Кафедра дерматовенерологии и косметологии,
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность тофацитиниба у пациентов с бляшечным псориазом на основании данных доступной медицинской литературы.

Материалы и методы: проведен анализ литературных данных электронной библиотеки PubMed за период с 2015 года по 2022 год, касающихся эффективности и безопасности применения тофацитиниба у пациентов с бляшечным псориазом.

Результаты: тофацитиниб представляет собой пероральный ингибитор янус-киназы (JAK), который нацелен на JAK1 и JAK3 и, таким образом, регулирует иммунный ответ. Тофацитиниб используется для лечения иммуноопосредованных воспалительных заболеваний, таких как бляшечный псориаз.

Результаты мета-анализа, основанного на семи рандомизированных контролируемых исследованиях с участием 3743 пациентов, показали, что тофацитиниб обладает высокой эффективностью, улучшая показатели индекса распространенности и тяжести псориаза. Серьезные нежелательные явления были зарегистрированы у 2,39% пациентов (инфекции верхних дыхательных путей, головная боль, назофарингит); 2,58% пациентов прекратили лечение из-за нежелательных явлений.

По результатам рандомизированного исследования Kim A. Parr и др. 2016 года с участием 1861 пациента, получавших тофацитиниб в дозе 5 мг, 10 мг или плацебо дважды в сутки, на 28-й неделе доля пациентов, принимавших

тофацитиниб в дозах 5 и 10 мг, и достигших снижения площади псориаза и индекса тяжести на 75% или более по сравнению с исходным уровнем, составила 55,6% и 68,8%. Эффективность сохранялась у большинства пациентов в течение 24 месяцев. О серьезных нежелательных явлениях (инфекции верхних дыхательных путей, боль в костях, головная боль) и прекращении приема препарата из-за нежелательных явлений сообщалось менее чем у 11% пациентов в течение 33 месяцев приема тофацитиниба.

По результатам исследования F. Valenzuela и др. 2018 года, в котором принимали участие 2867 пациентов, получивших тофацитиниб в дозе 10 мг два раза в день (каждые 12 ч), наблюдалось улучшение на 75%. Нежелательные явления (инфекции верхних дыхательных путей, боль в костях, головная боль) и серьезные нежелательные явления (пиелонефрит, опоясывающий герпес, пневмония) были зарегистрированы у 82,5% и 13,7% пациентов соответственно; 13,9% пациентов прекратили лечение из-за нежелательных явлений. Ответ на проводимую терапию был достигнут у 52-62% пациентов, PASI 75 - у 56-74% пациентов при каждом посещении в течение 54 месяцев.

Выводы: на основании проведенного анализа можно сделать вывод об устойчивой эффективности и относительной безопасности применения тофацитиниба при лечении бляшечного псориаза.

Бирюкова Д.В.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ И ТРИХОТИЛЛОМАНИИ

Руководитель: Сысоева Т.А., к.м.н., доцент

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Гнёздная алопеция (далее - ГА) — это аутоиммунное заболевание, характеризующееся патологическим выпадением волос, которое связано с повреждением волосяного фолликула аутоантителами. Трихотилломания (далее - ТТМ) - хроническая травматическая алопеция, развивающаяся в результате навязчивого состояния, при котором пациент не может противостоять желанию выдергивать собственные волосы. Дифференциальная диагностика ГА и ТТМ на основании клинической картины сложна, что требует дополнительных методов диагностики этих состояний.

Цель. Оценить диагностическую эффективность дерматоскопии для дифференциальной диагностики ГА и ТТМ.

Методы. Трихоскопия была выполнена с помощью ручного дерматоскопа с 10х увеличением у 14 пациентов с диагнозом ГА (ограниченная форма) и у 10 пациентов с диагнозом ТТМ.

Результаты. Часть диагностических признаков наблюдаются у пациентов как с ГА, так и с ТТМ - волосы в виде восклицательного знака (у 11 пациентов с ГА - 78,5%, у 3 пациентов с ТТМ - 30%), конические волосы (у 9 пациентов с ГА - 64,2%, у 2 пациентов с ТТМ - 20%), желтые точки (у 12 пациентов с ГА - 85,7%, у 5 пациентов с ТТМ - 50%) и черные точки (у 11 пациентов с ГА 78,5%, у 2 пациентов с ТТМ 20%).

При ТТМ наблюдаются признаки не характерные для ГА - короткие волосы с трихоптилозом (секущиеся концы) (у 7 пациентов с ТТМ - 70%, у

пациентов с ГА не наблюдалось), пламевидные волосы (у 8 пациентов с ТТМ - 80% , у пациентов с ГА не наблюдалось).

При ГА встречаются признаки не характерные для ТТМ - отрастающие волосы в виде свиного хвостика (круглой или овальной формы) (у 1 пациентов с ГА - 7,1%, у пациентов с ТТМ не наблюдалось), гипопигментированные vellusные волосы (у 7 пациентов с ГА - 50%, у пациентов с ТТМ не наблюдалось), отсутствие волос в поле обзора (у 3 пациентов с ГА - 21,4%, у пациентов с ТТМ не наблюдалось).

Вывод. Определены дерматоскопические критерии гнездной алопеции и трихотиломании, что позволяет обеспечить своевременную диагностику данных заболеваний с использованием неинвазивных методов исследования и, соответственно, проводить адекватную терапию.

Болотова Э.Г.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО
И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Руководитель: Шпрах В.В., д.м.н., профессор

Кафедра неврологии и нейрохирургии

ИГМАПО-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

г. Иркутск

Актуальность. Пациенты, перенесшие острые нарушения мозгового кровообращения, не соблюдающие рекомендации по вторичной профилактике церебрального инсульта, имеют более высокий риск развития повторного сосудистого события, которое может привести к их инвалидизации или смерти.

Цель исследования. Изучить влияние вторичной профилактики ишемического инсульта в его ранний восстановительный период у пациентов молодого и среднего возраста на дальнейшее клиническое течение у них цереброваскулярной патологии.

Задачи исследования. Выявить и изучить варианты клинического течения раннего восстановительного периода ишемического инсульта у пациентов молодого и среднего возраста. Определить модифицируемые факторы риска неблагоприятного клинического течения раннего восстановительного периода ишемического инсульта у пациентов молодого и среднего возраста.

Материалы и методы исследования. Проведено продольное проспективное исследование, в котором приняли участие 145 пациентов с ишемическим инсультом в его раннем восстановительном периоде. Проанализированы основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Динамическое наблюдение за этими больными позволило выделить пять вариантов клинического течения раннего восстановительного периода ишемического инсульта: регрессирующее, регрессирующее с остаточной

легко выраженной очаговой неврологической симптоматикой, стабильное, медленно прогрессирующее и быстро прогрессирующее течения. Регрессирующее течение и регрессирующее течение с остаточной легко выраженной очаговой неврологической симптоматикой отнесены к благоприятному течению раннего восстановительного периода ИИ, стабильное, медленно прогрессирующее и быстро прогрессирующее – к неблагоприятному.

Результаты исследования. Регрессирующее течение наблюдалось у 58 (40%) пациентов; регрессирующее с остаточной легко выраженной очаговой неврологической симптоматикой - у 66 (45,5%) пациентов; стабильное течение установлено у 9 (6,2%) пациентов; медленно прогрессирующее - у 8 (5,5%) пациентов и быстро прогрессирующее течение - у 4 (2,8%) пациентов. Неблагоприятному течению статистически значимо способствовали следующие факторы риска: более выраженные двигательные, чувствительные и речевые нарушения в момент поступления пациента в стационар и на исходе раннего восстановительного периода ишемического инсульта, «тяжесть» ишемического инсульта по шкале NIHSS, поражение каротидного бассейна головного мозга, ишемическая болезнь сердца, нерегулярность или отказ от приема назначенной антиагрегантной, гиполипидемической, антигипертензивной терапии ($p < 0,05$).

Обсуждение. Проведенное исследование показало, что неблагоприятному течению раннего восстановительного периода ИИ у пациентов молодого и среднего возраста из модифицируемых факторов риска способствует нерегулярность или отказ пациентов от приема назначенной антиагрегантной, гиполипидемической, антигипертензивной терапии.

Выводы. Своевременная и адекватная коррекция «управляемых» факторов риска развития неблагоприятного течения раннего восстановительного периода ИИ, а именно регулярный прием антиагрегантной, гиполипидемической и антигипертензивной терапии способствуют снижению частоты инвалидизации пациентов и более частому возвращению их к профессиональной трудовой деятельности с минимальными остаточными явлениями поражения нервной системы.

Брыгина А.В., Нежведилова Р.Ю

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА

Руководитель: Сысоева Т.А., к.м.н. доцент

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва.

ФГАУ НМИЦ здоровья детей, г. Москва

Введение: Т-клеточные лимфомы кожи представляют собой гетерогенную группу злокачественных лимфопролиферативных заболеваний, которая характеризуется клональной пролиферацией опухолевых Т-лимфоцитов.

Одним из современных способов диагностики ранней стадии заболевания является определение клональности по генам гамма цепи Т-клеточного рецептора методом ПЦР.

Актуальность: Клиническая и лабораторная диагностика на ранних стадиях Т-клеточных лимфом сложна и зачастую характеризуется клиническими и патоморфологическими «масками», которые могут соответствовать разнообразным вариантам кожных заболеваний: псориазу, парапсориазу, экземе, атопическому дерматиту и др. Своевременно не установленный диагноз, особенно в случае лимфопролиферативных заболеваний, может приводить к необратимым последствиям, не позволяя оказать безопасную помощь пациенту вовремя.

Клинический случай: Пациентка В., 17 лет, обратилась жалобами на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся шелушением на фоне зуда. Из анамнеза известно, что высыпания беспокоят в течение 6 месяцев, в КВД по месту регистрации выставлен диагноз: Атопический дерматит? Псориаз? Назначено лечение: антигистаминные препараты, топические глюкокортикостероиды (временный положительный эффект). Через полгода повторно осмотрена врачом-

дерматоловеноерологом, установлен диагноз: Геморрагический васкулит, кожно-суставная форма? Рекомендована консультация врача-гематолога, которым была рекомендована госпитализация в отделение дерматологии с направительным диагнозом: Лейкемоидная реакция?

Анамнеза жизни и данные осмотра (по органам и системам) – патологических изменений не выявлено.

Status localis: Кожный патологический процесс локализуется на коже туловища, верхних и нижних конечностей. Представлен стойкими очагами эритемы красно-синюшного цвета диаметром от 0,5 до 5 см с умеренной инфильтрацией, эритематозным блеском.

По результатам гистологического исследования: признаков лимфопролиферативного заболевания не обнаружено; изменения наиболее соответствуют диагнозу atopический дерматит.

На основании нетипичной для atopического дерматита клинической картины проведено исследование на определение клональности по генам гамма цепи Т-клеточного рецептора: выявлена моноклональность по генам гамма цепи Т-клеточного звена.

Установлен диагноз: Т-клеточная лимфома. Грибовидный микоз. Эритематозная стадия.

Назначено лечение: Применение УФО спектра 311 нм. (№ 7), применение наружной терапии глюкокортикостероидами, назначение метотрексата 16 мг однократно с дальнейшими рекомендациями применения амбулаторно.

После проведенного лечения кожный процесс регрессировал, пациентка отметила исчезновение зуда, шелушения на коже.

Заключение: При несоответствии клинической картины и патоморфологического исследования необходимы дальнейшие мероприятия для установления правильного диагноза и назначения соответствующего безопасного лечения. Для этого могут потребоваться дополнительные современные методы диагностики, одним из которых является определение клональности по генам гамма цепи Т-клеточного рецептора методом ПЦР.

Бугрова А.А.¹, Шуренкова А.А.²

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВОЙ АЛОПЕЦИИ ПРИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Руководитель: Асоскова А.В., ассистент

Кафедра дерматовенерологии и косметологии РМАНПО

1 - ФГАОУ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский
университет)

2 - ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение: Заболеваемость кожными формами красной волчанкой составляет 3,0–4,2 случаев на 100000 населения в год, при этом больные с дискоидной красной волчанкой (ДКВ) составляют 70–80%. Исходом патологического процесса при локализации на коже волосистой части головы становится рубцовая алопеция, представляя собой патологическое состояние, приводящее к полному разрушению волосяных фолликулов и замещению их соединительной тканью. Данные морфологические проявления являются серьезным косметическим дефектом для пациента, снижающим качество его жизни, поэтому для выстраивания корректной терапевтической тактики важно своевременно выявить данное заболевание. Характерные для ДКВ выраженная эритема и перифолликулярное шелушение могут быть ошибочно диагностированы, что может привести к назначению некорректного лечения.

Описание клинического случая: На прием к врачу-дерматовенерологу обратился мужчина 37 лет с жалобами на очаговое выпадение волос, зуд и шелушение кожи волосистой части головы в течение 4 месяцев. Ранее пациент проходил лечение в другом медицинском учреждении с диагнозом «Себорейный дерматит, диффузное выпадение волос», где было проведено лечение: внутрикожное введение сосудистых препаратов, микроэлементов и аминокислот – мезотерапия (10 процедур). На фоне проводимых процедур

пациент отметил существенное распространение и усугубление процесса, увеличение выпадения волос, формирования более крупных очагов выпадения волос и их слияние. При осмотре: патологический процесс локализуется на коже волосистой части головы. Наблюдаются множественные очаги рубцовой алопеции диаметром до 3 см. В очагах отмечается выраженная эритема и перифолликулярное шелушение, фолликулярный гиперкератоз, роговые пробки, ветвящиеся и извилистые сосуды. Выявляются молочно-белые очаги атрофии. Пациенту проведена диагностическая биопсия кожи с последующим патоморфологическим исследованием с целью верификации диагноза. По данным гистологического исследования: выявленные изменения крайне подозрительны в отношении ДКВ. Патологические отклонения в общем и биохимическом анализе крови отсутствуют. После консультации врача-терапевта и врача-офтальмолога об отсутствии противопоказаний к приему гидроксихлорохина, было назначено лечение: гидроксихлорохин 200 мг - по 1 таблетке, 2 раза в день. Врач-ревматолог исключил системность процесса. Спустя 1,5 месяца от начала проводимой терапии была выявлена положительная динамика в виде уменьшения выраженности эритемы и перифолликулярного шелушения.

Выводы: Описанный клинический случай демонстрирует, что важным аспектом безопасности медицинской помощи является своевременная диагностика заболевания. Для верификации диагноза у пациентов с кожными проявлениями, характерными для дискоидной красной волчанки, необходимо проведение диагностической биопсии с последующим патоморфологическим исследованием.

Варлакова П.М.

РОЛЬ ФАКТОРА ЭНДОМЕТРИЯ В ПОВТОРНЫХ НЕУДАЧАХ ИМПЛАНТАЦИИ

Научный руководитель: Шамугия Нато Ливтеровна, к.м.н., доцент

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: Несмотря на значительные развитие методологических возможностей вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), эффективность ВРТ остается низкой: текущие показатели частоты живорождения (ЧЖ) в среднем составляют 25–30 % на начавшийся цикл (Ruiz-Alonso M. и соавт. 2021; Moustafa S. и соавт. 2020). В связи с чем, большой процент пациенток, сталкивается с проблемой повторных неудач имплантации (ПНИ).

В последние годы все больше внимания уделяют подготовке эндометрия. Нарушение благоприятного состава микробиома в матке может препятствовать необходимым физиологическим изменениям эндометрия в динамике менструального цикла. Несоответствие структуры эндометрия этапу развития эмбриона приводит к смещению окна имплантации. Высокопроизводительное секвенирование является быстрым и доступным диагностическим инструментом.

Цель исследования: улучшить результаты программ ВРТ у женщин с повторными неудачами имплантации.

Задачи исследования: Исследовать микробиом матки и рецептивность эндометрия у женщин с повторными неудачами имплантации. Определить возможности применения секвенирования 16S р-РНК (NGS) в диагностике микробиома матки и секвенирования пула матричных РНК (NGS) из клеток образца ткани эндометрия (RNA-seq) в выявлении окна имплантации.

Рассмотреть взаимосвязь повторных неудач имплантации с нарушением микробиома матки и нарушением рецептивности эндометрия у женщин с повторными неудачами имплантации.

Материалы и методы: Проведён проспективный анализ данных 57 пациенток с ПНИ за период с сентября 2021 года по март 2023 года. Всем исследуемым были проведены: исследование микробиома матки на основе ЕММА теста и определения окна имплантации на основе ERA теста (n=57), а также часть пациенток прошла предимплантационное генетическое тестирование эмбриона-А (ПГТ-А) для исключения хромосомных аномалий (анеуплоидий) (n=23). Исследуемые пациентки были разделены в группы до 35 лет (n=20), от 36 до 40 лет (n=24) и группу с донацией ооцитов (n=13). Далее пациенткам была проведена подготовка эндометрия по результатам ERA и ЕММА теста и перенос замороженных эмбрионов. Отдельно были составлены группы контроля. Во всех группах проанализированы частота имплантации (ЧИ) и частота наступления беременности (ЧНБ).

Результаты исследования: Частота смещения окна имплантации у пациенток с ПНИ составила 49%. В группах пациенток до 35 лет и от 36 лет составила 34,78% и 58,82% соответственно.

В группе пациенток до 35 лет (n=9) и группе контроля, где было проведено ПГТ-А, ЧИ и ЧНБ составила 90%, 80% и 55,3%, 55,3% соответственно. В группе пациенток до 35 лет (n=11) и группе контроля, где не проводилось хромосомного исследования эмбриона (ПГТ-А), ЧИ и ЧНБ составила 64,28%, 64,28% и 38%, 33,5% соответственно. В группе пациенток от 36 до 40 лет (n=21) и группе контроля, где было проведено ПГТ-А, ЧИ и ЧНБ составила 82,6%, 73,91% и 50%, 45% соответственно. В группе пациенток от 36 до 40 лет (n=3) и группе контроля, где не проводилось ПГТ-А, ЧИ и ЧНБ составила 33,33%, 33,33% и 37,5%, 27% соответственно. В группе пациенток с донацией ооцитов (n=4) и группе контроля, где было проведено ПГТ-А, ЧИ и ЧНБ составила 60%, 60% и 48%, 45% соответственно. В группе пациенток с

донацией ооцитов (n=9) и группе контроля, где не проводилось ПГТ-А, ЧИ и ЧНБ составила 81,81%, 72,72% и 39,72%, 35% соответственно.

По данным теста ЕММА нарушение благоприятного состава микробиома у пациенток с ПНИ составила 75%. Дисбиоз эндометрия был выявлен в 12%, что требовало назначения антибактериальной терапии.

После подготовки эндометрия согласно результатам ERA и ЕММА тестов. В группе пациенток до 35 лет (n=20), ЧИ и ЧНБ составили 75% и 70,83%. В группе пациенток 36-40 лет (n=24), ЧИ и ЧНБ составили 77,92% и 69,23%. В группе пациенток с донацией ооцитов (n=13), ЧИ и ЧНБ составили 75% и 68,75%.

Обсуждение: У пациенток с ПНИ встречается смещение окна имплантации. У пациенток старшего репродуктивного возраста чаще наблюдалось смещение окна имплантации. Перенос эмбриона согласно тесту ERA улучшает результаты программ ВРТ. У пациентов с ПНИ наблюдалось изменение микробиома матки. Повышение уровня *Lactobacilli* в эндометрии по результатам теста ЕММА улучшает результаты программ ВРТ.

Выводы: На данный момент NGS является наиболее точным методом диагностики состава микробиома матки и выявления окна имплантации. Лучшее понимание процессов имплантации эмбриона и взаимодействий, происходящих на уровне эндометрия, повысит качество помощи пациенткам, которые сталкиваются с проблемой ПНИ.

Ведягин Е.Д.

ВЛИЯНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ НА УСПЕХ В
РЕАБИЛИТАЦИИ МЕТОДОМ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ
ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ТУГОУХОСТИ

Руководитель: Маркова Т.Г., д.м.н. профессор Кафедра сурдологии.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: Тяжелые врожденные нарушения слуха являются значимой социальной проблемой, нарушающие общее развитие ребенка и его жизнь в обществе. По данным многочисленных исследований, не менее 50% случаев врожденной сенсоневральной тугоухости и глухоты обусловлены мутациями в гене *GJB2*. Кохлеарная имплантация (КИ) является единственным методом реабилитации пациентов с сенсоневральной тугоухостью тяжелой степени и глухотой.

Цель: Установить взаимосвязь между этиологией врожденной сенсоневральной тугоухости и результатами реабилитации методом КИ.

Материалы и методы

В исследование включены 54 пациента, реабилитированных методом КИ, с известными результатами молекулярно-генетического обследования гена *GJB2*. Средний период после подключения речевого процессора системы кохлеарного импланта составил 10,5 лет (7-22 года). Результаты реабилитации были основаны на оценке сурдолога и сурдопедагога при плановой настройке речевого процессора.

Результаты и обсуждение

По результатам генетического обследования у 34 (63%) пациентов был выявлен патологический генотип в гене *GJB2*, у 20 (37%) не было выявлено мутаций в гене *GJB2* или была обнаружена только одна мутация. Среди 34 пациентов с подтвержденной генетической этиологией результаты реабилитации были расценены как отличные у 17 (50%) пациентов, хорошие - у

12 (35%), удовлетворительные - у 3 (9%), плохие - у 2 (6%) пациентов. Среди 20 пациентов без патологического генотипа отличные у 6 (30%) пациентов, хорошие - у 9 (12%), удовлетворительные - у 1 (5%), плохие - у 4 (20%) пациентов.

Таким образом, в группе пациентов с подтвержденной наследственной тугоухостью отличные и хорошие результаты КИ были получены у 85%, удовлетворительные и плохие – у 15% пациентов. В группе с отсутствием патологических мутаций в гене *GJB2* отличные и хорошие результаты КИ были получены у 75%, удовлетворительные и плохие – у 25% пациентов.

Пациенты были разделены на три группы по возрасту проведения КИ: 28 (52%) пациентов были проимплантированы в возрасте 0-1,5 лет (ранняя), 20 (37%) – в возрасте 1,5-3 лет (средняя), 6 (11%) – в возрасте 3 лет и старше (поздняя). В группе ранней результаты реабилитации были расценены как отличные у 16 (57%) пациентов, хорошие - у 10 (36%), плохие - у 2 (7%) пациентов. В средней группе результаты реабилитации были расценены как отличные у 6 (30%) пациентов, хорошие - у 8 (40%), удовлетворительные - у 3 (15%), плохие - у 3 (15%) пациентов. В поздней группе результаты реабилитации были расценены как отличные у 1 (17%) пациента, хорошие - у 3 (50%), удовлетворительные - у 1 (17%), плохие - у 1 (17%) пациентов.

Полученные результаты свидетельствуют о возможности прогнозирования эффективности слухоречевой реабилитации в зависимости от этиологии тугоухости и возраста проведения кохлеарной имплантации.

Выводы: результаты слухоречевой реабилитации методом КИ выше у пациентов с патологическим генотипом в гене *GJB2*, а также при раннем возрасте проведения КИ.

Георгиева К.С., Иванова Д.А.

РАЗВИТИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ МЕТИЛДОПОЙ

Руководители: Павлова С.И. д.м.н., доцент

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и биохимии,

ФГБОУ ВО Чувашский государственный университет

имени И.Н. Ульянова, г. Чебоксары

Жирнова Е.А. врач семейной практики, заслуженный врач ЧР

БУ «Чебоксарская районная больница» МЗ ЧР, г. Чебоксары

Введение. Метилдопа считается препаратом первой линии лечения артериальной гипертензии у беременных женщин. Однако применение этого препарата иногда приходится прекращать из-за возникновения нежелательных реакций, включающих симптомы со стороны центральной нервной системы или проявлений гепатотоксичности. Малоизвестным осложнением является гемолитическая анемия. Развитие аутоиммунной реакции чаще бывает бессимптомным (появление в крови аутоантител к антигенам эритроцитов), реже развивается тяжелый гемолиз. В данной публикации проанализирован клинически выраженный случай метилдопа-индуцированной гемолитической анемии беременной.

Клинический случай. Пациентка М., 28 лет. Из анамнеза: беременность вторая, осложненного течения, с ранним токсикозом беременности, значимой ринореей беременных, частыми простудными заболеваниями (более 3 за время гестации). С 20 недели выставлен диагноз «Сахарный диабет, впервые диагностированный во время беременности. Ожирение 1 степени, гестационный гипертиреоз. Гипертоническая болезнь 1 стадии, 1 степени, риск 2.». Была назначена антигипертензивная терапия метилдопой (750 мг/день), с 30 недели беременности доза препарата была увеличена до 1500 мг в день. В 36 недель М. экстренно родоразрешена, в связи с неконтролируемым АД. В

послеродовом периоде доза метилдопы была увеличена до 2000 мг в день, в связи с недостигнутым целевым АД. На третьи сутки после начала приема препарата в указанной дозе, пациентка начала предъявлять жалобы на коричневую окраску мочи, бледность и зуд кожных покров, желтый оттенок склер. В биохимическом анализе крови зарегистрировано увеличение уровня активности печёночных трансаминаз: АсАТ - 41 Ед/л, АлАТ - 38 Ед/л, мочевины - 3.7 ммоль/л, общий билирубин - 26 мкмоль/л, непрямой билирубин - 21 мкмоль/л. В общем анализе крови анемия средней степени тяжести (Hb = 89 г/л). На пятые сутки после родоразрешения, в связи с развитием позднего послеродового кровотечения, был проведен экстренный хирургический гемостаз. В ходе операции гинекологической патологии выявлено не было. Находясь в отделении стационара, М. самопроизвольно полностью прекратила прием метилдопы. И на 3 сутки отказа от препарата было отмечено значимое улучшение состояния пациентки, что было подтверждено лабораторными данными (билирубин общий - 22 мкмоль/л, билирубин прямой - 2 мкмоль/л, билирубин непрямой - 20 мкмоль/л, АсАТ - 20 Ед/л, АлАТ - 20 Ед/л, мочевина - 2.9 мм/л). Причинно-следственная связь приема метилдопы и развития гемолитической реакции была расценена как вероятная (7 баллов по шкале Наранжо).

Выводы. Врач должен иметь настороженность для своевременного выявления лекарственно-индуцированной гемолитической анемии на основании фармакологического анамнеза и клинико-лабораторных данных. Вышеуказанный клинический случай демонстрирует необходимость повышения информированности практикующих врачей о мерах профилактики и особенностях ведения таких больных.

Голанова К.В.

ОДНОВРЕМЕННАЯ РЕГИСТРАЦИИ ЭЭГ И фМРТ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Руководитель: Кичук И.В., к.м.н., доцент Кафедра неврологии,
нейрохирургии и медицинской генетики ЛФ

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

Актуальность: в клинической практике и в фундаментальных исследованиях существует запрос на точную локализацию электрической активности головного мозга. Примерами задач, для решения которых эффективным является использование данной методики являются разработка методик нейрореабилитации после инсульта, подготовка к хирургическому лечению больных с фармакорезистентной эпилепсией и другие.

Цель исследования: осветить возможности методики одновременной регистрации электроэнцефалографии (ЭЭГ) и функциональной магниторезонансной томографии (фМРТ), и перспективы её применения.

Материалы и методы исследования: для написания литературного обзора использовались электронные ресурсы “Национальная медицинская библиотека” (National Library of Medicine), “Научная электронная библиотека”. Ключевыми запросами являлись: ("Electroencephalography"[Mesh] AND "Magnetic Resonance Imaging"[Mesh]), (simultaneous eeg-fmri) и др. Преимущественно отбирались публикации с датой выпуска не ранее 2012г.

Результаты: Электроэнцефалография (ЭЭГ) позволяет неинвазивно в реальном времени получать данные об электрической активности головного мозга с высоким временным разрешением. Функциональная магниторезонансная томография (фМРТ), в свою очередь, обладает высоким пространственным разрешением при локализации наиболее активных в данный момент участков головного мозга. Интеграция ЭЭГ-фМРТ позволяет локализовать источник электрической активности, объединяя пространственно-

временные преимущества обеих методик, что открывает широкие возможности для клинической и когнитивной нейронаук. В литературном обзоре кратко освещены физические основы методики, а также рассмотрены сферы её применения.

Выводы: одновременная запись ЭЭГ и фМРТ является перспективной методикой и находит свое применение как в клинической практике, так и в фундаментальных медицинских исследованиях.

Голубенко Е.О.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К АМБУЛАТОРНОМУ
НАБЛЮДЕНИЮ ГИНЕКОЛОГАМИ ПАЦИЕНТОК, ПРИНИМАЮЩИХ
ТАМОКСИФЕН

Руководители: Коренная В.В., к.м.н., доцент Кафедра акушерства и
гинекологии; Савельева М.И., д.м.н., профессор Кафедра терапии ИНПО

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Москва

АКТУАЛЬНОСТЬ. Эндокринная терапия, например, тамоксифеном или ингибиторами ароматазы, стандартный метод лечения женщин с ER-положительным раком молочной железы (РМЖ). Несмотря на проводимую терапию, примерно у 30% пациентов с РМЖ будет рецидив заболевания в течение 15 лет после лечения, что указывает на широкую вариабельность клинического ответа на лечение тамоксифеном. Фармакогеномика может сыграть важную роль в оптимизации адъювантной терапии на основе тамоксифена. Различия в генах, кодирующих фермент CYP2D6 и другие ферменты, также могут быть основными факторами предрасположенности к возникновению побочных эффектов при приеме тамоксифена [1], что в свою очередь, приведет к снижению приверженности пациенток к терапии.

В работе представлены результаты проспективного фармакогенетического когортного исследования, целью которого был анализ нежелательных лекарственных реакций Тамоксифена в адъювантном режиме у пациенток с РМЖ во взаимосвязи с носительством генетических полиморфизмов генов, кодирующих ферменты цитохромной системы Р-450 и белки-транспортёры лекарственных средств.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Провести анализ клинических проявлений осложнений эндокринотерапии тамоксифеном в адъювантном режиме и оценить взаимосвязи носительства генетических полиморфизмов генов,

кодирующих ферменты цитохромной системы P450 и белки-транспортеры лекарственных средств, с развитием нежелательных явлений у пациенток с РМЖ.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ. Исследовать распространенность и выявить ассоциации между носительством полиморфизмов генов *CYP2D6*, *CYP2C9*, *CYP2C19*, *CYP3A5*, *ABCB1* и развитием нежелательных явлений, включая гиперпластические процессы эндометрия и приливы при эндокринотерапии Тамоксифеном.

Определить прогноз развития нежелательных явлений, включая гиперпластические процессы эндометрия и приливы при эндокринотерапии Тамоксифеном на основе математического моделирования.

Оценить вклад нежелательных явлений, включая гиперпластические процессы эндометрия и приливы при эндокринотерапии Тамоксифеном в адъювантном режиме, в приверженность к терапии Тамоксифеном и удовлетворенность наблюдением у врача акушера-гинеколога через 5 лет наблюдения.

Разработать алгоритмы персонализированного подхода амбулаторного наблюдения пациенток, находящихся на эндокринотерапии тамоксифеном для врачей акушеров-гинекологов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Материалы и методы. Женщины (n=120) с люминальным РМЖ I–III стадии, принимающие тамоксифен в адъювантном режиме, исследованы на наличие полиморфизмов генов *CYP2D6*, *CYP2C*, *CYP3A*: *CYP2D6**4, *CYP3A5**3, *CYP2C9**2, *CYP2C9**3, *CYP2C19**2, *CYP2C19**3, а также полиморфного маркера гена *ABCB1* (C3435T), кодирующего транспортный белок гликопротеина Р. Аллельные варианты определялись с помощью метода полимеразной цепной реакции в режиме реального времени в НИЦ ФГБОУ ДПО РМАНПО. Материал исследования – буккальный эпителий (двукратный забор), взятый после подписания информированного согласия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Обнаруженные у пациенток с РМЖ на адъювантной терапии ТАМ достоверные прямые корреляционные связи, а

именно: 1) возникновение приливов с набором массы тела на фоне приема Тамоксифена, гиперплазией эндометрия и лучевой терапией в анамнезе ($p=0,014$; $0,037$ и $0,021$ соответственно); 2) боли в костях достоверно чаще встречались у пациенток в менопаузе, пациенток более старшего возраста, с приливами, диспепсией и астенией ($p=0,021$; $0,038$; $0,018$; $<0,001$ и $<0,001$ соответственно); 3) у пациенток с диспепсией достоверно чаще отмечался набор массы тела на фоне приема Тамоксифена, а также сильные и очень сильные приливы и боли в костях ($p=0,001$; $0,036$ и $0,001$ соответственно); 4) гиперплазия эндометрия достоверно чаще была обнаружена у пациенток с приливами, аномальными маточными кровотечениями и астенией ($p=0,037$; $<0,001$ и $0,008$ соответственно); 5) возникновение аномальных маточных кровотечений коррелировало с М-эхо, гиперплазией эндометрия, сильными и очень сильными приливами, а также астенией ($p <0,001$; $<0,001$; $0,005$ и $0,034$ соответственно); - на наш взгляд, лишь подтверждают фармакодинамические эффекты Тамоксифена на эндокринную систему женщины, что может служить косвенным признаком достаточной концентрации препарата в плазме крови либо высокой приверженности пациенток с РМЖ к терапии тамоксифеном.

ОБСУЖДЕНИЕ. Полученные нами данные, что выявление ТС аллеля гена ABCB1 (C3435T) ассоциируется со снижением вероятности развития приливов и болей в костях при приеме Тамоксифена ($p=0,001$ и $0,009$ соответственно), в то время как ТТ аллель ассоциируется с повышенным риском развития диспепсии ($p=0,013$), подтверждаются ранее проведенными исследованиями. По данным литературы, пациентам с гетерозиготным генотипом ABCB1 необходимо более тщательное динамическое наблюдение. Так, в исследовании I. Sensorn с соавт. 2016 г. было продемонстрировано, что эта группа пациентов имеет более высокий риск рецидива РМЖ в течении жизни за счет того, что полиморфизмы ABCC2 и ABCB1 независимо связаны с метастазированием в кости [2].

Выявленный нами факт о том, что аллель GG гена CYP2D6_4 (G1846A), характерный для фенотипа «быстрых метаболизаторов», ассоциируется с риском развития приливов ($p<0,001$), болей в костях ($p=0,002$), диспепсии

($p=0,006$) при приеме тамоксифена, в то время как наличие GA аллеля того же гена, характерного для фенотипа «промежуточного метаболизатора», снижает вероятность развития приливов ($p<0,001$), болей в костях ($p=0,002$), диспепсии ($p=0,006$), также находит подтверждение в научной литературе. Полученные нами данные согласуются с результатами работы Irvin W.Jr. с соавторами, продемонстрировавшей более высокие уровни концентрации эноксифена в начале исследования в группе быстрых метаболизаторов, чем в группах промежуточных и медленных метаболизаторов ($p < 0,001$) [3].

Полученные нами результаты, касающиеся обнаружения СТ аллеля гена CYP2C9*2 (C430T) со значимыми ассоциациями с развитием диспепсии ($p=0,013$), в то время как выявление СС аллеля снижает риск развития диспепсии ($p=0,015$), а также обнаружение АА аллеля гена CYP2C9*3 (A1075C) со значимыми ассоциациями с повышенным риском развития болей в костях ($p=0,008$), астении ($p=0,03$), в тоже время выявление АС аллеля CYP2C9*3 (A1075C) снижает вероятность развития болей в костях ($p=0,008$) или астении ($p=0,03$) при приеме Тамоксифена, - согласуются с литературными данными.

Обнаруженными нами данные о том, что GG аллель гена CYP3A5 CC(A6986G) ассоциируется со снижением риска развития болей в костях при приеме тамоксифена ($p=0,02$), но реже встречается у пациенток с приливами ($p<0,001$), а АА или GA аллели CYP3A5 CC(A6986G) статистически значимо повышают риск развития диспепсии, чем при носительстве GG аллели ($p=0,06$; $p=0,15$ и $p < 0,001$ соответственно), - согласуются с данными других исследований, по результатам которых также наблюдалось некоторое снижение концентрации эноксифена в плазме у гомозигот по CYP3A5*3 относительно пациентов, имеющих хотя бы одну активную аллель CYP3A5*1 [4].

ВЫВОДЫ. С имплементацией генетического тестирования исследованных полиморфизмов в рутинную клиническую практику онкологов, назначающих тамоксифен, и гинекологов, наблюдающих амбулаторно пациенток с РМЖ, получающих эндокринотерапию в адъювантном режиме, появится возможность более эффективной и безопасной фармакотерапии.

Горбачева А.А.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В 2019 И 2022 ГГ.

Руководители: Зырянов С.К., д.м.н., Бутранова О.И., к.м.н.

Кафедра общей и клинической фармакологии

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия

Цель исследования: сравнительный анализ профилей пациентов старческого возраста, проходивших стационарное лечение с диагнозом «пневмония».

Материалы и методы: ретроспективное фармакоэпидемиологическое исследование медицинской документации пациентов старческого возраста ($n=78$, возраст > 75 лет), госпитализированных в ГБУЗ «ГКБ 24 ДЗМ» с 01 декабря по 31 декабря 2019 года и с 01 декабря по 31 декабря 2022 года, критерии включения - диагноз «внебольничная пневмония», либо манифестация нозокомиальной пневмонии во время госпитализации.

Результаты: средний возраст госпитализированных пациентов в 2019 году - $83,0 \pm 5,1$ года, в 2022 году - $82,7 \pm 5,8$ года. Доля женщин в 2019 году – 64,5%, в 2022 – 57,1%. Средняя длительность пребывания в отделениях стационара в 2019 году – $10,8 \pm 2,4$ суток, медиана - 11 дней, в 2022 - $15,6 \pm 8,8$ суток, медиана - 11 дней. Исход госпитализации в 2019: 87,1% -улучшение, 6,5% - летальный исход, 6,5% без перемен; 2022: 47,6% - улучшение, 42,9% - летальный исход, 9,5% - без перемен.

В условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) проходило лечение 19,4% - 2019 год, 69% пациентов – 2022 год. Из них улучшение в 2019 году: 80,6%, летальный исход – 19,4%; 2022: улучшение – 57,2%, летальный исход - 42,8%.

Диагноз внебольничная пневмония в 2019 году – 78,1%, 2022 – 68,1%; нозокомиальная пневмония в 2019 – 21,9%, 2022 – 68,1%.

Индекс коморбидности Чарлсона в 2019 году – $6,5 \pm 0,9$ баллов, медиана – 6, в 2022 году – $9,6 \pm 1,4$ баллов, медиана – 9,5. Основные сопутствующие заболевания в 2019 году: сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – 80,6%; заболевания мочевыделительной системы – 51,6%; заболевания нервной системы (Н/С) – 48,6%. В 2022 году: ССЗ – 52,4%; заболевания н/с – 48,4%; онкологические заболевания – 45,2%; заболевания ЖКТ – 42,9%. Более 4 сопутствующих заболеваний в 2019 году – 74,2%; в 2022 – 100%.

Из инструментальной диагностики: рентгенографию органов грудной клетки (ОГК) проводили в 2019 году у 100%, в 2022 – 52%. КТ ОГК в 2019 году – 0%; в 2022 – 81%.

Основные локусы для микробиологического исследования в 2019 году: моча – 41,9%; мокрота – 31,1%; кровь – 25,7%; жидкость плевральная – 1,4%. В 2022 году: кровь – 40%; мокрота – 36%; аспират – 32%; моча – 20%; бронхоальвеолярный лаваж – 8%, раневое отделяемое – 1%.

По количеству выделенных возбудителей: в 2019 году: 0 микроорганизмов (МО) – 5,3%; 1 МО – 82,2%; 2 МО – 10,5%. В 2022: 0 МО – 24,2%; 1 МО – 20,1%; 2 МО – 43%; 3 МО – 8%; более 3 МО – 4,7%. Основные возбудители в 2019 году: *St. aureus* (MRSA), *St. aureus*, *C.albicans*, *Kl.pneumoniae*, *A. baumannii*, *Ps.aeruginosa*. В 2022: *Kl.pneumoniae*-XDR, *Ps.aeruginosa* – PDR, *St. epidermalis*, *C.tropicalis*, *E. faecalis*, *C.albicans*, *A. baumannii*, *St.aureus*, *St.haemoliticus*.

Наиболее часто назначаемые группы антимикробных препаратов (АМП) в 2019: макролиды – 42,8%; респираторные фторхинолоны – 28,6%. В 2022: респираторные фторхинолоны – 23,2%; цефалоспорины IV поколения – 14,9%; аминогликозиды – 9,2%. Более 4 АМП в 2019 году – 0%; в 2022 – 9,5%.

Выводы: В 2022 году увеличился индекс коморбидности пациентов старческого возраста. Преобладают нозокомиальные пневмонии над внебольничными. Улучшилась инструментальная и микробиологическая диагностика. Изменился микробиологический пейзаж (гр(–) бактерии с мультирезистентностью). Увеличилось количество групп применяемых АМП.

Грицков И.О.

СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ И КОНТРОЛЯ ТЕМПЕРАТУРЫ
ТЕЛА ДЛЯ СИЗ ДЛЯ ОПЕРАЦИОННЫХ
И ИНФЕКЦИОННО-ОПАСНЫХ ЗОН

Руководитель: Пушкарев А.В., к.т.н., доцент Кафедры медицинской
техники

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Операционные бригады во время хирургических вмешательств надевают одноразовые стерильные халаты и находятся в физическом и психологическом напряжении на протяжении всей операции. В связи невозможностью проветривания закрытого пространства под одноразовой одеждой врачи каждый день преодолевают тяжелые физические нагрузки из-за повышения температуры собственного тела. Повсеместно использование полных комплектов СИЗ, включая комбинезон во время пандемии COVID-19. Основным неудобством для врача, одетого в СИЗ, является отсутствие в комбинезоне проницаемости влаги, что серьезно затрудняет процесс испарения пота с поверхности тела и делает нерелевантными естественные системы теплообмена, приводя к тепловому стрессу. При тепловом стрессе нарушаются естественные процессы организма, увеличивается нагрузка на сердце, нарушаются когнитивные функции головного мозга. Вышесказанное показывает актуальность разработки системы обеспечения и контроля температуры тела медицинского работника для СИЗ в инфекционно-опасных зонах и операционных для предотвращения теплового стресса.

Цель исследования. Снизить тепловую нагрузку на организм человека во время трудовых манипуляций в условиях ношений СИЗ.

Задачи исследования. Основная задача исследования является разработка замкнутой системы обеспечения и контроля температуры тела, способной

поддерживать комфортную рабочую температуру внутри полного комплекта СИЗ, включающего в себя водонепроницаемый комбинезон с капюшоном.

Материалы и методы исследования. Был проведен литературный поиск с целью анализа систем контроля температуры в СИЗ как внедренных, так и на стадии проектирования и разработки. Поиск последнего выполнялся по базам Pubmed и Scopus. На основе найденных аналогов было принято решение о разработке собственной замкнутой системы.

Результаты исследования. На текущий момент разработан, создан первый макетный образец замкнутой системы обеспечения контроля температуры тела внутри полного комплекта СИЗ, включающего в себя водонепроницаемый комбинезон с капюшоном. В условии пятичасовой эксплуатации комбинезона в красной зоне выполнены первые испытания - контрольные измерения температуры внутри СИЗ без охлаждения. На протяжении суток в помещении поддерживалась комфортная температура от +20 до +24 °С. Согласно записанным данным температурный диапазон внутри комбинезона поддерживался от 36,40 до 38,20 °С и в среднем составил 37,45 °С. Проведены испытания с охлаждением от хладоэлементов с начальной температурой +5 °С и выполнена субъективная оценка ощущений медицинским работником, который сообщил о более комфортных условиях. Спроектирован и изготовлен при помощи технологии 3д печати блок охлаждения.

Обсуждение. Запланированы внутренние испытания доработанного макетного образца с изготовленным блоком охлаждения для определения рабочего диапазона температуры и возможностей его регулирования.

Выводы. Тепловой стресс – является серьезным ограничением возможностей человеческого организма во время пребывания в СИЗ. С данной проблемой также сталкиваются работники пожарных служб, производств и военнослужащие. Разработка системы температурного контроля для ношения внутри закрытых СИЗ может снизить риски возникновения серьезных проблем с здоровьем работника, повысить его трудоспособность и увеличить возможное время пребывания в неблагоприятной среде. Нашей командой начата

разработка подобной системы с целью подтверждения данного тезиса. Были созданы первые макетные образцы и испытаны в условиях инфекционно-опасных зон.

Дегтярев П.А.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПО ДАННЫМ СИСТЕМЫ
МОНИТОРИНГА СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ

Руководитель: Упрямова Е.Ю., к.м.н.

Кафедра анестезиологии-реаниматологии

МОНИИАГ, г. Москва

Цель исследования: оценить эффективность различных схем мультимодальной анальгезии после кесарева сечения с использованием системы мониторинга NeonFSC.

Материалы и методы: В исследование включено 48 родильниц. У всех пациенток проведено плановое кесарево сечение в условиях спинальной анестезии. В зависимости от схемы послеоперационной анальгезии все пациентки разделены на группы: 1 группа - ТАР-блок билатерально, Кеторолак 2,0 в/м 16:00-20:00, Трамадол 100 мг в/м 24:00-06:00; 2 группа - Трамадол 100мг в/м 12(13):00-18:00-24:00-06:00; Кеторолак 2,0 в/м 16:00-20:00. Визуально-аналоговая шкала применялась для субъективной оценки интенсивности боли. Для объективной оценки боли//стресса применялась система мониторинга стрессовых состояний Neon FSC и следующие показатели: IP, PV, DASS, CSP. Непрерывные данные описывали медианой (Q1; Q3). Для сравнения двух независимых групп использовали критерий Уилкоксона-Манна-Уитни. Для статистического анализа данных использовали пакеты ggplot2 и gtsummary программы Rstudio (версия 554).

Результаты: после кесарева сечения и в течении 2х часов послеоперационного периода медиана и распределение оценок боли по ВАШ не показали статистически значимого различия; с 3 по 7 час п/о периода для 1 группы характерны более низкие оценки боли по ВАШ, вариабельность и изменение размаха; с 8 по 11 час п/о периода разница в оценках боли исчезает;

с 12 часа п/о периода медиана снижается и остается неизменной до конца мониторингования. На протяжении всего периода исследования наиболее высокий уровень интенсивности действия стрессового фактора наблюдался в 2й группе. Исходные показатели PV сопоставимы между группами; с 4го по 6й час п/о периода и на этапе активизации пациенток медиана PV у пациенток 1 группы демонстрирует более высокие значения по сравнению с таковыми у рожениц 2 группы; значения PV у пациенток 1 группы в ночные часы статистически более низкие по сравнению с таковыми во 2й группе. Со 2го часа и до окончания наблюдения медиана значений DASS у пациенток 1 группы в 1,5 – 2 раза ниже таковой у рожениц 2 группы. В течение всего периода наблюдения регистрировалась или тенденция, или статистически значимая разница между группами в пользу меньших значений медианы CSP и изменения его размаха у пациенток 1 группы, за исключением этапа – через 7 часов п/о.

Выводы: система Neon FSC может быть использована в качестве дополнительного компонента объективной оценки эффективности схемы мультимодальной анальгезии после операции кесарева сечения, позволяя отследить индивидуальную динамику параметров кожной проводимости у пациенток и предотвратить на ранних стадиях пограничные состояния. Для оценки кумулятивного эффекта стресса целесообразно оценивать только динамику нормализованного показателя стресса CSP, учитывая однонаправленные изменения показателей DASS и CSP.

Денисова Ю.В.

ГИПЕРТЕРМИЯ В РОДАХ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ПРОВЕДЕНИЕМ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ

Руководитель: Денисова Т.В., к.м.н., доцент Кафедра акушерства и
гинекологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: на сегодняшний день эпидуральная анальгезия (ЭА) служит наиболее эффективным методом обезболивания родов. В действующих клинических рекомендациях по нейроаксиальным методам обезболивания родов от 2018 г. отмечено, что проведение ЭА возможно без учета степени раскрытия шейки матки и не влияет на частоту оперативного родоразрешения и перинатальных осложнений у матери и плода и, однако, результаты крупного ретроспективного исследования показали, что ЭА служит независимым фактором риска гипертермии в родах (Chai J и соавт., 2020). Помимо этого, согласно данным ретроспективного анализа историй 21 808 родов от 2022 года, ЭА ассоциирована с повышенной частотой оперативных вагинальных родов и кесарева сечения (КС) (Zanfini BA и соавт., 2022).

Цель исследования: оценка частоты встречаемости ЭА-ассоциированной гипертермии в родах, поиск факторов риска ее развития, анализ влияния проведения ЭА на течение родов и тип родоразрешения.

Задачи исследования: выработка наиболее безопасной акушерской тактики анальгезии родового акта

Материалы и методы исследования: ретроспективное когортное исследование проведено на базе родильного дома №20, обособленного подразделения ГКБ им. Ф.И. Иноземцева. В анализ были включены 1 876 историй родов за период с 1 января по 31 июня 2021 г.: 958 – с проведением ЭА, 918 – в отсутствие нейроаксиального обезболивания. Также проводилось разделение по типу родоразрешения на роды путем операции КС в экстренном

порядке и естественное родоразрешение. Плановые операции КС были исключены из анализа.

Результаты исследования: при родах без ЭА гипертермия была отмечена лишь у 2 пациенток (0,2%), в то время как на фоне ЭА она развилась у 55 рожениц (6,7%). Экстренное КС на фоне ЭА проводилось в 2 раза чаще, чем в отсутствие нейроаксиальной анальгезии (13,8% vs 6,9%), при этом наиболее частым показанием служил дистресс плода, в 7 раз чаще встречающийся в группе ЭА. Для дальнейшего анализа группу родов на фоне ЭА разделили на две подгруппы: подгруппу А, включившую 877 пациенток с $T < 37,5^{\circ}\text{C}$, и подгруппу Б, которую составила 81 пациентка с развившейся на фоне ЭА гипертермией. В случае гипертермии более, чем в 2 раза чаще проводилось экстренное КС (30,86% vs 12,2%) и почти в 3 раза чаще применялась вакуум-экстракция плода (8,93% vs 3,12%), как правило, в результате развития дистресса плода, диагноз которого в подгруппе Б также встречался почти в 3 раза чаще (29,63% vs 11,74%). По данным корреляционного анализа лишь 4 фактора продемонстрировали статистически значимую корреляцию с развитием гипертермии выше 0,15: продолжительность родов (0,19), длительность безводного периода (0,17) и ЭА (0,23), а также количество влагалищных исследований (0,19). При проведении дисперсионного анализа p -значение $< 0,05$ имели продолжительность родов, длительность безводного периода и ЭА, а также характер околоплодных вод.

Обсуждение: в ходе данного ретроспективного анализа выявлена ассоциация ЭА с повышенным риском гипертермии и оперативного родоразрешения, что согласуется с результатами недавних исследований. По данным корреляционного и дисперсионного анализов, наиболее статистически значимыми факторами ЭА-ассоциированной гипертермии явились продолжительность родов, длительность безводного периода и введения анестетика.

Выводы: учет указанных ассоциаций и проведение проспективного исследования с многофакторным анализом полученных результатов позволят выработать наиболее безопасную тактику анальгезии родов.

Дубенко О.Д.

БЕЗОПАСНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТОПИЧЕСКИХ ИНГИБИТОРОВ КАЛЬЦИНЕВРИНА

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

Актуальность: Одним из основных методов и первой ступенью в лечении хронических дерматозов является наружная терапия. Наиболее часто с этой целью используются топические глюкокортикостероиды (далее - тГКС). Вместе с тем при длительном их применении возможны такие нежелательные явления (далее - НЯ) как стероидный дерматит, атрофия, истончение кожи, а также развитие инфекционных дерматитов. Также возможно развитие рецидива основного заболевания после отмены тГКС («синдром отмены»).

Ингибиторы кальциневрина (далее - ТИК) являются макролактамами с иммуносупрессивными свойствами. Их способность ингибирования активации Т-лимфоцитов способствует уменьшению высвобождения различных провоспалительных цитокинов.

ТИК отличаются избирательным иммуномодулирующим эффектом и выраженной противовоспалительной активностью, сопоставимой с таковой тГКС средней силы. При этом они лишены упомянутых нежелательных эффектов.

В настоящее время данная группа представлена следующими лекарственными препаратами: «Такролимус» и «Пимекролимус».

Данные препараты используются как в моно-, так и в комплексной терапии больных, страдающих атопическим дерматитом, красным плоским лишаем, витилиго, очаговой алопецией, склеродермией, розацеа, периоральным и себорейным дерматитами и др.

Цель исследования: проанализировать литературные источники с целью выявления НЯ при применении ТИК и тГКС.

Материалы и методы исследования: проведен анализ литературных источников и исследовательских работ в электронной библиотеке PubMed и eLIBRARY за период с 2010 по 2023 год, посвященных изучению НЯ ТИК и тГКС. Поиск информации в источниках происходил по ключевым словам: пимекролимус, такролимус, топический ингибитор кальциневрина, топический кортикостероид, нежелательные явления. Всего было проанализировано 32 источника.

Результаты исследования: частота НЯ при длительном использовании ТИК отмечается значительно ниже, по сравнению с длительным применением тГКС. Самыми частыми НЯ во время применения ТИК является развитие импетиго и герпетической инфекции. НЯ в виде атрофии эпидермиса, дермы и самой кожи в изученных работах не представлено. Большинство авторов отмечено, что пациенты при использовании ТИК отмечают ощущение жжения в первые минуты нанесения лекарственного препарата. Также отдельными пациентами отмечается усиление чувствительности кожи к солнечным лучам.

Выводы: ТИК в настоящее время являются препаратами выбора в лечении упомянутых дерматозов. Вместе с тем требуется строгое соблюдение возможного периода использования данных лекарственных препаратов. Использование так называемого метода «прерывистой терапии», часто используемого при лечении тГКС, для ТИК не разработаны. Представляется важным проведение систематического обзора литературы с целью выявления НЯ при применении ТИК и тГКС.

Дубинина А.В.

МИОПАТИЯ И МИАСТЕНИЯ КАК ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ СТАТИНОТЕРАПИИ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

Руководитель: Остроумова О.Д., д.м.н., профессор Кафедра терапии и
полиморбидной патологии имени академика М.С. Вовси
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Статины – самые часто используемые в клинической практике гиполипидемические лекарственные средства. Ведущее место среди нежелательных реакций (НР) статинов занимают статин-ассоциированные мышечные симптомы (САМС). САМС или миопатия — это общий термин, обозначающий такие заболевания мышц, как миалгия, миозит и рабдомиолиз. Однако в редких случаях статины могут спровоцировать развитие характеризующегося поражением нервно-мышечных синапсов аутоиммунного заболевания - миастении *de novo* или вызвать ухудшение течения существующей миастении. Миопатия и миастения, индуцируемые приемом статинов, схожи по своим проявлениям и могут вызвать трудности в дифференциальной диагностике.

Цель исследования: изучить имеющиеся данные о статин-индуцированной миопатии или миастении с представлением частоты их встречаемости, особенностей патогенетических механизмов и диагностических подходов.

Материалы и методы. Проводился поиск литературы в базах данных MEDLINE, EMBASE, библиотеки Cochrane, SCOPUS и Web of Science за период с 1980 по 2022 год по ключевым словам: статины, миастения, миопатия. Данные оценивались по характеру проявления миопатии (миалгия, миозит, рабдомиолиз и статин-индуцированная некротизирующая аутоиммунная миопатия) и миастении (миастения *de novo* или ухудшение течения существующей миастении), частоте возникновения, механизму и уровням достоверности доказательств, где уровень А соответствовал данным

рандомизированных контролируемых клинических исследований; уровень В - данным нерандомизированных / (про-) ретроспективных / когортных исследований, исследований типа «случай-контроль», мета-анализов и/или постмаркетинговых исследований; уровень С - данным опубликованных отчетов о клинических случаях или их сериях.

Результаты. Всего найдено 312 публикаций, соответствующих поиску, из них для анализа отобрано 256 источников. Встречаемость статин-индуцированной миопатии в виде миалгии/миозита варьировала от 1-3% по данным рандомизированных исследований (уровень А) до 7-29% по данным регистровых и наблюдательных исследований. Серьёзные, но редкие НР такие как статин-индуцированный рабдомиолиз и статин-индуцированная некротизирующая аутоиммунная миопатия составили 0,15–1 случаев на 1 млн назначений статинов (уровень В) и 23 случая на 1 млн пациентов (уровень В) соответственно. Описаны редкие единичные случаи развития миастении *de novo* (уровень С), а обострение симптомов у пациентов с миастенией, принимающих статины, наблюдалось в 11% случаев (уровень В). Также, были описаны случаи одновременного развития миастении и САМС (уровень С). Патофизиологические механизмы развития статин-индуцированной миопатии и миастении точно не установлены, но предполагается наличие схожих механизмов, включающих иммуноопосредованное, прямое миотоксическое действие и дисфункцию митохондрий посредством снижения продукции убихинона. Наиболее важным диагностическим критерием для миопатии явилось определение уровня креатинкиназы и проведение электромиографии, а для миастении – определение уровня антител к ацетилхолиновому рецептору и проведение электронейромиографии.

Закключение. Мышечные симптомы при статинотерапии встречаются относительно часто и могут быть определены не только как миопатия, но и как миастения. Клиницисту следует владеть информацией о данных статин-индуцированных состояниях, имеющих различный подход к диагностике и лечению, и уметь дифференцировать их, поскольку это может позволить избежать развитие этих НР или быстро их купировать.

Еремина С.С.

ЦИТИКОЛИН В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ
АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Руководитель: Петрова М.М., д.м.н., профессор
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России, г. Красноярск

Актуальность. Проблема повреждения нервной системы после кардиохирургических операций, несмотря на совершенствование хирургических методов и реализацию нейропротекторных стратегий, по-прежнему актуальна. Наиболее часто у пациентов после кардиохирургических операций для выявления когнитивного дефицита используется нейропсихологическое тестирование.

Цель исследования. Выявление когнитивного дефицита, развивающегося после операции аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения, и оценка влияния цитиколина на состояние когнитивных функций у пациентов в периоперационном периоде.

Материалы и методы. На базе ФГБУ ФЦССХ (г. Красноярск) обследовано 68 пациентов женского и мужского пола с диагнозом ИБС. Пациенты были разделены на две группы по 34 человека в каждой. Средний возраст больных в I группе составил $62,3 \pm 1,1$ года; во II группе - $61,0 \pm 0,87$ лет ($p > 0,05$). Всем пациентам выполняли операцию коронарного шунтирования (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК). Длительность ИК в основной группе составила $77,4 \pm 5,2$ мин., время пережатия аорты - $43,9 \pm 4,2$ мин ($p > 0,05$). В группе сравнения время ИК было $81,5 \pm 5,27$ мин., время пережатия аорты - $45,2 \pm 3,6$ ($p > 0,05$).

Результаты и обсуждение. При первичном неврологическом осмотре были выявлены изменения практически у всех включенных в исследование пациентов. Показатели когнитивных функций в предоперационном периоде были сопоставимы: в основной группе когнитивные нарушения были выявлены у 41,2% (14/34), а в группе сравнения - у 55,8% (19/34) пациентов. Нейropsychологическое тестирование, проведенное на 7 сутки после операции, выявило наличие признаков ПОКД у 76,4% (26/34) пациентов основной группы, тогда как в группе сравнения нарушение когнитивных функций увеличилось до 85,2% (29/34) пациентов ($p>0,05$). В послеоперационном периоде в основной группе на фоне терапии цитиколином была отмечена положительная динамика. В группе сравнения, где нейропротекция не проводилась, во всех предлагаемых тестах произошло ухудшение по тестируемым функциям. Через 8-10 дней после операции в группе без целенаправленной нейропротекции отмечено нарастание когнитивных нарушений. В основной группе результаты тестирования показали сохранение дооперационного уровня когнитивного функционирования, несмотря на проведенное оперативное вмешательство. На наш взгляд, улучшение происходит вследствие улучшения цитиколином холинергической передачи, а также благодаря модулирующего действия на глутамат- и дофаминергические нейротрансмиттерные системы. Пациентам I группы, которым в раннем периоде проводилась терапия цитиколином, было рекомендовано продолжить прием препарата в дозе 500 мг в сутки внутрь в течение двух месяцев.

Заключение. Цитиколин целесообразно назначать в период предоперационной подготовки и на время раннего послеоперационного периода больным ИБС, перенесшим операцию аортокоронарного шунтирования.

Жубатканова Н.Б.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ НОГТЕВЫХ ПЛАСТИН ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕТАКРИЛАТОВ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: в последние годы наблюдается всплеск аллергического контактного дерматита из-за метакриловых соединений, что вероятно связано с большим спросом на долговременные гель-лаковые покрытия.

В базовых покрытиях содержатся такие компоненты как метакрилаты, которые являются обязательным компонентом для образования полимера. Неправильное использование данных препаратов, недостаточное просушивание полимера в УФ-лампах, использование несоответствующего оборудования повышают вероятность развития патологических изменений на ногтях.

Цель: продемонстрировать случай аллергического контактного дерматита на ногтевых пластинах кистей на метакрилаты, содержащиеся в базовых гель-лаковых покрытиях и возможности терапии.

Материалы и методы. Проведен анализ клинико-anamnestических данных, механическая аппаратная обработка ногтевых пластин, топическая терапия.

Результаты: Анализ клинико-anamnestических данных позволил установить, что пациентка К., 45 года нанесла на ногти гель-лаковое покрытие. К вечеру того же дня возникла боль в области ногтевого ложа всех пальцев кистей, жжение, ногти деформировались и приобрели арочный вид. Пациентка обратилась на прием через неделю после первых симптомов. После снятия гель-лакового покрытия был обнаружен онихолизис всех ногтевых пластин кистей. Цвет ногтевых пластин изменен: от белого до коричневого.

Визуализируется подногтевое кровоизлияние. Также во время обработки ногтей на ногтевом ложе обнаружен рыхлый гиперкератоз желтого цвета около 1 мм. Кожа на оконоготевых валиках отечна.

Была произведена механическая аппаратная обработка ногтевых пластин, обработаны отслоившиеся участки ногтевой пластины, удален гиперкератоз с ногтевого ложа.

Коротким курсом назначены топические глюкокортикостероиды.

По мере отрастания ногтевой пластины выполнялись повторные обработки. Ногтевые пластины восстановились через 3 месяца.

Выводы. Описанный клинический случай демонстрирует влияние метакрилатов на ногтевые пластины. Данная ситуация требует осведомленности среди дерматологов, в связи с тем, что изменения ногтей, вызванные сенсibilизацией к метакриловым соединениям, могут имитировать другие дерматологические заболевания, например онихомикоз или псориаз ногтей. Необходимо повышать осведомленность о потенциальном риске сенсibilизации к акрилатам и доступных профилактических мерах, особенно среди работников индустрии красоты, во время их первичного обучения. Важно информировать пациентов о возможности реакции организма на компоненты. Особенно необходимо сохранять повышенную настороженность в тех случаях, когда у пациента чувствительная кожа или в анамнезе имеются кожные заболевания (атопический дерматит, экзема и др.)

Зюзин А.С.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ЗВУКОПРОВОДЯЩИХ УСТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Руководитель: Таварткиладзе Г.А., д.м.н., профессор Кафедра сурдологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: в связи с широким распространением и использованием персональных аудиоустройств и наушников среди молодых людей и подростков, становится актуальной проблема избыточного акустического воздействия на слуховой анализатор. Регулярное шумовое воздействие приводит к постепенному, стойкому и необратимому снижению слуха. По оценкам ВОЗ, в мире риску нарушения слуха, обусловленному избыточному воздействию шума, подвергаются 1,1 миллиарда молодых людей.

Цель исследования: изучить опыт использования персональных звуковоспроизводящих устройств подростков.

Задачи исследования: 1) провести анкетирования подростков;

2) определить длительность, частоту и громкость акустического воздействия как предиктора нарушения слуха у подростков.

Материалы и методы: исследование проведено на базе МАОУ «Лицей города Троицка», г. Москва. Было опрошено 150 учащихся 9-11 классов в возрасте 14-17 лет (70 девочек и 80 мальчиков) относительно опыта использования персональных звуковоспроизводящих устройств. Анкета включала 7 вопросов, касающихся громкости прослушивания, длительности и частоты использования персональных звуковоспроизводящих устройств. Также проводился сбор анамнеза и жалоб на нарушение слуха. Данное исследование было одобрено на заседании локального этического комитета ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России от 16.11.2021 г.

Результаты исследования: из 150 обследованных школьников 89% не предъявляли жалоб на нарушение слуха, 2% отмечали снижение слуха, 9%

испытывали дискомфорт в ушах после прослушивания музыки в наушниках. У 88% подростков анамнез по слуху неотягощен, 12% ранее переносили отиты. В зависимости от вида наушников 61% школьников используют вставные, 16% - внутриканальные, 23% - накладные наушники. По громкости прослушивания музыки в наушниках 5% прослушивают тихо, 74% умеренно громко, 16% громко, 5% очень громко. При этом рекомендации ограничения уровня громкости на устройстве следует только 1% из участвовавших в исследовании. 14% опрошенных используют наушники менее 1 года, 29% - от 1 до 3 лет, 57% - более 3 лет. В течение дня 30% прослушивают музыку в наушниках менее 1 часа, 44% - от 1 до 3 часов, 26% - более 3 часов.

Обсуждение: в современном мире среди подростков все большую популярность набирает использование персональных звукопроводящих аудиоустройств, что неизбежно приводит к постепенному, стойкому и необратимому снижению слуха.

Выводы: 77% подростков используют внутриушные наушники, 70% прослушивают более 1 часа в день. Только 1% опрошенных обращает внимание на предупреждение в устройстве об ограничении уровня громкости. В связи с этим необходимо повышать информированность подростков о рисках нарушения слуха при избыточном звуковом воздействии.

Караева А.С.

ОТРАВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ НАЗАЛЬНЫМИ ДЕКОНГЕСТАНТАМИ

Руководитель: Тулупов Д.А., к.м.н., доцент

Кафедра детской оториноларингологии имени профессора Б.В.

Шеврыгина

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Согласно российским клиническим рекомендациям по лечению ОРВИ, острого риносинусита и острого среднего отита, назальные сосудосуживающие препараты (назальные деконгестанты) являются важнейшей составляющей медикаментозного лечения. Но имеется достаточно сведений о побочных эффектах, связанных с применением деконгестантов. Отравление назальными деконгестантами является одной из нередких причин госпитализации детей в токсикологическое отделение.

Целью исследования является изучение особенностей среднетяжёлых и тяжёлых форм отравлений назальными сосудосуживающими препаратами у детей при лечении воспалительной патологии верхнего отдела дыхательных путей.

Материалы и методы. На основе ретроспективного анализа медицинских карт пациентов, госпитализированных в отделение токсикологии ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» в 2022 году, определяли долю пациентов с отравлением назальными сосудосуживающими препаратами в структуре токсикологической патологии, распределение пациентов по возрастным группам, основные механизмы отравления назальными деконгестантами, и действующее вещество лекарственного препарата.

Результаты и их обсуждение. Из 1282 госпитализированных пациентов в отделении токсикологии ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» в 2022 году отравление назальными деконгестантами было причиной госпитализации 45 (3,51%) детей.

При сравнении количества госпитализированных детей с отравлениями назальными сосудосуживающими препаратами за 2017, 2018, 2019, 2020 и 2021 гг., была выявлена явная тенденция к уменьшению данной причины госпитализации: 222, 157, 106, 58 и 54 пациентов соответственно.

По данным за 2022 год наиболее часто отравление деконгестантами отмечали у детей в возрасте 0 до 3 лет – 31 (69%) пациент. Основной причиной развития системного токсического эффекта было применение препаратов на основе нафазолина – 33 (73%) пациента. Наиболее часто развитие системного токсического эффекта было не связано с врачебными назначениями, а являлось следствием приема препарата ребенком внутрь, в том числе по недосмотру родителей – 20 (44%) пациентов.

Вероятно, существенная тенденция к снижению числа зарегистрированных эпизодов отравлений назальными сосудосуживающими препаратами связана с проводимой нашей кафедрой и кафедрой анестезиологии, реаниматологии и токсикологии детского возраста ФГБОУ ДПО РМАНПО длительной просветительской работы в системе последипломного педиатрического образования по информированию врачей о значимости рационализации, вероятных побочных эффектах от применения назальных деконгестантов у детей и мерах по уменьшению рисков развития данных нежелательных явлений.

Заключение. Для уменьшения рисков развития нежелательных явлений, связанных с действием назальных деконгестантов, необходимо строго соблюдать схему применения препарата, указанную в его инструкции, не превышая разовую дозу и кратность применения. Также стоит избегать использования лекарственных средств на основе нафазолина по причине наибольшей их токсичности для ребёнка.

Киселёва М.А.

ОЦЕНКА ЗАВИСИМОСТИ ФАКТОРОВ
РИСКА И РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРВОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО
СКРИНИНГА С РАЗВИТИЕМ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Руководитель: Царегородцева М. В., д.м.н., доцент

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва.

Актуальность. Беременность с ЗРП является исходом течения хронической плацентарной недостаточности и сопровождается высоким риском развития акушерских осложнений (внутриутробная гипоксия и гибель плода). В постнатальном периоде дети, рожденные с ЗРП, входят в группу риска по патологии нервной системы.

Цель исследования. Определение влияния факторов риска развития у пациентов с ЗРП, не верифицированных по первому пренатальному скринингу и у пациенток высокой группы риска.

Задачи исследования. Определить количественное влияние факторов риска развития ЗРП у пациентов статистическим методом Пирсона с нулевой гипотезой о положительном влиянии фактора.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 230 историй родов на базе ЖК ГKB им. Д.Д. Плетнева. В группу высокого риска вошло 15 человек, из них ЗРП была диагностирована у 2 (0.87%), что объясняется профилактическим приёмом Аспирина. Но в группе низкого риска также встречалась ЗРП (2.17%).

Результаты исследования. Согласно проведенному анализу, не было выявлено статистически достоверных отличий среди сопутствующих заболеваний и акушерских осложнений у пациенток с ЗРП высокого и низкого рисков. ЗРП чаще всего встречалась в группе низкого риска, что объясняется

профилактическим приёмом Аспирина пациентками группы высокого риска. ЗРП чаще всего диагностировалась после 35 недель гестации.

Обсуждения. По данным исследования был выявлен высокий процент развития ЗРП у пациентов низкого риска, соматически не отягощенных, без отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза, не в позднем репродуктивном периоде. Таким образом, подход к профилактике ЗРП группы низкого риска должен быть индивидуальным.

Выводы. Высокий риск по данным I ПС на текущий момент является определяющим фактором для назначения профилактики ЗРП. Однако, с целью своевременной диагностики ЗРП у пациенток низкой группы риска необходимо проводить дополнительную фетометрию в 30-35 недель гестации.

Козонова А.А.

РОЛЬ МАРКЕРОВ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ И ДИАГНОСТИКЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Руководитель: Цахилова С.Г. д.м.н., профессор
НИИ СП имени Н.В. Склифосовского

Актуальность. Преэклампсия (ПЭ) - мультисистемное патологическое состояние, грозное осложнение беременности, возникающее во второй ее половине (после 20 нед.), характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией или хотя бы одним параметром полиорганной недостаточности. К факторам высокого риска преэклампсии относят хронические заболевания почек, сахарный диабет, аутоиммунные заболевания, хроническую артериальную гипертензию, гипертензивные расстройства в предыдущих беременностях; к факторам умеренного риска – первую беременность, многоплодную беременность, возраст 40 и более лет, интергенетический интервал более 10 лет, ожирение.

ПЭ занимает ведущее место в структуре причин материнской и перинатальной смертности и остается одним из наиболее тяжелых и опасных осложнений беременности. Частота ПЭ из года в год неуклонно растет. 10-15% всех случаев материнской смертности связаны с ПЭ, что составляет в мире по меньшей мере 70 000 смертей в год. Заболевание, в основе развития которого лежит множество механизмов, еще до конца не изученных, остается сложным как для диагностики, так и для предикции ее возникновения из-за отсутствия надежных диагностических тестов, а прогнозирование на основе анамнестических факторов риска признано недостаточно эффективным.

При развитии преэклампсии многократно возрастает риск таких осложнений, как кровоизлияние и отек головного мозга, эклампсия, отслойка плаценты, ДВС-синдром, массивные акушерские кровотечения, HELLP-синдром, кровоизлияние и разрыв капсулы печени, отек легких, гибель матери и плода.

В последующие годы жизни у женщин чаще регистрируются хроническая артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, кардиомиопатия, неврологические заболевания, венозная тромбэмболия, что позволяет рассматривать преэклампсию фактором высокого риска развития перечисленных заболеваний.

Продолжается исследование большого количества биохимических и клеточных маркеров для прогнозирования, ранней диагностики и оценки степени тяжести преэклампсии. Однако до сих пор не найден маркер, позволяющий оценить истинную степень тяжести преэклампсии для выбора оптимальной тактики ведения таких беременных и предотвращения жизнеугрожающих состояний.

Известно, что преэклампсия ассоциирована в той или иной степени с дисфункцией плаценты. При исследовании механизма действия многих факторов, приводящих к развитию преэклампсии, в последнее время центральное место занимает оксидативный стресс - состояние клеток, характеризующееся избыточным содержанием в них радикалов кислорода. Дефект инвазии трофобласта на ранних сроках гестации, неполноценное ремоделирование маточно-плацентарных артерий приводит к хронической ишемии развивающейся плаценты, повреждению митохондрий, что приводит к оксидативному стрессу, усугубляя тяжесть процесса. Помимо продукции АТФ митохондрии выполняют также весьма важные функции: апоптоз путем инициации клеточной гибели и аутофагия посредством продукции активных форм кислорода с целью избавления от поврежденных дисфункциональных органелл и стимуляции формирования новых, неповрежденных структур. Эти процессы контролируются «системой контроля качества и селекции митохондрий». В условиях оксидативного стресса происходит нарушение работы этой системы, за которую ответственны белки OPA-1 и dynamin-related protein -1, DRP-1, что приводит к накоплению дефектных органелл и еще большему снижению функциональности в системе «мать-плацента-плод».

Цель: оптимизация методов прогнозирования и диагностики ПЭ путем определения в плазме крови матери маркеров митохондриальной дисфункции.

Материалы и методы: было обследовано 80 беременных женщин, которых разделили на 2 группы. В первую группу вошло 50 беременных женщин с тяжелой ПЭ со сроком гестации 32-39 недель, во вторую группу - 30 беременных женщин тех же сроков гестации с физиологически протекающей беременностью. Использовался фрагмент ткани из центральной части плаценты, который подвергали замораживанию с последующей гомогенизацией в жидком азоте; в экстракте методом количественной ПЦР в реальном времени определяли уровень экспрессии генов митохондриальных белков, а методом вестерн-блот содержание самих белков, методами статистического анализа – достоверность полученных результатов.

Результаты: Ведущая роль в нарушении структуры и функции митохондрий – нарушение процесса аутофагии - процесса, отвечающего за элиминирование поврежденных структур, самообновление клетки и поддержание функционального состояния тканей и органов. Был изучен уровень экспрессии таких ключевых белков, контролирующих формирование аутофагосом, как ATG13, Beclin LC3 в норме и при преэклампсии, полученный результат показал, что их уровень достоверно растет при преэклампсии ($p < 0,01$). Также показано достоверное увеличение при ПЭ уровня экспрессии генов белков, отвечающих за слияние и деление митохондрий (Opa1, Drp1) в рамках поддержания структуры митохондриальной сети. На фоне митохондриальной дисфункции при ПЭ достоверно растет уровень белка TFAM ($p < 0,05$), который отвечает за регуляцию репликации и транскрипции ДНК митохондрий и защищает клетки от оксидативного стресса.

Вывод: представленные маркеры митохондриальной дисфункции, их внедрение в скрининговые программы станет новой ступенью в прогнозировании и ранней диагностике преэклампсии, что, в свою очередь, приведет к снижению материнской и перинатальной смертности от данной патологии.

Козырева В.О.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НА ЭТАПЕ АДЬЮВАНТНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Руководитель: Евстигнеева И.С., к.м.н., доцент

Кафедра физической терапии, спортивной медицины и медицинской
реабилитации

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: Известно, что онкологическое лечение является длительным и многоэтапным процессом, однако, неблагоприятные реакции, развивающиеся в ходе терапии, могут затруднять осуществление предусмотренного плана лечения. Возникающие лучевые повреждения кожи не только влияют на качество жизни пациентов, но и могут привести к изменениям сроков комбинированного лечения. Кроме того, во время проведения лучевой терапии белково-энергетическая потребность организма растет, что при нерациональном питании предрасполагает к развитию нутритивной недостаточности, а также приводит к увеличению частоты тяжелых лучевых реакций. Таким образом, процесс онкологического лечения требует соответствующей медицинской реабилитации.

Цель: Оценить эффективность применения низкотемпературной плазмы и общей магнитотерапии в комплексе медицинской реабилитации у пациентов на этапе адьювантной дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) рака молочной железы (РМЖ).

Материалы и методы: Проведено проспективное простое рандомизированное исследование, в котором приняли участие 60 пациенток на этапе адьювантной лучевой терапии РМЖ. Основная группа (n=30) получала курс медицинской реабилитации с применением аргоновой низкотемпературной плазмы (НТП), общей магнитотерапии (ОМТ), инутритивной поддержки в виде специализированного лечебно-

профилактического питания (ЛПП). В группе сравнения (n=30) в курс реабилитации была включена ОМТ без ЛПП. Для всех пациентов проводились индивидуальные занятия лечебной физкультурой (ЛФК), занятия с медицинским психологом. Полученные результаты фиксировались с помощью клинико-функциональных, лабораторных, инструментальных исследований.

Результаты: Перед началом исследования в группах по всем исследуемым показателям достоверной разницы не выявлялось. По завершении курса ДЛТ в обеих группах отмечались признаки местных лучевых реакций в виде лучевого дерматита, однако их выраженность в основной группе была меньше, о чем свидетельствует оценка кожных лучевых реакций по шкале RTOG. Основная группа: II ст у 13,33% (4) пациентов, I ст у 50,0% (15), отсутствие лучевого дерматита – 36,66% (11). Группа сравнения: II ст– 23,3% (7) пациентов, I ст у 76,6% (23), отсутствие лучевого дерматита – 0% (0). Полученные результаты подтверждались данными лазерной доплеровской флоуметрии. В группе сравнения зафиксированы более тяжелые нарушения в микроциркуляторно-тканевой системе. Уровень средней тканевой перфузии (ПМ) и Среднее квадратичное отклонение амплитуды кровотока (СКО) в основной группе составляли $20,66 \pm 2,12$ пф.ед. и $2,07 \pm 0,13$ пф.ед соответственно, в то время как в группе сравнения эти показатели составляли ПМ: $25,32 \pm 2,11$ пф.ед и СКО: $1,88 \pm 0,22$ пф.ед. ($p < 0,05$). Применение ЛПП продемонстрировало поддержание белкового статуса, снижение интоксикации у пациенток основной группы. Так концентрация общего белка у пациенток основной группы составляла 70,1 (64,4–71,2) г/л, группы сравнения - 60,5 (58,9–61,4) г/л, ($p < 0,05$). Показатели аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспаратаминотрансферазы (АСТ) крови наиболее высокими были в группе сравнения и составляли 23,6 (22,2–32,0) и 23,1 (14,9–24,9) соответственно, в то время как в основной группе наблюдались значимые различия АЛТ: 19,9 (17,9–25,3), АСТ: 17,4 (16,4–22,0) ($p < 0,05$). В обеих группах без значимых различий выявлено снижение показателей уровня тревоги, депрессии и выраженности болевого синдрома, что свидетельствует о положительном

влиянии комплексной медицинской реабилитации на качество жизни пациенток.

Выводы: В результате исследования продемонстрирована эффективность комплексной медицинской реабилитации с применением НТП, ОМТ, ЛПП, а также ЛФК и занятий с медицинским психологом у пациенток с диагнозом РМЖ на этапе адъювантной ДЛТ.

Короткова Э.Э.

СОЗДАНИЕ ШКОЛ АКНЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Руководитель: Тарасенко Г.Н., к.м.н., доцент

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Акне является широко распространенным дерматозом. В связи с тем, что пациент не всегда владеет достаточным объемом знаний о патогенезе акне, возрастает риск неудовлетворительных результатов терапии, так как прописанная врачом терапия нередко ощущается агрессивной и даже неэффективной в связи с закономерным ухудшением на начальных этапах.

Цель. Проанализировать и выявить влияние «человеческого фактора» на эффективность терапии акне.

Задачи исследования. Провести опрос среди пациентов, которые имеют заболевание акне пять и более лет, при условии неоднократного посещения врача-дерматолога. Изучить назначенное ранее лечение и выяснить причину отсутствия стойкой ремиссии или прогрессирования акне. Путем анкетирования собрать информацию о базовых навыках ухода за кожей с акне и базовыми знаниями нанесения топических медикаментозных средств у пациентов с акне.

Материалы и методы исследования: было проведено анкетирование 56 пациентов с акне, структура опроса была направлена на выяснение и уточнение причины прекращения терапии, прописанной врачом дерматологом, а также на выявление трудностей в подборе и методах ежедневного домашнего ухода за кожей с акне. Также проведен анализ литературных данных электронной библиотеки PubMed за период с 2015-2022 гг. касательно влияния акне на психозмоциональную сферу пациентов и причин самопроизвольного прекращения терапии. Применялись логический и аналитические методы.

Результаты и обсуждение: основной причиной самостоятельного прерывания терапии на третьей и четвертой неделе лечения явилось отсутствие мотивации и понимания методов терапии. Пациенты считали, что лечение безуспешно и подобрано неверно лечащим врачом, так как не видели положительного эффекта терапии, а в некоторых случаях наблюдали обострение процесса на третьей или четвертой неделе лечения. Второй причиной прерывания терапии была перманентная сухость, стянутость и жжение кожи. Таким образом, основной причиной безуспешной терапии акне является отсутствие информированности пациента и поддержания связи пациент-врач. Врач не всегда располагает раздаточными буклетами по применению препарата, а также временем для проведения качественной беседы с пациентом, в ходе которой возможно объяснить и научить пациента грамотно использовать лечебные и косметические средства. Вследствие этого пациент нередко самостоятельно принимает решение о виде косметических средств, в частности использует агрессивные очищающие средства и абразивные продукты очищения. Таким образом, при адекватном лечении требуется развернутое информирование пациента для достижения положительных результатов.

Выводы: Важной составляющей эффективности лечения акне является информированность пациентов о правильном уходе за кожей в процессе терапии, основах лечебного питания при данном заболевании, а также о механизмах развития заболевания. Решением данной проблемы должно стать широкое информирование пациентов, а также реализация пилотных проектов по отработке механизмов внедрения школ для больных акне.

Корякин А.Г.^{1,2}, Слостников Е.Д.¹, Жежук П.А. М.С.¹, Цурукалова¹

ВЫБОР МЕТОДА НЕИНВАЗИВНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ПАЦИЕНТОВ-КАНЮЛЕНОСИТЕЛЕЙ С ГИПОКСЕМИЧЕСКОЙ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ЭТАПЕ ПРЕКРАЩЕНИЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ

Руководитель: А.В. Власенко^{1,2}, д.м.н., профессор

1 - ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗ г. Москвы,

2 - ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва.

Актуальность. Прекращение длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) у пациентов с острой паренхиматозной дыхательной недостаточностью (ОДН) является сложным этапом лечения, сопряженным с высоким риском развития легочных и внелегочных осложнений. Это особенно актуально у пациентов-канюленосителей, у которых значительно ограничен терапевтический потенциал традиционных методов отлучения от респиратора. Можно предположить, что применение высокопоточной оксигенотерапии (ВПО) на этапе прекращения респираторной поддержки (РП) может улучшить результаты лечения данного контингента пациентов.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов-канюленосителей с ОДН путем использования ВПО на этапе прекращения ИВЛ.

Материалы и методы исследования. Проспективно было обследовано 50 пациентов с ОДН различного генеза (36 мужчин, 14 женщин, возраст $45 \pm 14,2$ лет, без значимых различий в исходной тяжести состояния) после ИВЛ в течение $8 \pm 3,8$ суток. Отлучение от респиратора проводили: в группе А (n=25) с использованием режимов вспомогательной ИВЛ (ВИВЛ) и сеансов традиционной низкопоточной оксигенотерапии (НПО); в группе В (n=25) с использованием режимов ВИВЛ и сеансов ВПО через трахеостомический интерфейс (Airvo-2, Optiflow (F&P, NZ) с начальной скоростью потока

50-60 л/мин. Сравнивали длительность сеансов спонтанного дыхания и РП, количество случаев успешного отлучения, частоту развития нозокомиальной пневмонии (НП), продолжительность лечения и летальность в отделении реанимации (ОР) и в стационаре.

Результаты. В группах А и В выявили значимые различия продолжительности сеансов самостоятельного дыхания в 1-е сутки: $7 \pm 1,7$ часов и $10,5 \pm 1,9$ часов, соответственно ($p < 0,001$) и в последующие 3 суток. Частота успешных случаев отлучения от респиратора в группе А составила 80% ($n=20$), в группе В 92% ($n=23$). Длительность отлучения от ИВЛ в группе А составила $7 \pm 2,9$ суток, в группе В $4 \pm 2,3$ суток ($p < 0,001$). Частота развития НП в группе в группе А была 52% ($n=13$), в группе В 20% ($n=5$) ($p=0,018$). Продолжительность лечения в ОР в группе А составила 23 ± 7 суток, в группе В 17 ± 4 суток, ($p=0,009$). Время лечения в стационаре в группе А – $34 \pm 26,9$, в группе В – $26 \pm 7,8$ суток ($p=0,039$). Летальность пациентов в группах А и В в ОР и в стационаре значимо не различалась.

Выводы. У пациентов-канюленосителей с ОДН на этапе прекращения ИВЛ использование ВПО, по сравнению с НПО, позволило значимо увеличить частоту успешных случаев отлучения от респиратора, сократить продолжительность прекращения ИВЛ, частоту развития НП, время лечения в ОР и в стационаре.

Заключение. Полученные результаты исследования научно обосновывают целесообразность применения ВПО при отлучении от респиратора данного контингента пациентов.

Кочарян А.М.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОПАТИИ ТРЕТЬЕЙ ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Руководитель: Амхадова М.А., д.м.н., профессор, зав. кафедры
хирургической стоматологии и имплантологии
ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, г. Москва

Актуальность. К сожалению, одним из самых частых ятрогенных осложнений в хирургической стоматологии является повреждение третьей ветви тройничного нерва, что приводит к ее невропатии. Которая, в свою очередь, характеризуется выраженным болевым синдромом, утратой или снижением чувствительности, а также параличами и парезами.

Цель исследования. Сравнить полученные результаты произведенных диагностических исследований в двух сравниваемых группах, в зависимости от типа лечения.

Материалы и методы. Под наблюдением было 70 пациентов с клиническими признаками невропатии третьей ветви тройничного нерва после стоматологического хирургического приема, а именно операции установки дентальных имплантатов и экстракции ретенированных и импактных зубов. Пациенты были поделены на две группы: I группа – 35 пациентов, которым проводилось консервативное медикаментозное лечение; II группа – 35 пациентов, которым проводилось медикаментозное лечение в комплексе с ботулинотерапией. На проведение клинических исследований получено разрешение Межвузовским независимым комитетом по этике (№ 11 от 1.10.2020). Всем пациентам проводили диагностику на разных этапах лечения, а именно «дебют», «1,5 месяца» и «6 месяцев». Статистический анализ динамики количественных показателей производился также в данные периоды. Из методов диагностики использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), рассчитывали площадь (S) невропатии на поверхности кожи, очерчивая ее

границы, электронейромиографию (ЭНМГ), а именно скорость распространения возбуждения (СРВ) и сенсорный ответ. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакетов прикладных программ Statistica 10 и SAS JMP 11.

Результаты исследования. Анализ данных, полученных для всей исследуемой выборки, позволяет утверждать, что данных объемов достаточно для проведения статистического анализа данных и формирования статистических выводов. Показатель «ВАШ» в период «1,5 мес.» по отношению к периоду «дебют» снизился для двух групп: «Медикаментозное» и «Медикаментозное в комплексе с ботулинотерапией» на 7,0% и 9,5%, соответственно. Показатель «ВАШ» в период «6 мес.» по отношению к периоду «дебют» снизился для двух групп: на 20,3% и 36,2%, соответственно. Показатель «S» в период «1,5 мес.» по отношению к периоду «дебют» снизился для двух групп: на 8,5% и 10,8%, соответственно. Показатель «S» в период «6 мес.» по отношению к периоду «дебют» снизился для двух групп: на 28,3% и 42,7%, соответственно. Показатель «Сенсорный ответ, мВ» в период «1,5 мес.» по отношению к периоду «дебют» снизился для двух групп на 9,2% и 4,9%. Увеличение показателя «Сенсорный ответ, мВ» в период «6 мес.» по отношению к периоду «дебют» было зарегистрировано для двух групп: на 28,8% и 42,6%. Показатель «СРВ, м/с» в период «1,5 мес» по отношению к периоду «дебют» снизился для двух групп: на 3,2% и 3,3%. Увеличение показателя «СРВ, м/с» в период «6 мес.» по отношению к периоду «дебют» было зарегистрировано для двух групп: на 7,9% и 17,5%.

Вывод. Оценка полученных результатов позволила выявить наиболее значимое улучшение показателей ВАШ, S нейропатии, СРВ и сенсорного ответа у пациентов при комплексной терапии с применением инъекций ботулинического токсина типа-А.

Крюкова А.А.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПОТИРЕОЗОМ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Научные руководители: Бурлачко Я.О., ассистент

Кафедра здорового образа жизни и диетологии

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет

Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Актуальность: симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта при гипотиреозе встречаются с частотой до 68,5%. В большинстве случаев пациенты предъявляют жалобы на снижение аппетита, тошноту, запоры, тяжесть и дискомфорт в эпигастральной области, метеоризм. Гипотиреоз, ввиду наличия у гормонов щитовидной железы гастроинтестинальных эффектов, часто сочетается с желудочно-кишечными расстройствами. [1] Данная симптоматика может быть вызвана как сопутствующим заболеванием со стороны желудочно-кишечного тракта, так и недостатком гормонов щитовидной железы - «гастроэнтерологическая маска гипотиреоза», в любом случае это будет сказываться на всасываемости препаратов, используемых для коррекции гормонального статуса. Лечебное питание является неотъемлемым компонентом лечебного процесса и профилактических мероприятий, которые могут без увеличения дозировки заместительной терапии компенсировать гипотиреоз, не усугубляя функции желудочно-кишечного тракта.[2]

- Цель исследования: оценить фактическое питание и нутритивный статус пациентов с гипотиреозом и определенной симптоматикой со стороны желудочно-кишечного тракта.

- Задачи исследования: разработать методику, с помощью которой возможна персонифицированная коррекция рациона пациента с целью улучшения фармакокинетики препаратов для лечения гипотиреоза.

- Материалы и методы: в исследовании на базе Городской поликлиники №12, г. Ростов-на-Дону были отобраны медицинские карты 60 пациентов с субклиническим гипотиреозом и сопутствующим ожирением I степени. Средний возраст составил $38,5 \pm 2,6$. Пациенты находятся на заместительной гормональной терапии. Более половины пациентов имеют жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта (тяжесть после еды, метеоризм, прилипание кала к стенкам унитаза, расстройство стула). Пациентам с расстройством желудочно-кишечного тракта была проведена оценка фактического питания при помощи программы анализа состояния питания человека версия 1.2.4., зарегистрированной Российским агентством по патентам и товарным знакам 09.02.04 № 2004610397 ГУНИИ Питания РАМН. В дополнении к этому проводилась частичная оценка питания пациентов проводилась согласно приказу МЗ РФ № 330 от 5.08.2003 г. (Приказ Минздрава РФ от 5 августа 2003 г. N 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями на 24 ноября 2016 г) Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с помощью программы «Excel 2016».

Результаты: фактического питания - антропометрические данные - рост – $165,19 \pm 1,26$; вес – $78,3 \pm 4,44$; обхват талии – $104,62 \pm 3,34$; ИМТ – $31,15 \pm 1,32$. Общая калорийность рациона составляет 2000 (при норме 1800 ккал/сут); белок 56 (при норме 64,5 г/сут); общий жир 120,26 (при норме 60 г); НЖК 30,5 г/сут (при норме 10 от ккал); ПНЖК 29,34 г/сут (при норме 6-10 % от ккал); ω -6 жирные кислоты 26,93 г/сут (при норме 5-8% от ккал); ω -3 жирные кислоты 3,44 г/сут (при норме 1-2: от ккал); холестерин 464 (при норме 300 мг/сутки); общие углеводы 180 (при норме 238 г/сут); добавленный сахар 18,94 (при норме 53,75); пищевые волокна 9,96 (при норме 20 г/сутки); натрий составляет 3100 (при норме 1300 мг); калий 4000 (при норме 3500 мг), кальций 1400 мг; магний 500 мг (норма 420 мг), фосфор 1700 (при норме 700 мг); железо 14 (при норме 18 мг).

Нутритивный статус: общий белок – 67 (64-83 г/л) ; гемоглобин 117,8 (120-140 г/л); лейкоциты 10,5 (4,0-9,0*10⁹/л), железо 16,25 (50-170), ферритин 17,81±1,4 (при норме 10- 120 мкг/л), холестерин 9 (3,5-5,7 ммоль/л), АЛТ 74 (10-40 ЕД/л), АСТ 85 (10-40 ЕД/л), коэффициент де Ритиса – 1,2 (0,9-1,73 ед/л); Т4 5,5 (10,3-24,5 мпмоль/л), мочевины 11,5 (2,5-8,3 мкмоль/л).

Обсуждение: Оценка фактического питания пациентов с гипотиреозом и жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта показала следующие особенности: повышенная калорийность, избыточное содержание жиров, снижение уровня углеводов и общего белка, дисбаланс микронутриентов. При оценке пищевого статуса выявлено наличие ожирения, повышение АЛТ и АСТ, гиперхолестеринемии, лейкоцитоз, снижение уровня гемоглобина, железа и ферритина.

Выводы: при контрольном наблюдении пациентов (оценка диетологического вмешательства) через 2 месяца проведенной диетотерапии у пациентов снизилось количество жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта. 56% удалось стабилизировать уровень общего белка. Более половины пациентов с железодефицитными состояниями (около 48%) удалось компенсировать латентный железодефицит или анемию. (динамика ОАК). Влияние на течение гипотиреоза, отмечают улучшение состояния 38% респондентов. С помощью персонализированной диетотерапии и нутритивной поддержки возможно добиться улучшения клинической картины, даже не увеличивая медикаментозную терапию, а влияя на ЖКТ.

Кудряш Е.Б.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЖИДКОСТНОЙ БИОПСИИ У
ПАЦИЕНТОВ С ПРОТОВОЙ АДЕНОКАРЦИНОМОЙ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЕВОЙ ДНК

Руководитель: Шабунин А.В., д.м.н., профессор академик РАН

Кафедра хирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Рак поджелудочной железы остается заболеванием с низкими показателями общей выживаемости. 5-летняя выживаемость при данном онкологическом заболевании не превышает 10%. Несмотря на все достижения современной онкологии, развитие резекционных методов лечения, системной терапии, рак поджелудочной железы имеет весьма скромный прогноз. Ранняя диссеминация, отсутствие клинической картины в дебюте заболевания приводит к стремительному прогрессированию процесса. Некоторые авторы полагают, что протоковая аденокарцинома поджелудочной железы, ввиду высокой биологической активности, с самых ранних стадий является «системным и нерезектабельным процессом». Начало XXI века привнесло в научный мир возможности клинического применения омиксных технологий. Одним из наиболее перспективных направлений современной молекулярной онкологии является методика жидкостной биопсии.

Задачи исследования. Оценить возможность определения циркулирующей опухолевой ДНК (цоДНК) у пациентов с протоковой аденокарциномой, с дальнейшей оценкой корреляции опухолевой нагрузки (распространенности заболевания) с наличием циркулирующей опухолевой ДНК в плазме.

Материалы и методы исследования. Группе пациентов (n=15) с верифицированным раком поджелудочной железы выполнялось определение

циркулирующей опухолевой ДНК в плазме крови. Для выделения цоДНК осуществлялся забор плазмы (5 пробирок с ЭДТА). Далее проводилась полимеразная цепная реакция в реальном времени по технологии DiaCarta, Inc с использованием синтетической ксено-нуклеиновой кислоты (XNA), полностью комплементарной таргетному участку ДНК, не содержащему мутации. Ксено-нуклеиновая кислота блокирует амплификацию немутированной ДНК (wild-type) ДНК и, таким образом, позволяет осуществлять селективную амплификацию мутантной ДНК при ее наличии. Данная технология повышает чувствительность ПЦР-методов.

Результаты исследования. Доля пациентов с распространенным процессом в исследуемой группе составила 46% (n=7). У 40% пациентов выявлена циркулирующая опухолевая ДНК (мутации в гене KRAS). Все пациенты (n=6) с выявленной KRAS-мутацией в системном кровотоке имели распространенную стадию процесса (TxNxM1).

Обсуждение. Первый опыт применения новой технологии с использованием ксено-нуклеиновой кислоты для определения цоДНК в плазме показал повышение чувствительности методики. Планируется дальнейшее применение метода у пациентов с протоковой аденокарциномой, кистозными опухолями поджелудочной железы, хроническим панкреатитом. (n=50).

Выводы. Жидкостная биопсия является перспективным методом скрининга, определения опухолевой нагрузки, оценки минимальной резидуальной болезни, оценки ответа опухоли на системную терапию, определения прогноза. Использование ПЦР-методик с применением XNA на сегодняшний день является наиболее экономически эффективным, более чувствительным методом определения цоДНК.

Крюкова А.А., Бурлачко Я.О.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ КАЛЬМАНА

Научные руководители: Дударева В.А., ассистент Кузьменко Н.А.

Кафедра здорового образа жизни и диетологии

ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет

Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Состояние здоровья ребенка в настоящее время характеризуется ростом хронической патологии и приводит к замедлению темпов физического развития. Недостаточная осведомленность родителей о сроках полового развития детей может привести к ряду проблем, с которыми он столкнется в будущем. Синдром Кальмана обусловлен нарушением синтеза ГтРГ и протекает в сочетании с аносмией. [1] Также по мере взросления присоединяется ряд проблем, начиная от нарушения на метаболическом уровне и заканчивая психологическими проблемами. Именно поэтому, для более удачной компенсации заболевания в сочетании с сопутствующими жалобами необходима коллегиальная помощь специалистов. [2]

Пациент Х 18 лет обратился к диетологу со следующими жалобами: набор массы тела за 2 года на 45 кг, что связывал с изменением образа жизни после переезда в другой город («...устроился на ночную подработку, днем учеба, частые перекусы фастфудом»). До обращения к специалисту предпринимал самостоятельные попытки снижения веса, а также дополнительно занимался физическими нагрузками, но без видимых результатов снова возвращался к прежнему образу жизни. Обращение к специалисту послужило пример блогера, который снизил вес при помощи правильно подобранной диеты от специалиста в этой области. Также на момент обращения имел проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта. При объективном осмотре: рост – 174 см, масса тела 117 кг, ИМТ- 38,6 кг/м².

Общее состояние удовлетворительное. Взгляд имеет характерологические особенности, связанные с поражением восьмой пары черепно-мозговых нервов. Кожные покровы чистые, розовые стрии в области живота. Щитовидная железа – пальпация затруднена. Отсутствие оволосения соответственно возрасту. Врач-диетолог направляет пациента на консультацию к эндокринологу с целью контроля углеводного обмена. Пациент получил рекомендации по диетотерапии: щадящий вариант низкокалорийной диеты с ведением дневника питания

При осмотре эндокринолог отметил конституционную задержку полового развития. А также выяснил, что пациент не ощущает запах духов и неприятных запахов. Предварительный диагноз: Ожирение 2 степени, алиментарно – конституционального генеза. Конституционная задержка полового развития. Также пациент указывает на проблемы в личной жизни, его отсутствие заинтересованности в отношениях и ведомость.

Был предложен следующий план обследования: ТТГ, Т4 свободный, пролактин, общий тестостерон, стероидсвязывающий глобулин, альбумин, ФСГ, ЛГ, АКТГ, ИФР – 1, 17 – он – прогестерон, сывороточное железо, гликированный гемоглобин. УЗИ мошонки. МРТ головного мозга.

По результатам лабораторных исследований: ТТГ – 0,88 мкМЕ/мл (0,66 – 3,69), Т4 св -0,77 нг/дл (0,52 – 0,89), пролактин -3,42 нг/мл (3,21 – 18,46), ЛГ – 0,25 мМЕ/мл (0,81 – 8,96), ФСГ – 0,67 мМЕ/мл (1,26 – 7,40), общий тестостерон – 0,69 нг/мл (1,75 – 7,81), альбумин – 46,1 г/л (35,0 – 52,0), железо 9,76 мкмоль/л (6,2 – 30,3), Гликированный гемоглобин 6,49% (4,00 – 6,2), 17 – он – прогестерон – 1,35 нмоль/л (1,5 – 6,4), ГСПГ – 10,5 нмоль/л (9,7 – 49,6), АКТГ – 17 пг \мл (0 – 46), ифр – 1 – 196 нг/мл (173 – 414).

Диагноз основной: Ожирение 2 степени, алиментарно – конституционального генеза. Гипогонадотропный гипогонадизм (Синдром Кальмана). Нарушение толерантности к углеводам. По результатам инструментальных исследований: УЗИ органов мошонки: Узи признаки гипотрофии обоих яичек.

Назначено следующее лечение:

Диетотерапия

Дозированная физическая нагрузка 30 – 40 минут.

Хорионический гонадотропин 1500 ЕД 2 раза в неделю в/м 3 месяца.

Глюкофаж Лонг 1000 по 1 таб 2 раза в день, 6 месяцев.

Андрогель 50 мг втирать в область плеча по 1 саше в день, длительно.

После контроля лечения через 3 месяца получены следующие результаты:

Общий тестостерон - 1,79 (от 5,1), пролактин - 10,9 (3,2-18,46), ИСА - 14,7%. Вместо андрогеля был назначен Омнандрен 250 по 1 мл В/м каждые 2 недели, длительно. Консультация гастроэнтеролога: в связи с наличием жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта в виде нарушения стула по типу диареи, а также боли в животе после разгрузочных дней. По результатам УЗИ брюшной полости: уз -признаки диффузных изменений печени по типу гепатоза, умеренных диффузных изменений ПЖЖ, изменений стенок желчного пузыря, множественных конкрементов в его просвете. Поставлен следующий диагноз: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит, неполная ремиссия. Неалкогольный стеатогепатоз. Антибиотико – ассоциированная диарея (прием антибиотиков закончен за 2 недели до обследования).

На повторном приеме пациент Х отметил снижение веса, за год он снизил массу тела на 11 кг с помощью рекомендаций и ведения дневника питания, где он указывал дату и время приема пищи, количество принятой пищи в граммах со способом кулинарной обработки, указание места и цели приема пищи и симптомы со стороны органов ЖКТ. Также пациент отметил изменения в его личной жизни. Со стороны желудочно-кишечного тракта отметил нормализацию стула.

Ларионова Ю.Ю., Орлова Н.И.

БЕЗОПАСНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМНЫХ РЕТИНОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКНЕ

Руководитель: Плахова К.И., д.м.н., доцент

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Системные ретиноиды являются наиболее эффективными препаратами, применяемыми в лечении акне средне-тяжелой и тяжелой степени. Системный изотретиноин воздействует на патологическую фолликулярную кератинизацию и функцию сальных желез. Однако, препарат имеет побочные действия: ретиноевый дерматит, сухость слизистых оболочек (хейлит, конъюнктивит), тератогенный эффект на плод у женщин и изменения в лабораторных показателях. Именно они, а также факт длительного приема препарата, вызывают у пациентов страх перед применением системных ретиноидов, что заставляет врачей-дерматовенерологов ограничивать назначение изотретионина.

Цель исследования. Определить методы достижения врачами-дерматовенерологами минимизации или отсутствия побочных проявлений применения системных ретиноидов для лечения акне, сохранив эффективность терапии.

Материалы и методы. проведен анализ научных статей баз данных Российских и международных изданий (E-library, Medline/PubMed, Web of Science, Scopus, Springer) за последние 5 лет по ключевым словам: акне, изотретионин, системные ретиноиды, ретиноевый дерматит, тератогенный эффект, беременность, хейлит, *acne vulgaris*, *isotretinone*, *systemic retinoids*, *retinoic dermatitis*, *teratogenic effect*, *pregnancy*, *cheilitis*.

Результаты. Развитие ретиноевого поражения кожи и слизистых оболочек - самое распространенное нежелательное явление: хейлит (до 98%

случаев); ксероз слизистой оболочки носа, носовые кровотечения и ксерофтальмия (75% случаев); сухость и шелушение кожи (50% случаев). Данные побочные проявления легко нивелируются назначением симптоматической терапии: увлажняющих и успокаивающих наружных средств, содержащих эмоленды (например, масла ши, жожоба, омега-3,-6,-9, пантенол, пчелиное маточное молочко, церамиды) и антиоксидантов (витамин С в жирорастворимой форме, витамин Е, альфа-липовая кислота). Пациентам с развившимся хейлитом предлагается использовать различные смягчающие наружные средства, не содержащие витамина А (мази истики для губ с пантенолом), при сухости слизистой оболочки глаз пациентам назначались глазные капли типа «искусственная слеза». Назначение изотретиноина сопровождается рекомендациями по использованию солнцезащитных средств с высоким значением защитного фактора (sun protection factor) UVA/UVB, SPF50.

Тератогенный эффект изотретиноина предполагает полный запрет приема препарата на время беременности, а также 1 месяц после ее окончания. Дополнительное назначение комбинированных оральных контрацептивов не только оказывает антиандрогенный эффект на сальные железы, положительно сказываясь на лечении акне, но и повышает безопасность применения системных ретиноидов у женщин (до 99%).

Повышение уровня печеночных трансаминаз во время лечения изотретиноином (у 15-20% пациентов), а также повышение уровня триглицеридов, холестерина и липопротеидов низкой плотности не более чем в 2 раза (у 25-44% пациентов), является строго дозозависимым и транзиторным побочным эффектом, показатели нормализуются через 1-2 месяца после окончания курса терапии. Рекомендуется контролировать ферменты печени до лечения, через 1 месяц после его начала, а затем каждые 3 месяца или по показаниям, назначают гепатопротекторы.

Вывод. Большинство нежелательных явлений изотретиноина, несмотря на высокую частоту развития, носят транзиторный характер. Таким образом,

безопасное и комфортное применение системных ретиноидов без снижения эффективности лечения обеспечивается назначением симптоматической терапии, значительно облегчающей побочные эффекты со стороны кожи и слизистых оболочек, а также контролем печеночных трансаминаз и назначением гепатопротекторов. Тератогенный эффект у пациентов-женщин исключается фактом отсутствия беременности до и во время лечения системными ретиноидами, назначение комбинированных оральных контрацептивов не только обеспечивает надежную контрацепцию на период лечения, но и положительно сказывается угнетении андрогензависимого звена патогенеза акне.

Магакян Н.С.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ
УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

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

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Урогенитальная хламидийная инфекция относится к широко распространенным инфекциям передающимся половым путем (ИППП). Распространенность *Chlamydia trachomatis* в популяции варьирует в зависимости от возраста и пола. В целом, по данным официальной статистической отчетности в Российской Федерации заболеваемость хламидийной инфекцией в 2021 году составила 17,9 случаев на 100 тыс. населения.

Около 75% новых случаев заболевания наблюдается у женщин младше 25 лет. Этому способствует не полностью сформированная слизистая шейки матки: зона соединения трубчатого и плоского многорядного эпителия у девушек локализуется на поверхности эктоцервикса, что повышает риск травмирования и заражения.

Ранняя диагностика урогенитального хламидиоза затруднена, поскольку заболевание чаще протекает бессимптомно или на фоне других хронических воспалительных заболеваний урогенитального тракта.

Цель работы: анализ результатов клинико-лабораторных исследований женщин с сопутствующими воспалительными заболеваниями урогенитального тракта и современных методов диагностики *Ch. trachomatis*.

Материалы и методы: изучены научные статьи ресурса Medline/PubMed, опубликованные за период 2018-2023 гг. Проведен анализ исследований с использованием тест-систем на обнаружение *Ch. trachomatis* пациентов в возрасте от 18 до 35 лет.

Результаты и обсуждение. По результатам проведенного анализа у 70% женщин нет клинических симптомов хламидиоза. Хламидии были выявлены при цервицитах - в 36% случаев, при эрозии шейки матки - в 47%, у 50% при хронических воспалительных заболеваниях - в 50%, у 57% женщин, страдающих бесплодием, у 87% женщин с невынашиванием беременности.

Для обнаружения *Ch. trachomatis* доступны различные методики (культуральные тесты, методы амплификации нуклеиновых кислот (МАНК), прямой флуоресцентный тест на антитела, серологические тесты и др). Тесты амплификации нуклеиновых кислот с их высокой чувствительностью и специфичностью в настоящее время являются тестами первой линии для обнаружения *Ch. trachomatis*. При использовании других методов обнаружения возрастает частота ложноотрицательных тестов, что приводит к занижению числа случаев и последующей недооценке распространенности заболевания.

Заключение и выводы. Из-за роста распространенности хламидийной инфекции, растет спрос на экспресс-тестирование. Новые диагностические инструменты могут быть разработаны за небольшую часть стоимости и за гораздо меньшее время, чем лекарственный препарат или вакцина. В связи с высокой актуальностью урогенитального хламидиоза необходимо сосредоточиться на разработке и внедрении методов экспресс-диагностики в рамках реализуемой Правительством Российской Федерации инициативы «Санитарный щит». Внедрение в повседневную практику молекулярно-генетических методов исследования позволит проводить экспресс-диагностику *Ch. trachomatis* еще на первичном приеме у врача-дерматовенеролога и назначать своевременное лечение на ранних стадиях, что в свою очередь будет способствовать снижению бремени ИППП в целом.

Маглаперидзе М.Д., Карева С.А.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ
ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С КОМБИНИРОВАННОЙ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Руководитель: Шагинян Г.Г., д.м.н., профессор

Кафедра нейрохирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Комбинированная черепно-мозговая травма (ЧМТ) отличается взаимоотягощением повреждающих факторов, что проявляется грубым неврологическим дефицитом, расстройством жизненно-важных функций организма, высокой летальностью и инвалидизацией. Пациенты с электротравмой составляют около 5% от поступивших в ожоговые центры. Данная группа больных требует индивидуального подхода к хирургическому лечению и реабилитации. Представленный клинический случай демонстрирует результат междисциплинарного подхода к хирургическому лечению комбинированной ЧМТ у пострадавшего с электротравмой.

Клинический случай. Пациент К., 62-х лет, бригадой скорой медицинской помощи (СМП) по экстренным показаниям был доставлен в ожоговый центр ГКБ им. Ф.И. Иноземцева. Пострадавший найден без сознания на рабочем месте около электрощита, где получил удар током. Сам пациент обстоятельства травмы не помнит. При тщательном осмотре выявлены ожоговые раны на лице, голове, шее, верхних и нижних конечностях, занимающие 20% от площади тела. В правой теменно-височной области дном раны являются кости черепа. Учитывая тяжесть состояния пациента, обусловленная неврологическим дефицитом (заторможенность, нижний парапарез до 4 баллов, двусторонний симптом Бабинского), обширными глубокими ожогами I-IV степени, явлениями ожогового шока, пациент был госпитализирован в отделение интенсивной терапии для коррекции водно-электролитных, гиповолемических нарушений,

нормализации реологических свойств крови, лечения дыхательной недостаточности, метаболических нарушений, антибактериальной и симптоматической терапии. Так же выполнена некрэктомия на волосистой части головы, правого бедра и левого коленного сустава.

Начиная с третьих суток после полученной травмы отмечалась отрицательная динамика в виде нарастания нижнего парапареза до 2-3 баллов, возникновения верхнего парапареза до 4 баллов, гипестезии в дистальных отделах верхних и нижних конечностей. Междисциплинарной бригадой хирургов центра сочетанной травмы ГKB им.Ф.И.Иноземцева был выполнен следующий объем оперативных вмешательств: фрезевая остеонекрэктомии теменной и височной костей; аутодермопластика на правом бедре, левой голени; хондронекрэктомии правой ушной раковины, остеонекрэктомии лобной, затылочной, частично височной костей справа. На 51-е сутки после стабилизации состояния пациент был переведён в ожоговое отделение. Восстановилась сила мышц в верхних конечностях до 5 баллов, нижних – до 4 балла. Пациент передвигается в пределах отделения с опорой на ходунки. Явления атаксии, гипестезии купированы полностью. После грануляции ран планируется экспандерная дермотензия.

Выводы. При острой комбинированной травме формируется механизм взаимного отягощения, который сокращает адаптационные резервы организма, в результате чего молниеносно возникает критическое состояние.

При электротравме ЦНС ведущим клиническим синдромом является неврологический дефицит (энцефаломиелоз - мозжечковая атаксия, тетрапарез, расстройства чувствительности по периферическому типу, нарушение функций тазовых органов), вегетативные нарушения в виде акроцианоза, сухости кожи, местные отеки, сердцебиение и т.д.

При комбинированной черепно-мозговой травме помимо коррекции расстройств кровообращения и дыхания большое значение приобретает защита мозга от гипоксических поражений.

Малыгин А.М.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЧЕТАНИЯ НЕСЪЁМНОЙ
ТЕХНИКИ СО СЪЁМНЫМ ГУБНЫМ БАМПЕРОМ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ САГИТТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА

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

Кафедра ортодонтии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Для повышения эффективности ортодонтического лечения внутриротовые аппараты сочетают с губными бамперами на верхней или нижней дуге. Внедрение губных бамперов в широкую ортодонтическую практику весьма актуально и перспективно.

Цель работы. Освоить, применить и рекомендовать для широкой врачебной практики внутриротовой одночелюстной, съёмный ортодонтический аппарат, именуемый губной бампер.

Материал и метод изготовления. Аппараты изготавливали из стальной нержавеющей проволоки .045 дюйма с различными изгибами, а также с пластиковыми пелотам. Они имели U-образную форму со свободными концами, которые припасовывали к трубкам, приклеенным или приваренным к кольцам на опорных молярах. Аппарат должен быть комфортным, иметь удобную регулировку за счёт петель, которые мы изгибали перед концами, входящими в трубки, не травмировать мягкие ткани и быть гигиеничным.

На кафедре ортодонтии РМАНПО при использовании верхнегубного или нижнегубного бампера мы помещали его пелоты до свода переходной складки пациента, чтобы стимулировать аппозиционный рост костной ткани, как при использовании губных пелотов регулятора функции Френкеля. Всего было изготовлено 56 бамперов, из них для верхней зубной дуги 19, а для нижней 37 при лечении дистального прикуса верхний губной бампер использовался 6 раз, а нижний губной бампер 13 раз. При лечении мезиального прикуса верхний

губной бампер использовался 17 раз, а нижний в 20 случаях. Срок наблюдения был от 10 до 18 месяцев, результаты анализировались клинически, путем измерения диагностических моделей челюстей, а также при сравнении боковых телерентгенограмм головы, наложенных друг на друга.

Результаты использования. Большинство аномалий зубочелюстной системы являются проявлением несоответствия размеров зубов и размера апикального базиса их челюстей, часто возникающего при мезиальном смещении боковых зубов, когда показано применение губного бампера.

Частично положение зубов определялось давлением на них со стороны губ и языка. Для смещения зубов было достаточно постоянного давления со стороны губ в 1.7 г. При неправильном глотании язык может оказывать на передние зубы усилие в 500 г. Гиперактивность подбородочной мышцы также была одной из причин скученности зубов. Мышечное давление на губной бампер варьировалось в пределах 100-300 г. и передавалось от губ через пелоты на моляры. Наибольший эффект лечения достигали при расположении губного бампера на уровне десневого края в 10-15 мм от губной поверхности зубов. При использовании губного бампера с пластмассовыми пелотами достигали дистального перемещения коронок моляров и расширение зубной дуги.

Результаты клинических наблюдений и лабораторных анализов убедили нас в эффективности этого метода. Мы рекомендуем использовать губной бампер уже в возрасте 7-9 лет, когда для резцов, особенно нижних, не хватает места, т.к. постоянные зубы крупнее временных.

Заключение. При лечении пациентов, имеющих дефицит места в зубной дуге, возможно добиться результатов лечения, сочетающих в себе прекрасную окклюзию, сбалансированный профиль и красивую улыбку, путем создания места при помощи губного бампера.

Малыгин А.М.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ГАРАНТИИ БЕЗОПАСНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА

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

Кафедра ортодонтии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. В литературе неполно представлена информация, по которой можно судить о гарантии безопасности результатов ортодонтического лечения.

Цель исследования. Изучить особенности строения лицевого отдела головы до и после лечения дистального прикуса для уточнения гарантий устойчивости этого лечения.

Материал исследования. Исследован архив Кафедры ортодонтии РМАНПО: 207 историй болезни, 209 пар моделей челюстей и 84 рентгенограммы пациентов с дистальным прикусом, а также ещё 38 больных с дистальным прикусом в возрасте от 6,5 до 48 лет до и после лечения. В процессе лечения применялись следующие ортодонтические аппараты: механически-действующие (брекет-системы, пластинки с винтами, лицевые дуги и др.), функционально-направляющие (пластинки с наклонной плоскостью, окклюзионные накладки и др.), функционально-действующие (закрытые и открытые активаторы, бионаторы, регуляторы функций и др.) и сочетанные.

Результаты исследования. С возрастом происходит укорочение обеих зубных дуг, увеличивается сагиттальное и вертикальное резцовое перекрытие. При дистальном сменном прикусе наблюдается отставание "костного" возраста относительно "паспортного", которое затем устраняется за счёт более интенсивного прироста при постоянном прикусе.

В гнатической части можно отметить в 1,5 раза более интенсивный рост тела верхней челюсти, а вместо физиологического укорочения верхней зубной дуги наблюдается её удлинение. Несмотря на рост нижней челюсти с возрастом от периода смены зубов до формирования постоянного прикуса дистальный прикус сохраняется!

После телерентгенморфометрического анализа результатов лечения дистального прикуса установлено, что удалось сдержать естественное мезиальное перемещение верхних зубов, стимулировать зубо-альвеолярное удлинение в области боковых зубов, нормализовать положение резцов; на нижней челюсти стимулировать сагиттальный и вертикальный рост и мезиальное перемещение зубной дуги. Улучшилось положение нижней челюсти в пространстве лица и его эстетика.

Заключение. Доказана эффективность ортодонтического и комплексного лечения дистального прикуса, поскольку были отдифференцированы эти изменения от тех, что происходят в процессе роста лицевого отдела головы. Они были максимальные в зубо-альвеолярной зоне, меньше в гнатическом участке и ещё меньше в краниальной части лицевого отдела черепа.

Клиническое достижение нормы, т.е. ортогнатического прикуса, не совпадает полностью с рентгенологическими изменениями, что может неблагоприятно влиять на гарантии устойчивости достигнутых результатов. По данным телерентгеноморфометрии черепа чаще достигается только нижний порог нормы.

Гарантировать безопасность могут только морфометрические изменения в зубо-челюстно лицевой области, которые сопровождаются нормализацией всех функций зубочелюстной системы. Эти гарантии существенно зависят от ростовых возможностей организма, периодов активного роста челюстей и возраста в целом. Поэтому после лечения взрослых пациентов требуются персональные сроки ретенции достигнутых результатов, а также индивидуальные конструкции зубных протезов, выполняющих роль одновременно ретенционных аппаратов.

Маркус Э.А.

НЕСТАНДАРТНЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА
У ПАЦИЕНТКИ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ЛИХОРАДКОЙ НЕЯСНОГО
ГЕНЕЗА ОТ ПЕРВИЧНОГО АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА ДО ПЕРЕВОДА
В МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ. КЛИНИЧЕСКИЙ
СЛУЧАЙ

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

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и
иммунологии

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург

Введение

Лихорадка неясного генеза (ЛНГ) - нередко встречающаяся в клинической практике ситуация, при которой лихорадка является основным, а в ряде случаев единственным признаком заболевания, диагноз которого остается неясным после проведения рутинных, а также дополнительных методов обследования.

Такие клинические ситуации порождают целый ряд дополнительных проблем, связанных не только с неясностью диагноза и задержкой лечения на неопределенный срок, но и с более длительным пребыванием больного в стационаре, большим объемом обследования, утратой доверия к врачу.

Описание клинического случая

Женщина, 31 год.

С января по февраль 2023 г. проходила амбулаторное лечение с ОРВИ, стойкой лихорадкой, уртикарной сыпью, артралгией. Консультирована дерматологом и инфекционистом, заключение: токсико-аллергический дерматит, исключить паразитарную инвазию.

В марте 2023 г. госпитализирована в терапевтическое отделение с ЛНГ.

Жалобы: лихорадка (38-39 град.) по вечерам, с мелкоточечной сыпью, разрешающейся при снижении температуры, артралгия, профузные ночные поты.

В 2018 году госпитализация с диагнозом «иерсиниоз, смешанная форма». Возбудитель не обнаружен. Ведущей жалобой являлась лихорадка. Выписана с выздоровлением.

Объективно: кожа и слизистые чистые, бледноватые, подмышечные, паховые, поднижнечелюстные лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Остальные периферические лимфоузлы не пальпируются, живот мягкий безболезненный, отеков нет.

Диагностический поиск и лечение

Значительное повышение С-реактивного белка и СОЭ, умеренный лейкоцитоз. УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, органов малого таза, эзофагогастроскопия, фиброколоноскопия, рентген грудной клетки – норма. ВИЧ, сифилис, гепатиты – отрицательно, моча стерильна, кровь на стерильность двукратно – стерильна.

Кал на яйца гельминтов трехкратно - отрицательно, антитела к большинству паразитов – не обнаружены - паразитарная теория ЛНГ не подтверждена.

Антистрептолизин-О, ревматоидный фактор, антитела к двухцепочечной ДНК - отрицательно, отсутствие отека, гипертермии, скованности суставов - ревматологическая теория ЛНГ не подтверждена.

На фоне эмпирической терапии цефтриаксоном: нормализация уровня лейкоцитов, СОЭ, С-реактивного белка и температуры тела. Рецидив лихорадочного синдрома на 4 сутки после улучшения.

29.03.2023 КТ органов брюшной и грудной полостей: умеренная лимфаденопатия лимфоузлов грудной полости, обширная лимфаденопатия лимфоузлов брюшной полости.

Через двое суток после КТ у пациентки увеличиваются шейные лимфоузлы. Проводится их трепанобиопсия: неходжкинская лимфобластная лимфома. Направлена на лечение в отделение онкогематологии.

Выводы

В отличительных особенностях данного клинического случая стоит отметить отсутствие даже умеренных изменений количества форменных элементов крови (косвенно ростков кроветворения) по анализам крови («красных флагов»), отсутствие физикальной патологии периферических лимфоузлов большую часть времени диагностического поиска. «Воспалительный» характер анализов крови и положительная динамика на фоне эмпирической антибактериальной терапии уводили клиническую мысль в сторону инфекционной гипотезы, оказавшейся несостоятельной.

Таким образом, актуальность онкологической настороженности в практике ведения пациента с ЛНГ невозможно переоценить, несмотря на неочевидные данные физикальных осмотров и лабораторного статуса.

Нуретдинова Р.Р

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ДИАГНОЗОМ «АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ»: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Руководитель: Асоскова А.В., ассистент

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: Атопический дерматит – мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. Атопический дерматит является частой причиной обращения к врачу-дерматовенерологу. Это заболевание часто возникает у детей раннего возраста, и его лечение вызывает значительное беспокойство у родителей, в особенности применение в лечении топических глюкокортикостероидов. Одно из частых опасений по поводу использования топических глюкокортикостероидов – это возможность «привыкания» к ним и страх неблагоприятных лекарственных реакций.

Цель исследования: продемонстрировать клинический случай успешного лечения атопического дерматита топическими глюкокортикостероидами в комбинации с другими препаратами.

Описание клинического случая: на прием к врачу-дерматовенерологу обратилась мама с пациентом А. (7 месяцев) с жалобами на высыпания и покраснение в области щек, беспокойный сон. При осмотре: сухость кожи, эритема, высыпания в виде папул, микровезикул на коже щек, следы расчесов, серозно-кровянистые корочки. Был выставлен клинический диагноз «Атопический дерматит» Оценка по шкале SCORAD (59) соответствует тяжелому течению атопического дерматита. Аллергический анамнез семьи отягощен: пищевая аллергия у матери, бабушки по материнской линии. Ребенок находится на грудном вскармливании, введен первый прикорм в виде кабачкового пюре. Лечение ребенок не получал, кожу мама смазывала детским

кремом, на вопрос по поводу применения топических глюкокортикостероидов отреагировала со страхом в связи с начитанностью на форумах о вреде их применения. Мама диету не соблюдает. Проведена беседа. Маме назначен лечебный рацион, содержащий продукты с низким сенсibiliзирующим потенциалом. Пациенту А. были назначены: цетиризина гидрохлорид капли для приема внутрь 10 мг/мл 2,5 мг (5 капель) перорально 1 раз в сутки, метилпреднизолона ацепонат 0,1% крем 1 раз тонким слоем на пораженные участки кожи 10 дней, увлажняющие и смягчающие средства (эмоленды) 3-4 раза в день. Даны следующие рекомендации: коротко стричь ногти, использовать просторную одежду из хлопка, в солнечную погоду пользоваться солнцезащитными средствами, соблюдать гипоаллергенный быт, применять кратковременные водные процедуры 5-10 минут в теплой (не горячей) воде и моющие средства с увлажняющим эффектом, использовать жидкие, а не порошковые моющие средства для стирки. Повторный осмотр проведен через 2 недели. У пациента отмечалось значительное улучшение состояния кожного покрова.

Выводы: продемонстрирован клинический случай лечения атопического дерматита, топическими глюкокортикостероидами в комбинации с другими препаратами. Данный случай показывает эффективность и целесообразность применения топических глюкокортикостероидов на фоне тяжелого течения заболевания. Беседа с родителями, во-первых, помогает понять необходимость применения и грамотного использования топических глюкокортикостероидов, во-вторых, предостерегает от появления возможных неблагоприятных лекарственных реакций. Врачу-дерматовенерологу следует при каждом назначении топических глюкокортикостероидов разъяснять пациентам или их родителям, что для сведения к минимуму риска неблагоприятных лекарственных реакций нужно использовать назначенные врачом-дерматовенерологом лекарственные средства, соблюдая все меры предосторожности, кратность и дозировку применения, не нарушая схему и курс лечения.

Нурметова К.А.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Руководитель: Тарасенко Г.Н., к.м.н., доцент

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Проблема безопасного подхода к лечению аллергических заболеваний в период беременности требует особого внимания. Согласно данным современных источников, ухудшение течения атопического дерматита (АтД) на фоне гестации происходит в подавляющем большинстве случаев (50-61%). Таким образом, актуальность детального изучения клинικο-патогенетических особенностях течения АтД и ведения пациенток в период беременности определяется широкой распространенностью, недостаточной изученностью этого вопроса в целом и отсутствием четких рекомендаций по лечению данного заболевания во время беременности.

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения различных групп лекарственных препаратов, рекомендованных для лечения АтД у пациентов в период беременности.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных источников, данных зарубежных и отечественных статей в PubMed, Elibrary.

Результаты исследования. Лечение беременных с АтД должно быть не только эффективным, но и безопасным как для матери, так и для плода. На сегодняшний день не существует единых рекомендаций по лечению и ведению таких пациенток. Принципиально важным является рекомендация строгого соблюдения режима сна, отдыха и приема пищи. В случае выявления пищевого аллергена, беременным с АтД рекомендована элиминационная диета. Необходимо полностью исключить контакт со средствами бытовой химии и прочими агрессивными веществами.

При назначении терапии беременным используется американская классификация Управления по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США (Food and Drugs Administration, FDA), включающая в себя 5 категорий безопасности ЛС.

Применение системных препаратов у беременных по возможности стоит исключить, так как безопасность использования большинства ЛС не изучена. При АтД у беременных предпочтение отдается наружной терапии. Обязательно назначаются топические увлажняющие и смягчающие средства независимо от степени тяжести заболевания. Эмоленты достаточно эффективны для контроля симптомов и безопасны как в отношении плода, так и самой женщины, так как по классификации FDA относятся к категории А. Противозудные препараты, в состав которых входят танины и полидоканол, обеспечивают выраженный лечебный эффект за счет снижения чувствительности нервных окончаний в коже. Не рекомендуется длительное использование топических ГКС с высокой активностью на больших участках кожи, так как это может привести к снижению функции надпочечников плода и внутриутробной задержке роста. Использование возможно только коротким курсом.

Обсуждение. Выбор препарата для лечения АтД на фоне беременности остается сложной задачей, поскольку с учетом упомянутых особенностей отсутствуют единые подходы.

Вывод. Проблема выбора наиболее безопасного подхода к лечению пациентов с АтД в период беременности является актуальной. Наружная терапия, по-прежнему, остается одной из эффективных и безопасных составляющих терапии АтД при беременности.

Оганесян Л.В.

ИММУНОТЕРАПИЯ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ МЕЛАНОМЫ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Руководитель: И.В. Поддубная, д.м.н, профессор, академик РАН
Кафедра онкологии и паллиативной медицины им. Акад. А. И. Савицкого
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: Заболеваемость меланомой кожи в мире и в России ежегодно растет. При этом преобладает доля пациентов с меланомой кожи поздних стадий. Появление в реальной клинической практике новой группы иммунологических препаратов (anti-CTLA4 и anti-PD-1) для лечения больных с метастатической меланомой позволило увеличить как время до прогрессирования, так и продолжительность жизни.

Внедрение в практику анти - PD-1, анти - CTLA-4 привело к позитивному влиянию на показатель общей продолжительности жизни пациентов и преодолению в 30–60% случаев пятилетнего рубежа после развития метастатической формы заболевания по сравнению с традиционной химиотерапией.

В 2020 г в Российской Федерации для терапии неоперабельной или метастатической меланомы зарегистрирован новый препарат – пролголимаб.

Пролголимаб — человеческое моноклональное антитело, специфически связывающее рецептор программируемой клеточной смерти PD-1 и блокирующее его взаимодействие с лигандами PD-L1 и PD-L2.

Цель исследования: Улучшение результатов 1-ой линии терапии диссеминированной меланомы.

Задачи исследования: Оценить клиническую эффективность анти -PD-1 иммунотерапии у больных метастатической меланомой в первой линии противоопухолевого лечения

Материалы и методы исследования: Проведен ретро-проспективный анализ данных 30 пациентов, которые в первой линии терапии получали препарат пролголимаб по поводу диссеминированной или метастатической меланомы, из них 30% (n=9) мужчины, 70% (n=21) – женщины, средний возраст 67 лет (35-84). Меланома кожи диагностирована в 80% случаев (n=24), меланома без первичного выявленного очага у 13% (n=4) пациентов, а меланома слизистых у 7% (n=2). Мутация в гене BRAF V600E выявлена у 14% (n=4) пациентов. Уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ) был исходно повышен у 10% (n=3). Чаще всего были диагностированы метастазы в легкие – 27% (n=8) и печень – 10% (n=3).

Результаты исследования: Медиана курсов иммунотерапии пролголимабом составило 10,5, медиана наблюдения составила – 12,5 мес. Полный ответ зарегистрирован у 16,7 % (n=5), стабилизация процесса у 36,7% (n=11), прогрессирование заболевания отмечено у 46,6% (n=14). Безрецидивная выживаемость составило 8,49 мес. У всех пациентов (n=4), у которых выявлена мутация в гене BRAF, отмечается стабилизация заболевания. Контроль над заболеванием достигнут в 53,4% случаях.

Частота нежелательных явлений 3 – 4 степени по СТСАЕ 5.0, связанных с лечением, составила 6.7% (n=2), в то время как 1-2 степени – 23% (n=7).

Выводы: Полученные результаты подтвердили высокую эффективность и безопасность при использовании пролголимаба в реальной клинической практике у пациентов с метастатической и/или неоперабельной меланомой вне зависимости от наличия/отсутствия мутации в гене BRAF.

Олейникова В.Д., Рябыш О.Е.

ОБОСНОВАНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ПРИ ПСОРИАЗЕ

Руководители: Дударева В.А., ассистент, Сидоренко О.А. д.м.н.,
профессор, Максимов М.Л. д.м.н., профессор.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Актуальность: Псориаз (ПС) представляет собой хроническое пролиферативное и воспалительное заболевание кожи. Мультифакториальная природа ПС требует тщательного изучения роли питания, поскольку диетотерапия в совокупности с медикаментозной терапией способствуют уменьшению степени тяжести клинических проявлений заболевания и предотвращению прогрессирования.

Цель исследования: дать комплексную оценку особенностям нутритивного статуса и фармакологической коррекции больных псориазом.

Материалы и методы исследования: В исследование было включено 48 пациентов, находившихся на лечении в терапевтическом отделении клиники РостГМУ с диагнозом псориаз, 23 мужчины и 25 женщин. Пациенты были разделены на 4 группы по гендерному и возрастному признакам. Частичная оценка нутритивного статуса проводилась согласно приказу № 330 Минздрава РФ. Нами не были использованы все показатели, характеризующие пищевой статус пациента, однако мы дополнили характеристику пищевого статуса такими параметрами, как соотношение аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы (АСТ/АЛТ), исследование общего анализа крови (ОАК), биохимические показатели: глюкоза, мочевины, мочевая кислота, СРБ, показатели липидного профиля.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Excel 2019». Структуру фактического питания определяли с помощью «Программы анализа состояния

питания человека» версия 1.2.4., зарегистрированной Российским агентством по патентам и товарным знакам 09.02.04 №2004610397 ГУНИИ Питания РАМН.

Результаты исследования: Анализ антропометрических данных показал, что в группе 1 среднее значение ИМТ составило $25,5 \pm 3,9$, во 2-й – $28,1 \pm 3,9$, в 3-й – $22,34 \pm 2,5$, в 4-й – $29,34 \pm 5,39$. При оценке биохимических показателей было выявлено следующее: общий белок в группе 1 – $67 \pm 2,9$ (г/л), во второй $69,9 \pm 2,4$ (г/л), в 3-й – 70 ± 4 (г/л), в 4-й – $67,8 \pm 5,14$ (г/л) норма (65-85 г/л). СКФ в группе 1 – $111,4 \pm 8,7$, во второй – $99,01 \pm 30,7$, в 3-й – $109,9 \pm 16,4$ в 4-й – $81,7 \pm 19,97$ норма (90-130 мл/мин/1,73 м²). Иммунологические показатели 1-й группы: общее число лимфоцитов (%) – $32,50 \pm 2,25$, во второй $30,59 \pm 4,4$, в третьей – 26 ± 4 , в четвертой группе $29,86 \pm 10,23$ норма (20-40%). Далее мы дополнили характеристику пищевого статуса следующими параметрами: Коэффициент де Ритиса – в группе 1 – $0,57 \pm 0,19$, во второй $1,05 \pm 0,496$, в 3-й – $1 \pm 0,6$, в 4-й – $0,76 \pm 0,32$ (норма 0,6-0,8). В биохимическом анализе крови из всех исследованных показателей, статистическую значимость продемонстрировал показатель СРБ, в группе 1 – $5,40 \pm 0,54$, в группе 2 – $6,77 \pm 4,62$, в группе 3 – $5,53 \pm 0,5$ в группе 4 – $6,73 \pm 3,19$ (норма 0,5 мг/л). Значения следующих показателей в среднем во всех группах составили: глюкоза – $6,2$ ммоль/л норма (3,3-6), общий билирубин – $16,5$ мкмоль/л (норма 3,4-17,1 мкмоль/л), мочевины – $7,4$ ммоль/л (норма 1,7-8,3 ммоль/л). В исследовании липидного профиля значения холестерина в группах составили: в 1-й – $5,1 \pm 0,7$, во 2-й – $6,5 \pm 1,2$, в 3-й – $5,3 \pm 0,6$, в 4-й – $6,8 \pm 1,32$ при норме 3,0-6,0 ммоль/л.

Выводы: Пациентам с псориазом рекомендуется диетотерапия с целью снижения массы тела, снижения влияния системного воспаления. Диетотерапия должна назначаться пациентам в комплексе с медикаментозной терапией псориаза, что способствует улучшению течения заболевания, снижению выраженности системного воспаления, коррекции показателей липидного спектра.

Павлова Е.С., Опрятин Л.А.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЦЕЛИАКИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Научный руководитель: Галлямова Ю.А., д.м.н., профессор

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: Целиакия является аутоиммунным заболеванием верхних отделов тонкой кишки, которое сопровождается, как правило, синдромом мальабсорбции. Однако, заболевание может сопровождаться не только внекишечными клиническими признаками, но и принимать малосимптомный характер. Как демонстрируют данные мировой статистики, частота целиакии достигает 1% (1:100), при этом соотношение между диагностированными и не-диагностированными случаями составляет 1:5 – 1:13. В последние годы показано увеличение частоты выявляемости глютенной энтеропатии среди детей с дерматологической патологией, в основе которой лежат аутоиммунная патология.

Цель исследования: оценка распространенности целиакии среди детей с дерматологической патологией.

Материалы и методы исследования: В отделении дерматологии с группой лазерной хирургии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в период с 2020 по 2021 гг. было обследовано 1000 детей в возрасте от 9 месяцев до 17 лет с кожными заболеваниями, которым, независимо от клинической симптоматики, при поступлении проводилось определение наличия антител к главному маркеру глютенной энтеропатии - тканевой трансглутаминазе методом экспресс-теста. Всем детям с положительным результатом теста для подтверждения диагноза целиакия, в соответствии с рекомендациями ESPHGAN (2012) проводились: анализ на наличие антител к тканевой трансглутаминазе (anti-tTG) классов IgA и IgG стандартными лабораторными

методами, определение гаплотипов DQ2 и DQ8, а также эзофагогастродуоденоскопия с последующим гистологическим исследованием биоптатов.

Результаты исследования: результаты тестирования экспресс-тестами оказались положительными у 21 пациента (2,1%). При дальнейшем проведении эзофагогастродуоденоскопии с последующим гистологическим исследованием биоптатов диагноз целиакия был подтвержден у 18 пациентов с кожной патологией, а именно: атопический дерматит 10 (55%) детей, локализованная склеродермия и алопеция по 2 (11%) ребенка, витилиго, кольцевидная гранулема, герпетиформный дерматит Дюринга, острая крапивница – по 1 (5,5%) ребенку. У остальных 3 детей с положительным экспресс-тестом на антитела к тканевой трансглутаминазе, при дальнейшем определении anti-tTG с использованием ИФА и антител к эндомизию методом непрямой флуоресценции в сыворотке крови, также был получен позитивный результат, однако характерные гистологические изменения в биоптатах не обнаружены (Marsh 0). Это было расценено нами как потенциальная целиакия, что означает предположительный диагноз в связи положительными серологическими показателями, но отсутствием гистологического подтверждения.

Выводы: Проведенное исследование позволило продемонстрировать более высокие показатели распространенности целиакии среди детей с дерматологической патологией. Учитывая вышесказанное, представляется целесообразным проведение скрининга на глютеную энтеропатию, а также соблюдение безглютеновой диеты среди детей с кожными заболеваниями, которые плохо отвечают на стандартную терапию.

Пальнова О.О., Мосин А.Д.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Руководитель: Евстигнеева И.С. к.м.н., доцент

Кафедра физической терапии, спортивной медицины и медицинской
реабилитации

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: Пациентки со злокачественными новообразованиями молочных желез, до начала радикального лечения, во время и после - нуждаются в комплексной медицинской реабилитации, включающую: физиотерапию, лечебную физкультуру, нутритивную и психологическую поддержку, особенно в раннем послеоперационном периоде. Целью комплексной медицинской реабилитации после хирургического лечения рака молочной железы (РМЖ) является уменьшение количества осложнений, ускорение процессов детоксикации организма, физическая и психологическая адаптация после перенесенного лечения.

Цель: Оценить эффективность ранней реабилитации у пациенток после хирургического лечения РМЖ.

Материалы и методы: На базе клиники им. Ю.Н. Касаткина ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России под наблюдением находилась группа женщин $n=30$ в возрасте от 30 до 84 лет с диагнозом- РМЖ ТхNxMх IB, IIa, IIIB стадии, с люминальными А и В подтипами. Пациентки со 2-4 дня после оперативного вмешательства получали комплексную медицинскую реабилитацию: общую магнитотерапию (ОМТ) от аппарата “Колибри” в режиме вращения и перемещение бегущего магнитного поля в одну сторону, ЛФК по программе раннего восстановительного периода, специализированное лечебное питание белковый детоксикационный коктейль или детоксикационный напиток. Выбор вида нутритивной поддержки главным образом зависел от количества общего

белка в биохимических анализах пациенток. При пониженных показателях общего белка в крови назначался белковый детоксикационный коктейль. Напиток назначался при нормальных показателях белка от 62 г/л и выше. Курс приёма рассчитан на 4 недели. Количество приёмов 2 раза в день, через час после основных приёмов пищи.

Результаты: Изучены основные жалобы пациенток в послеоперационный период: отёчность тканей, болевой синдром, общее нарушение самочувствия, ограничение подвижности верхних конечностей, изменение массы тела, снижение аппетита, тошнота. После проведения курса комплексной реабилитации отмечались улучшения показателей крови. У пациенток, которые принимали детоксикационный белковый коктейль, уровень общего белка приходил в нормальное состояние (62-64 г\л), нормализовалось количество лейкоцитов с 3,5 до 4,2, снизился уровень С-реактивного белка с 9 до 5 мг\л, снизились показатели АСТ с 40 до 30 Ед\л, АЛТ с 40 до 30 Ед\л, щелочной фосфатазы с 160 до 130 Ед\л. В результате снизились жалобы на тошноту у 13 (43%) женщин, улучшение аппетита 30 человек (100%), уменьшение окружности верхних конечностей у 10 пациенток (33%), восстановление чувствительности у 12 женщин (40%), снижение болевого синдрома у 15 человек (50%), увеличение амплитуды движений верхних конечностей у 14 пациенток (46%).

Вывод. В результате комплексной медицинской реабилитации с применением общей магнитотерапии, лечебной физкультуры, занятиями с психологом и нутритивной поддержки отмечалась улучшение общего состояния организма, снижение болевого синдрома, уменьшение отёков и нормализация показателей крови. Вклад нутритивной поддержки в улучшение биохимических показателей крови, снижении тошноты, улучшении аппетита. Вклад ОМТ в улучшении общего самочувствия, уменьшение окружности верхних конечностей, восстановление чувствительности, снижение болевого синдрома. Вклад лечебной физкультуры в снижении мышечного напряжения, увеличение амплитуды верхних конечностей. Доказана эффективность ранней реабилитации с применением данных методов у пациенток после хирургического лечения РМЖ.

Паршакова Н.А.

ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС ПОСЛЕ COVID-19: ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ

Руководитель: Бишарова А.С., к.м.н., ассистент

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва.

Актуальность: на сегодняшний день жалобы на выпадение волос после COVID-19 встречаются достаточно часто, пациенты отмечают, что волосы выпадают через 2-3 месяца и обращаются к трихологам. По данным авторов Hasan A. И соавт. инфекция COVID-19 является основной причиной острой телогеновой алопеции, при этом средний возраст 526 пациентов (410 женщин, 116 мужчин) составил $30,97 \pm 9,6$ года со средним временем начала алопеции $7,65 \pm 1,7$ недели. Кроме того, одновременно у данных больных диагностировались: дефицит витамина D (24,3%), андрогенетическая алопеция (78,2%) и III степень тяжести COVID-19 были наиболее частыми находками. У большинства (62,5%) пациентов признаки и симптомы волосяного покрова появились в течение первого месяца после постановки диагноза COVID-19, а у 47,8% пациентов они появились через 12 недель и более. Hasan A. с соавторами указывает, что патологический процесс обычно возникает через 3 месяца после стрессового события, вызвавшего выпадение волос, и длится до 6 месяцев, что может быть связано с постинфекцией COVID-19.

Цель. Проанализировать клинические проявления выпадения волос после COVID-19.

Материалы и методы: Нами была обследована группа из 12 человек (3 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 28 до 40 лет. Основной жалобой пациентов было значительное диффузное выпадение волос. В анамнезе был перенесенный COVID-19 за 2-3 месяца до начала выпадения.

Результаты. Всем пациентам по результатам трихоскопии был подтвержден диагноз: Телогеновая алопеция. У всех пациентов также было

отмечено снижение уровня ферритина 10нг/мл и витамина D15нг/мл в периферической крови. На фоне проведенной медикаментозной терапии у всех пациентов через 3 месяца от начала лечения произошло значительное клиническое улучшение (назначались витаминные и минеральные комплексы, проводилась мезотерапия кожи волосистой части головы, а также наружные средства для стимуляции кровообращения кожи волосистой части и головы).

Выводы. Наши наблюдения подтверждают результаты Hasan A. и соавторов, которые связывают формирование телогеновой алопеции с периодом восстановления после тяжелого инфекционного состояния на фоне перенесенной инфекции COVID-19.

Петренко Е.А.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: По данным Росстата за 2022 г. на территории Российской Федерации участились случаи обнаружения сифилиса. К основным причинам роста заражения сифилисом относятся: бесконтрольный прием антибактериальных препаратов, что маскирует симптоматику заболевания; безответственное отношение населения к своему здоровью; увеличение количества обследований на ИППП (сифилис, ВИЧ и т.д.).

Описание клинического случая: Пациент М. обратился к врачу-инфекционисту поликлиники с жалобами на распространенную сыпь, воспаление подкожных лимфоузлов, утомляемость, слабость, лихорадку, боль в мышцах и суставах. Был поставлен диагноз: Ветряная оспа и назначено лечение (Валацикловир 100мг 5 дней, Цетиризин 10 мг 5 дней, раствор Фукорцина местно на элементы сыпи, Парацетамол 500мг при повышении температуры тела выше 38,3 С). При повторном осмотре через 5 дней состояние пациента - без положительной динамики. При проведении лабораторных исследований выявлены следующие изменения: общий анализ крови - увеличение лейкоцитов, снижение гемоглобина; анализ крови на RW – положительно. Пациент направлен к дерматовенерологу. Из данных анамнеза: со слов пациента около трех месяцев назад был незащищенный половой контакт с работницей коммерческого секса, после чего несколько недель спустя отметил появление «язвы» на головке полового члена, приняв «язву» за проявление одного из ЗППП, пациент за помощью не обратился и самостоятельно начал прием антибактериальных препаратов и местных

противогрибковых мазей, на фоне чего язва регрессировала. Status localis: кожный патологический процесс носит распространенный характер, с большим полиморфизмом элементов (представлен розеолами, папулами, везикулами и пустулами), данные высыпания имеют склонность к группировке, отмечаются на всей поверхности кожи, преимущественно на коже стоп и ладоней, субъективно – умеренный зуд. Пациент направлен на ИФА (сифилис) – положительно, ИФА (ВИЧ-1,2) – отрицательно. Установлен диагноз: Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек. Пациент поставлен на учет, начато лечение.

Вывод: Публикуемый случай демонстрирует возможность диагностической ошибки подчеркивает необходимость постановки серологических реакций на сифилис врачами-специалистами у пациентов с высыпаниями на коже.

Плиева З.Х.^{2,3}, Разин М.А.¹, Сиднева Л.А.¹.

ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА: РАДИОЧАСТОТНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ

Руководитель: Федяков А.Г., к.м.н., ассистент

1 - ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

2 - Клиника “ОртоСпайн”, г. Москва

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

Актуальность. Нейропатический болевой синдром (НБС) является актуальной проблемой современного здравоохранения. Причиной инвалидизации и ограничения жизнедеятельности при этой патологии является невыносимая боль, приводящая в тяжелых случаях к зависимости от наркотических анальгетиков, депрессии и в ряде случаев к суициду. НБС возникает как вследствие травм, так и после хирургических вмешательств. Одной из ведущих причин его развития является рубцово-спаечный процесс. Существующие хирургические способы лечения зачастую малоэффективны и не всегда применимы, так как провоцируют усугубление рубцово-спаечных изменений в области операции, что требует создания альтернативных подходов к хирургическому лечению. Перспективным методом лечения посттравматического НБС являются малоинвазивные вмешательства под УЗ-контролем.

Цель исследования. Повышение безопасности хирургического лечения нейропатического болевого синдрома посредством применения радиочастотной деструкции периферических нервов под УЗ-контролем.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в два этапа: кадаверный (топографо-анатомический) и клинический. В ходе кадаверного этапа отработана методика проведения РЧД под УЗ-контролем периферических нервов в разных анатомических областях. Клинический этап включал

проведение РЧД под УЗ-контролем у 22 пациентов: 9 – при невrome Мортонa, 7 – в случаях адгезии культи подошвенного нерва к рубцовой ткани после открытого удаления невromы Мортонa, 5 – при повреждении кожных нервов голени после проводимой ранее флeбэктомии и 1 – с повреждением чувствительных ветвей срединного нерва на кисти (осложнение ампутации указательного пальца). Эффективность вмешательств оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), опроснику нейропатической боли DN4. Степень тяжести послеоперационных осложнений оценивалась по классификации F.A. Landriel Ibañez. Средняя продолжительность наблюдения составила $18,1 \pm 7,2$ месяца.

Результаты исследования. После проведенных вмешательств отмечался положительный результат лечения у всех пациентов в виде значительного (по меньшей мере на 70%) уменьшения интенсивности болей по ВАШ и регресса нейропатического болевого синдрома (менее 4 баллов по опроснику DN4), сопровождающегося улучшением качества жизни – нормализацией сна, повседневной деятельности, увеличением трудовой активности. Проведение малоинвазивного вмешательства (РЧД) под УЗ-контролем позволяло избежать осложнений в виде термических ожогов кожи, повреждения сосудистых структур связок, суставов и крупных нервных стволов, формирования концевых невром, оказать максимальное терапевтическое воздействие при различных патогенетических причинах. За время наблюдения не выявлено ни одного жизнеугрожающего осложнения (по F.A. Landriel Ibañez) и усиления болевого синдрома.

Выводы. Радиочастотная деструкция периферических нервов под УЗ-контролем в лечении НБС является эффективным методом, обеспечивающим безопасность вмешательства путем точной локализации области повреждения нервов, исключения прогрессирования рубцово-спаечных изменений по сравнению с открытыми операциями и позволяющим избежать повреждений расположенных в области вмешательства важных анатомических структур.

Подоплелов Д.С.

ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ВИЛЬЯМСА

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

Кафедра ортодонтии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение Синдром Вильямса (СВ) сочетается с множественными нарушениями строения в зубочелюстно-лицевой системы. В отечественной литературе отсутствуют источники, описывающие стоматологический статус пациентов с СВ. Синдром Вильямса - синдром, возникающий в результате хромосомной перестройки. Причиной СВ является гемизиготная делеция от 1,5 до 1,8 Мб на хромосоме 7q11.23, которая содержит около 28 генов. На сегодняшний день известно о нескольких из этих генов мутации которых могут формировать СВ, в том числе белка VAZ1B, связывающего рецепторы витамина D. Предполагают, что он связан с гиперкальциемией при СВ. Уровень кальция влияет на скорость минерализации зачатков зубов. [1]

Цель исследования Изучить частоту встречаемости и степень выраженности олигодентии и стадии минерализации зачатков постоянных зубов у пациентов с СВ по данным ортопантомограмм.

Материалы и методы. Изучено 14 ортопантомограмм пациентов с СВ в возрасте от 4 до 15 лет. На ортопантомограммах изучали комплектность зубных рядов, и анализировали стадии минерализации зачатков по методу Точиной Т.А. [2]:

При изучении зубов на ортопантомограммах различают восемь стадий их минерализации: I — появление костной оболочки фолликула зуба, II — минерализация режущего края или бугров зуба. III — половины высоты коронки, IV — коронки зуба, V— корня зуба на 1/2 его длины, VI — на 2/3, длины, VII — на всю длину, VIII — закрытие верхушки корня.

Определяли стадии минерализации каждого зуба в соответствии с паспортным возрастом пациента, затем сравнивали его со средними значениями, приведенными в шкале минерализации по Точиловой Т.А.

Исследование проводилось у 14 пациентов, из них 9 мужского и 5 женского пола в возрасте от 4 до 15 лет, страдающих данной аномалией. Всего было проанализирована степень минерализации 398 зубов, как временных, так и постоянных.

Результаты: Олигодентия выявлена у 9 пациентов (78,5%), у которых отсутствуют от 1 до 6 зубов. Среднее количество отсутствующих зубов у пациентов с олигодентией составляет 3. Чаще всего встречалась адентия 2-х зубов - в 3-х случаях (21%), адентия 6-и зубов у 1 пациента (7%).

В большинстве случаев отсутствовали вторые премоляры на нижней челюсти, преимущественно слева у 5 пациентов (35,7%), при этом справа частота составила 28,5%; на верхней челюсти - справа и слева частота по 14%. Отсутствие первых премоляров выявлено во всех 4-х сегментах, наибольшее количество на верхней челюсти справа 14%. На нижней челюсти была выявлена адентия центральных резцов у 3 пациентов (21%) и боковых резцов - 14%., на верхней челюсти - адентия только бокового резца у 1 пациента (7%).

В процессе изучения стадии минерализации постоянных зубов и паспортного возраста пациентов было выявлено следующее:

У 8 пациентов (57%), из них 5 мужского пола и 3 женского, наблюдали различие стадий минерализации одноименных зубов на правой и левой стороне зубного ряда.

В большинстве случаев ускоренную минерализацию выявили у первых и вторых моляров на верхней и нижней челюсти, по частоте встречаемости затем следуют боковые резцы на верхней челюсти и центральные резцы на нижней челюсти. В группе премоляров быстрее происходит минерализация на верхней челюсти, у остальных зубов - с одинаковой частотой.

Минерализация происходила медленнее чаще у клыков и резцов на обеих челюстях.

Выводы Адентия наблюдается у 78,5% обследованных с синдромом Вильямса. В 57% случаях выявлены различия стадий минерализации зубов на правой и левой сторонах зубных рядов.

Полякова А.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ ПРИ АДЕНОМЕ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

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

Актуальность: Поиск оптимального хирургического лечения гиперплазии предстательной железы больших размеров представляет собой сложную задачу. Открытая позадилоная аденомэктомия длительное время была методом выбора хирургического лечения ДГПЖ большого объема. Однако это высокоинвазивная операция, ассоциированная с длительным сроком реабилитации и риском развития дополнительных осложнений, обусловленных необходимостью открытого хирургического доступа. В последние годы трансуретральная энуклеация, при которой измельченная ткань предстательной железы удаляется через уретру, была одобрена как эффективный и безопасный вариант лечения ДГПЖ больших размеров.

В данном материале представлены сравнительные данные трансуретральной энуклеации предстательной железы (ТЭПЖ) и открытой позадилоной аденомэктомии (ПАЭ), полученные на опыте клиники урологии и хирургической андрологии, на базе ГБУЗ ГKB им. С. П. Боткина в период с 2019 по 2022гг.

Цель: Оценить эффективность и безопасность применения трансуретральной энуклеации предстательной железы, при аденомах больших размеров, в сравнении с позадилоной аденомэктомией.

Материалы и методы: С января 2019г по август 2022г в клинике урологии и хирургической андрологии РМАНПО одной бригадой хирургов прооперировано 160 пациентов, среди которых 89 пациентов (55,6%),

перенесли открытую позадилодную аденомэктомию (ПАЭ) и 71 пациентов (44,3%) – трансуретральную лазерную энуклеацию предстательной железы (ТЭПЖ). Для проведения лазерной энуклеации использовался : резектоскоп №26 Ch (типа Iglesias) с постоянной ирригацией и рабочим элементом, оснащенным каналом для проведения лазерного волокна, фирмы Karl Storz (Германия); тулиевый волоконный лазер «FiberLase U3» (НПО «ИРЭ-ПОЛЮС», Россия) мощностью 40 Вт с длиной волны 1940 нм; лазерное волокно с диаметром 600 мкм. Операции выполняли при средней мощности лазерного излучения 40 Вт. Удаление аденоматозной ткани проводили с помощью телескопа и морцеллятора фирмы Karl Storz (Германия).

Открытая позадилодная аденомэктомия выполнялась по стандартной методике с применением биполярных ножниц ETHICON «Powerstar» (США).

В сравнительный анализ были включены пациенты с исходным объемом предстательной железы более 80 см³, с умеренными и тяжелыми симптомами болезни по оценке шкалы IPSS и QoL, максимальной скоростью мочеиспускания <10 мл/с. Из групп исследования были исключены пациенты с цистостомой и камнями мочевого пузыря.

Сравнительный анализ проводился по следующим критериям: объем предстательной железы, степень выраженности нарушений мочеиспускания, индекс массы тела пациентов, продолжительность оперативного вмешательства, объем кровопотери, время пребывания в стационаре после операции, время дренирования мочевого пузыря уретральным катетером. Оценка послеоперационных результатов проводилась в объеме контрольной урофлоуметрии, УЗИ мочевого пузыря с определением остаточной мочи, заполнении опросников IPSS и QoL проводилось на 1, 3, 6 месяцах после оперативного лечения.

Результаты и обсуждение.

Средний возраст пациентов составил 69 лет в группе позадилодной аденомэктомии и 73 года в группе трансуретральной энуклеации. Индекс массы тела составил 30 в группе ТЭПЖ и 27,3 в группе ПАЭ. Средний объем

предстательной железы в группе ПАЭ – 105 см³, тогда как в группе ТЭПЖ – 100 см³. По средней продолжительности хирургического вмешательства наименьшее время у трансуретральных вмешательств – 60 минут, в то время как при ПАЭ – 120 минут. Кровопотеря оценивалась с помощью показателей гемоглобина до и после оперативного лечения. Медиана интраоперационной кровопотери ПАЭ превышает таковую при ТЭПЖ практически в 3 раза. Средняя продолжительность нахождения в стационаре после оперативного лечения в группе ПАЭ – 5 койко-дней, а при видео-эндоскопической – 2 дня. После ТЭПЖ уретральный катетер удалялся в среднем на 2-е полные сутки после перенесенного оперативного вмешательства, тогда как после открытого вмешательства срок дренирования мочевого пузыря уретральным катетером в среднем составил 9,6 дней. Хирургические осложнения оценивались по классификации Clavien-Dindo. В процессе динамического наблюдения четверть пациентов из группы ТЭПЖ, через месяц после перенесенной операции отмечали жалобы на явления дизурии, которые полностью исчезли к сроку наблюдения 3 месяцев и не требовали дополнительных медикаментозных назначений, а также необходимости повторных оперативных вмешательств (Clavien 1). В процессе стационарного лечения 2 пациентам в группе ПАЭ потребовалась однократная заместительная гемотрансфузия (Clavien 2). Осложнений категории 3-5 в обеих группах зарегистрировано не было. Также не отмечено статистических различий между ТЭПЖ и ПАЭ в отношении преходящего недержания мочи (Clavien 1). Срок наблюдения на данном этапе не позволяет оценить частоту случаев развития рецидива аденомы и развития склероза шейки мочевого пузыря, однако наблюдение за данными группами пациентов продолжается.

ТЭПЖ и ПАЭ не продемонстрировали существенных различий по снижению балла IPSS и QoL в послеоперационном периоде через 1, 3, 6 мес.

Вывод:

Трансуретральная энуклеация простаты имеет функциональные результаты, сравнимые с результатами позадилоной аденомэктомии, как для

субъективных (IPSS, QoL), так и для объективных ($Q_{\max}$, УЗИ объема остаточной мочи) переменных. Наше исследование показало, что ТЭПЖ был эквивалентен ПАЭ в улучшении субъективных симптомов и уродинамических показателей.

Периоперационные результаты времени оперативного вмешательства, объема интраоперационной кровопотери, времени катетеризации и продолжительности пребывания в стационаре были короче при ТЭПЖ. Послеоперационные осложнения переливания крови были значительно меньше при ТУЭП, в то время как не было отмечено различий в развитии осложнений категории Clavien 1. Мы считаем, что ТЭПЖ, как современная методика, может стать выигрышной альтернативой хирургии при лечении аденомы предстательной железы больших размеров.

Разин М.А.¹, Сиднева Л.А.¹, Плиева З.Х.^{2,3}

АСПЕКТЫ БЕЗОПАСНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОМЫ МОРТОНА

Руководители: Кузнецов А.В., к.м.н., доцент;

Федяков А.Г., к.м.н., ассистент

1 - ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

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

3 - Клиника “ОртоСпайн”, г. Москва

Актуальность. Неврома Мортона — одна из наиболее частых неврологических причин возникновения боли в стопе, сочетающаяся у большинства пациентов с ортопедической патологией. Наиболее эффективным методом лечения данного заболевания с целью достижения полного регресса болевого синдрома является открытое хирургическое вмешательство, заключающееся в иссечении невromы и пораженного фрагмента подошвенного нерва. Стойкого длительного эффекта в этом случае удаётся достигнуть в среднем у 80% пациентов. Предложены различные варианты доступов (дорсальный, подошвенный, межпальцевой) открытого удаления невromы Мортона, обладающих различными достоинствами и недостатками. Определение оптимального доступа, сочетающего максимальную безопасность и эффективность, является предметом данного исследования.

Цель исследования. Повышение безопасности хирургического лечения невromы Мортона путем выбора наиболее оптимального доступа к подошвенному нерву.

Материалы и методы исследования. Проанализированы литературные данные, собственный опыт лечения и результаты хирургических вмешательств, проведенных в иных медицинских учреждениях. Прооперировано 92 пациента с невромой Мортона путём открытого её удаления из дорсального доступа. Выполнено 5 повторных вмешательств (радиочастотная деструкция (РЧД) под

ультразвуковым контролем) 5 пациентам, которым ранее проводилось удаление невromы из подошвенного доступа в иных медицинских учреждениях, ввиду рецидива болевого синдрома вследствие грубых рубцовых изменений в области вмешательства. Оценка болевого синдрома проводилась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), опроснику нейропатической боли DN4. Оценка степени тяжести послеоперационных осложнений проводилась согласно классификации F.A. Landriel Ibañez. Средняя продолжительность наблюдения составила $36,2 \pm 16,3$ месяца.

Результаты исследования. По литературным данным при удалении невromы Мортонa из межпальцевого доступа отмечается наибольшая частота возникновения местных грибковых осложнений в области вмешательства. Подошвенный доступ сопряжен с формированием грубых рубцовых изменений в области вмешательства в результате постоянной нагрузки на область доступа при ходьбе. В проведенном исследовании среди 92 пациентов не выявлено ни одного осложнения, ассоциированного с дорсальным доступом, а также ни одного жизнеугрожающего осложнения (по F.A. Landriel Ibañez). После проведенных вмешательств отмечался положительный результат лечения у всех пациентов в виде значительного (по меньшей мере на 80%) уменьшения интенсивности болей по ВАШ и регресса нейропатического болевого синдрома (менее 4 баллов по опроснику DN4). Пяти пациентам, у которых имелись грубые рубцовые изменения в области подошвенного доступа, выполненных в сторонних учреждениях, проведена РЧД области вмешательства с удовлетворительным анальгетическим эффектом (снижение выраженности болевого синдрома при ходьбе $\geq 50\%$ по ВАШ).

Выводы. Проведенное исследование показывает, что дорсальный доступ для удаления невromы Мортонa является наиболее оптимальным ввиду его максимальной безопасности и высокой эффективности в лечении данной патологии.

Рамазанова М.К.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ

Руководитель работы: Мураховская Е.К., к.м.н., ассистент

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва.

Введение. Акне является самой частой причиной возникновения рубцовых деформаций в дерматологии. При акне образуются нормотрофические, атрофические и гипертрофические рубцы. Наличие рубцовых дефектов на открытых участках тела доставляет большой психоэмоциональный дискомфорт пациентам, а их методы лечения требуют длительного времени и больших финансовых затрат.

Цель. Проанализировать современные методики коррекции рубцовых деформаций, выделить наиболее эффективные и безопасные из них.

Материалы и методы. Проведен анализ литературных данных электронной библиотеки PubMed и Cyberleninka.ru на период с 2018 по 2023 годы касательно применения разных методик воздействия на рубцовые деформации вследствие акне, включая аппликационные, инъекционные и аппаратные способы.

Результаты и обсуждение. По данным разных авторов рубцы постакне чаще имеют атрофический характер и локализуются на лице. Выбор того или иного метода коррекции уже сформировавшихся рубцов зависит от состояния окружающей кожи и наличия воспалительных элементов. При условии отсутствия воспалительных элементов Всемирным альянсом по лечению акне для коррекции рубцов постакне одобрены некоторые виды шлифовок кожи, глубоких пилингов, мезотерапевтических процедур, а также применение дермальных филлеров.

Золотым стандартом в терапии рубцов являются методики лазерной шлифовки, позволяющие контролировать глубину травматизации кожи.

Лазерный луч воздействует на дерму, вызывая неоколлагенез и ремоделирование кожи. Аблятивный метод, наиболее эффективный в терапии рубцов, – лазер CO₂, кроме того, применяются эрбиевые лазеры. Их особенность заключается в повреждении эпидермиса, что ведет к ощутимому и длительному периоду реабилитации после процедуры. Неаблятивные лазеры позволяют воздействовать на дерму без повреждения эпидермиса, таким образом обеспечивая полную социальность пациентам и отсутствие реабилитации. Однако, по эффективности в коррекции рубцовых деформаций неаблятивные лазеры уступают аблятивным. RF-микроиглы (фракционные радиочастотные микроиглы) воздействуют на глубокие слои кожи без значительного повреждения эпидермиса. Действие радиочастотной волны на биологические ткани основано на принципе диатермии и достигается путем выделения тепла при прохождении тока через биологические структуры. Преимущество метода состоит во всесезонности применения и в отсутствии длительной реабилитации после процедуры. При коррекции поверхностных рубцов с дисхромией применяются поверхностно-срединные и срединные химические пилинги с 20%-35% трихлоруксусной, 30% салициловой, 40% пировиноградной и 70% гликолевой кислотой. Эффективной является CROSS-техника (точечная) глубокого ТСА-пилинга. Для терапии рубцов применяют механические шлифовки: механическую дермабразию, микродермабразию и нидлинг с применением мезороллеров. Наиболее агрессивна дермабразия, которая показана при большом количестве близко расположенных друг к другу рубцов, однако эффективность данной процедуры нужно соотносить со сложностью реабилитационного периода и возможностью возникновения дисхромий. Микродермабразия менее агрессивна, однако менее эффективна. Самым эффективным и безболезненным можно считать нидлинг с помощью мезороллера и микронидлинг в виде фракционной мезотерапии. Микротравматизация по некоторым данным стимулирует выработку коллагена-1 типа в большей степени, чем IPL. Интрадермальная стимуляция рубцовой ткани применяется исключительно при атрофических рубцах и заключается в

отделении дна рубца от нижележащих тканей. Технически данная методика представляет собой сепарацию и проводится инъекционной иглой под местной анестезией. Дермальные филлеры применяются для коррекции атрофических рубцов. Методика заключается во введении препарата на основе стабилизированной гиалуроновой кислоты или коллагена под мягкую рубцовую ткань, что «поднимает» дно рубца. При мезотерапии всех типов рубцов постакне применяют улучшающие микроциркуляцию и витаминные препараты.

Выводы. Несмотря на прогрессивно развивающиеся методы терапии акне, необходимо продолжать поиски эффективных, безопасных и доступных методик, минимизирующих формирование и глубину залегания рубцовых изменений и направленных на терапию уже существующих рубцов постакне.

Родина А.Д.

ЛЕЧЕНИЕ ДИСТОПИИ КЛЫКОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА DISTAL JET

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

Кафедра ортодонтии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: Аномалии положения клыков (дистопия) составляют 30,5% и часто сочетаются с мезиальным смещением моляров, независимо от патогенеза развития патологии, в качестве лечения проводят либо удаление отдельных зубов, либо дистальное перемещение моляров.

Цель исследования: изучить зависимость сроков дистального перемещения моляров аппаратом Distal Jet в зависимости от величины смещения.

Задачи исследования:

1. Сравнить сроки лечения пациентов с использованием аппарата Distal Jet, в зависимости от величины мезиального смещения моляров.
2. Сравнить величину ангуляции первых верхних моляров до и после их дистализации.

Материалы и методы исследования: проведено обследование 16 пациентов с супра- и вестибулоположением клыков и мезиальным смещением моляров на верхней челюсти до начала лечения и после его окончания клиническим, антропометрическим и рентгенологическим методами и проведена статистическая обработка полученных результатов.

Результаты исследования: Из 16 пациентов со сформированным постоянным прикусом: 56,25% мужского пола, 43,75% - женского. У 6 пациентов (37,5%) величина мезиального смещения моляров при их бугровом смыкании составила от 4 до 8 мм, у 10 (62,5%) при смыкании по второму классу Энгля – 7-8 мм. У 3 пациентов (18,75%) выявлена первичная

адентия третьих моляров, у остальных - были удалены до начала ортодонтического лечения. Величина ангуляции первых верхних моляров до начала лечения составляла от 92 до 96 градусов. Через 7 месяцев после установки аппарата Distal Jet было достигнуто бугрово-фиссурное смыкание моляров по 1 классу у пациентов, имевших до начала лечения бугровое соотношение первых моляров и через 8 месяцев - у 6 пациентов (37,5%) , у которых до начала лечения было смыкание моляров по 2 классу, через 9 - у 4 пациентов (25%), имевших мезиальное смещение моляров до начала лечения 8мм. Измерение величины ангуляции первых верхних моляров после завершения дистализации позволило выявить, что у большинства пациентов (87,5%) – показатель уменьшился на 1-2 градуса, у оставшихся 12,5% – не изменился. У 6 пациентов проверены отдаленные результаты через 1 год после завершения ношения аппарата Distal Jet: величина ангуляции первых верхних моляров не изменилась.

Обсуждение: Величина мезиального перемещения верхних моляров до достижения контактов с антагонистами по первому классу Энгля составила от 4 до 8 мм, в зависимости от исходного состояния; время лечения – от 7 до 9 месяцев.

Выводы:

Время дистализации моляров зависит от величины необходимого перемещения первых верхних моляров до достижения контактов с антагонистами по первому классу Энгля.

При использовании аппарата Distal Jet для дистализации первых верхних моляров величина их ангуляции уменьшается незначительно или не изменяется.

После использования аппарата Distal Jet для дистализации первых верхних моляров результат лечения остается стабильным.

Розова А.Д.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ТАКТИКА ПРИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Научный руководитель: Цахилова С.Г. д.м.н., профессор

Кафедра акушерства и гинекологии

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

Актуальность. Несмотря на все достижения науки, некоторые проблемы современного акушерства до сих пор остались нерешенными. Кровотечение — одно из наиболее опасных осложнений беременности, родов и пuerпериального периода. Оно может снижать качество жизни пациенток, приводить к их инвалидизации, а порой и к летальному исходу. Ввиду условий демографического кризиса, актуальность проблемы акушерских кровотечений и их возможных последствий, на сегодняшний день в РФ воспринимается особенно остро.

При кровопотере в организме развивается ряд последовательных защитно-адаптивных реакций, таких как периферическая вазоконстрикция, централизация кровотока и аутогемодилюция. Однако компенсаторные возможности ограничены, и их истощение приводит к глубоким расстройствам кровообращения с диссеминированными нарушениями гемокоагуляции, гипоксии, ацидозу и, как следствие, органических повреждений клеток.

Цель: улучшить исходы лечения, а также оптимизировать хирургическую и консервативную тактики терапии массивных акушерских кровотечений для сохранения репродуктивной функции пациенток.

Результаты исследования. Нами на базе родильного дома №8 Москвы проведен ретроспективный анализ 20163 историй родов. Из них отобраны 40 историй родов родильниц с послеродовыми кровотечениями, которые вошли в I группу. На основании полученных результатов ретроспективного исследования, оптимизирована тактика ведения пациенток с ранними

послеродовыми кровотечениями и проведено лечение 59 родильниц с массивной кровопотерей, которые составили II группу.

Критерием включения в исследование являлась кровопотеря более 25% объема циркулирующей крови в раннем послеродовом периоде. Критерием исключения – кровотечение объемом менее 25% объема циркулирующей крови или развившееся в позднем послеродовом периоде.

В зависимости от способа родоразрешения группы были разделены на: подгруппу А – родильницы после родов через естественные родовые пути и подгруппу В – родильницы после абдоминального родоразрешения.

Терапию кровопотери после родов через естественные родовые пути начинали с наружного массажа матки и параллельного внутривенного введения утеротонических препаратов. При их неэффективности, выполнялось ручное обследование стенок полости послеродовой матки для исключения нарушения ее целостности и удаления остатков ткани плаценты, проводилось зашивание разрывов мягких тканей родовых путей. При продолжающейся кровопотере, достигшей 15% объема циркулирующей крови, начинали трансфузию донорской свежезамороженной плазмы в объеме не менее 15 мл/кг массы тела со скоростью 20 мл/мин. Для поддержания объема циркулирующей крови применялись 6% растворы гидроксипропильного крахмала и кристаллоидные растворы в соотношении 1:1,5. Соотношение суммарного объема инфузионно-трансфузионной терапии к объему кровопотери было равно 2,5:1.

Как правило, удавалось добиться остановки кровотечения. Однако, в двух случаях, в связи с отсутствием эффекта от консервативной терапии, родильницы были переведены в операционную для выполнения хирургических методов остановки кровотечения (наложение гемостатических швов по Cho в первом случае, дополнительная перевязка внутренних подвздошных артерий по стандартной методике — во втором), после которых гемостаз был достигнут.

Послеродовый период во всех случаях протекал без осложнений. Темпы инволюции матки существенно не отличались. Нормальный менструальный

цикл восстанавливался через 4-8 месяцев при наличии лактации, при ее отсутствии — через 2-3 месяца.

Вывод: своевременное начало консервативных мероприятий в комплексе с адекватной инфузионно-трансфузионной терапией позволяет полностью реализовать органосохраняющую тактику лечения массивных акушерских кровотечений гипотонического и коагулопатического генезов.

Самофал О.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦЕССИВНЫМ ДИСТРОФИЧЕСКИМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Руководитель: Сысоева Т.А., к.м.н., доцент

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность: Рecessивный дистрофический буллезный эпидермолиз (РДБЭ) представляет собой редкое генетическое заболевание, характеризующееся появлением множественных вялых пузырей и эрозий, быстро увеличивающихся в размерах, рубцовой атрофии кожи, псевдосиндактилии и контрактур, стеноза пищевода, сужения анального отверстия, образования стриктур уретры и влагалища.

Цель исследования: Оценить эффективность лозартана в профилактике рестеноза после баллонной дилатации стеноза пищевода у детей с РДБЭ на основании данных литературы.

Задачи исследования: На основании литературных данных провести оценку эффективности профилактики лозартаном рестеноза после баллонной дилатации стеноза пищевода у детей с РДБЭ.

Методы исследования: Был проведен ретроспективный анализ литературы с использованием ресурсов Elibrary, Medline/PubMed, Scopus, Springer, Web of Science, опубликованной в период 2018–2023 гг. Использовались ключевые слова: буллезный эпидермолиз; лозартан; recessивный дистрофический буллезный эпидермолиз; рестеноз; epidermolysis bullosa; losartan; recessive dystrophic epidermolysis bullosa; restenosis.

Результаты и обсуждение: В 2019 году FDA и Европейское агентство по лекарственным средствам одобрило лечение тяжелых форм РДБЭ с помощью блокаторов рецепторов ангиотензина II.

Первым рекомендованным препаратом стал лозартан, являющийся ингибитором трансформирующего ростового фактора (TGF-бета), который участвует в механизмах фиброза. Стеноз пищевода является частым осложнением РДБЭ и встречается почти в 76% случаев. Терапевтический эффект этого препарата дает большие перспективы в ведении пациентов с РДБЭ, способствуя профилактике осложнений.

В течение многих лет основным способом лечения осложнения РДБЭ в виде стеноза пищевода являлась баллонная дилатация. Хирургические вмешательства, особенно у пациентов с РДБЭ, сопряжены с более высоким риском осложнений, чем консервативное лечение. Так при баллонной дилатации пищевода, в 1,3-4% случаев развивается такое осложнение как перфорация пищевода. Таким образом, применение консервативного лечения лозартаном предполагает более безопасный способ лечения стеноза пищевода у больных РДБЭ.

Согласно данным современных клинических исследований, в ходе лечения лозартаном отмечается меньшая частота повторных баллонных дилатаций пищевода, снижение индекса по бирмингемской шкале тяжести буллезного эпидермолиза (BEBS), снижение индекса активности и рубцевания буллезного эпидермолиза (EBDASI), а также улучшение субъективного состояния пациента, оцененного с помощью детского дерматологического индекса качества жизни (CDLQI).

Выводы: Таким образом, применение лозартана у пациентов с РДБЭ является эффективным и более безопасным методом лечения, позволяющим не только уменьшить симптоматику и значительно улучшить качество жизни больного, но и уменьшить риски осложнений, связанных с баллонной дилатацией пищевода. Необходимы дальнейшие исследования для определения терапевтических подходов к ведению таких пациентов.

Серикова Е.Н.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАРКЕРОВ ГЕПАТИТА В В ГРУППАХ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИСМП

Руководитель: Останкова Ю.В., к.б.н., заведующая лабораторией
иммунологии и вирусологии ВИЧ-инфекции

Федеральное бюджетное учреждение науки «Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им.
Пастера» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и
благополучия человека, Санкт-Петербург

Актуальность. Стоматологические пациенты являются группой повышенного риска в отношении инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в том числе гепатита В (ГВ). Показана возможность передачи вируса гепатита В (ВГВ) через стоматологические инструменты, что совокупности с данными о низкой инфицирующей дозе ВГВ, представляет особый интерес. В силу инвазивности процедуры гемодиализа, пациенты находятся в группе риска гемоконтактного инфицирования, в том числе гепатитом В, и могут представлять угрозу распространения вируса как для других пациентов, так и для медицинского персонала.

Цель исследования. Проанализировать распространенность некоторых серологических и молекулярно-биологических маркеров гепатита В в группе пациентов гемодиализных центров и стоматологических клиник в Санкт-Петербурге.

Задачи исследования:

1. Оценить распространенность серологических маркеров ГВ (HBsAg, anti-HBs, anti-HBcore) среди пациентов стоматологических и гемодиализных учреждений в СПб.

2. Оценить распространенность молекулярно-биологических маркеров ГВ (ДНК ВГВ) среди пациентов стоматологических и гемодиализных учреждений в СПб.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены образцы сыворотки крови, полученные от 200 пациентов стоматологических клиник и 173 пациентов гемодиализных центров, исследованные на присутствие основных серологических, а затем молекулярных маркеров гепатита В.

Результаты исследования. Среди стоматологических пациентов выявлены следующие серологические маркеры: HBsAg+ – 0,5%, анти-HBs+ – 29,5%, анти-HBcore+ – 19,0%. Среди гемодиализных пациентов выявлены: HBsAg+ – 1,1%, анти-HBs+ – 67,1%, анти-HBcore+ – 24,3%. С использованием молекулярных методов диагностики ДНК ВГВ выявлена у 2,0% пациентов стоматологических клиник и у 2,8% пациентов гемодиализных центров.

Обсуждение. Среди стоматологических пациентов 14,5% демонстрируют сочетание анти-HBCore с анти-HBs, среди гемодиализных – 21,9%, соответственно, ранее контактировали с вирусом, выздоровели и сохранили определяемые уровни нейтрализующих антител после заражения. В связи с распространенностью HBsAg-негативной формы хронического гепатита В, необходимо применение высокочувствительных молекулярно-биологических методов для выявления HBsAg-негативной формы хронического вирусного гепатита В.

Выводы. Результаты настоящего исследования указывают на сохранение проблемы передачи возбудителей гемоконтактных вирусных гепатитов в отделениях гемодиализа. В направлении исследований пациентов стоматологических клиник требуется увеличение анализируемой группы, а также дальнейший анализ нуклеотидных последовательностей выявленных изолятов.

Серикова Е.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В И ОЦЕНКА НЕОБХОДИМОСТИ БУСТЕРНОЙ ДОЗЫ

Руководитель: Останкова Ю.В., к.б.н., заведующий лабораторией
иммунологии и вирусологии ВИЧ-инфекции

Федеральное бюджетное учреждение науки «Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им.
Пастера» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и
благополучия человека, Санкт-Петербург

Актуальность. Антитела анти-HBs синтезируются в ответ на HBsAg в его естественной (ассоциированной с вирусными частицами) или рекомбинантной (ассоциированной с вакциной) форме. Независимо от пути индукции иммунного ответа иммунокомпетентные лица считаются невосприимчивыми к ВГВ на основании концентрации анти-HBs-антител, которая должна составлять ≥ 10 МЕ/ л. Однако необходимость присутствия анти-HBs-антител в контексте иммунитета к ВГВ остается предметом обширных дискуссий.

Цель исследования. Оценить распространенность некоторых серологических маркеров ГВ в различных группах пациентов.

Задачи исследования:

1. Оценить распространенность серологических маркеров ГВ (anti-HBs, anti-HBcore) в группе трудовых мигрантов, проходящих медицинское освидетельствование для получения разрешений на работу. 2. Оценить распространенность серологических маркеров ГВ (anti-HBs, anti-HBcore) в группе медицинских работников.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены образцы сыворотки крови, полученные от 537 иммигрантов и 67 медицинских работников и исследованные на присутствие основных серологических

маркеров методом ИФА с применением коммерческих тест-систем, согласно рекомендациям производителя.

Результаты исследования. Среди трудовых мигрантов частота встречаемости антител к HBs составила 28,4% среди женщин и 25,3% среди мужчин. В группе медицинских работников выявлены анти-HBcore в сочетании с анти-HBs в 10,4% случаях.

Обсуждение. Среди трудовых мигрантов анти-HBs комбинации с анти-HBcore выявлены в 9,5%, следовательно данные антитела заведомо не являются вакцинными и появились в ходе естественной инфекции. Т.е. только порядка 17% изолированных анти-HBs являются предположительно вакцинными, что свидетельствует в пользу необходимости обсуждения внедрения вакцинации иммигрантов.

Обращает на себя внимание недопустимо низкий уровень предположительно вакцинных изолированных антител анти-HBs среди медицинских работников – 55,2%. Столь низкие показатели могут объясняться рядом причин и не обязательно свидетельствуют об отсутствии иммунной защиты. Значительное снижение титров антител типично по мере увеличения продолжительности поствакцинального периода. Однако существование механизма иммунологической памяти предполагает, что ревакцинация не является необходимой, по крайней мере, у иммунокомпетентных лиц.

Выводы. Лица, считающиеся не ответившими на вакцинацию, подвергаются более высокому риску инфицирования ВГВ. Бустерная доза может быть обязательной, по крайней мере, для медицинских работников, до достижения целевого порога антител.

Сиднева Л.А.¹, Разин М.А.¹, Плиева З.Х.^{2,3}

КАДАВЕРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОТОТИПОВ ИСКУССТВЕННЫХ НЕРВНЫХ ПРОВОДНИКОВ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ

Руководитель: Федяков А.Г., к.м.н., ассистент
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва
ГБУЗ «ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ», г. Москва
Клиника «ОртоСпайн», г. Москва

Актуальность. Повреждения периферических нервов являются актуальной проблемой здравоохранения и характеризуются широкой распространенностью, высоким уровнем инвалидизации, а также не всегда удовлетворительными результатами от хирургического лечения. Перспективным и безопасным является метод применения искусственных нервных проводников для направленного роста аксонов. В настоящее время встречается множество работ посвященных химическому составу, структуре предлагаемых нервных проводников, экспериментальному их применению на животных. Однако, практически не встречаются работы по моделированию применения этих материалов в хирургической практике на доклиническом этапе.

Цель исследования. Изучение хирургического способа восстановления анатомического дефекта периферических нервов с использованием гибридных материалов на основе поликапролактона (ПКЛ) в ходе кадаверного исследования.

Материалы и методы исследования. Рассмотрены три образца прототипов искусственных нервных проводников (ПИНП) на основе ПКЛ, полученных методом электроспиннинга, путем моделирования нейрохирургического вмешательства на кадаверном материале. Образцы представляли собой полые трубки: №1 – исходный ПКЛ, №2 – ПКЛ с желатином, №3 – ПКЛ с коллагеном.

В ходе работы оценивались их свойства: жесткость, пластичность, упругость, хрупкость, устойчивость к химическому воздействию, способность к пропитыванию жидкими средами, хирургическая пористость. Воспроизведена возможность хирургического наложения анастомозов в условиях максимально приближенных к условиям оперативного вмешательства. Оценка сформированных анастомозов осуществлялась на основе эхогенных признаков искусственных имплантатов и нерва посредством ультразвуковой (УЗ) визуализации в тканях. В качестве кадаверного материала использовалась поверхностная чувствительная ветвь правого лучевого нерва человека.

Результаты исследования. Было отмечено, что все представленные образцы ПИНП потенциально пригодны для создания протезов периферических нервов с целью их использования в области протяженных дефектов. В увлажненном состоянии они представляют собой легкие, гибкие, эластичные, упругие, не ломкие, пористые трубки, удобные для сшивания с периферическим нервом. Образцы №2 и №3 являются умеренно гидрофильными, что *in vivo* может обеспечить лучшую адгезию и положительно влияет на проницаемость. Также указанные образцы являются более предпочтительными в связи с их большей жесткостью и способностью сохранять форму, в том числе при воздействии различных жидких сред и давления окружающих тканей. При поочередном подшивании образцов к поверхностной чувствительной ветви лучевого нерва трудностей в наложении швов не было отмечено. В конце эксперимента, после послойного ушивания раны, проводилась УЗ-визуализация, в ходе которой наблюдалась состоятельность анастомозов между нервом и имплантатами во всех случаях.

Выводы. Моделирование хирургического применения ПИНП в максимально приближенных к операционным условиям позволит повысить безопасность их клинического применения.

Склярова В.И.

ОБОСНОВАНИЕ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИИ

Руководители: Дударева В.А., ассистент

Кафедра ЗОЖ и диетологии

Максимов М.Л., д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: Дефицит микронутриентов является фактором риска развития ряда состояний (тревожность, депрессия и др.) и неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые, нарушения когнитивных и нервно-мышечных функций). Недостаток в питании магния приводит к нарушению сна, гиперэмоциональности. Кальций без магния не может быть усвоен организмом. Если кальций не усваивается, в экстремальных случаях это вызывает обызвествление (кальциноз) мозга, а, следовательно, приводит к потере памяти и умственных способностей. При недостатке витаминов В₁ и В₂ наблюдаются повышенная раздражительность, эмоциональная нестабильность, плохой сон, рассеянность внимания.

Для устранения недостатка микронутриентов используют витаминно-минеральные комплексы (ВМК) или содержащие микронутриенты специализированные пищевые продукты.

Цель исследования: определение содержания витаминов и минералов в рационах лиц молодого возраста при депрессии.

Задачи исследования: обосновать необходимость витаминно-минеральной коррекции в рационе лиц молодого возраста при депрессии.

Материалы и методы исследования: В исследовании приняли участие 52 студента (средний возраст 20,3±2,1 лет) ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России в период с марта по октябрь 2022 года. Использовалась Больничная

шкала тревоги и депрессии (HADS). Анализ фактического питания проводился по «Программе анализа состояния питания человека, версия 1.2.4., зарегистрированная Российским агентством по патентам и товарным знакам 09.02.04 № 2004610397 ГУНИИ Питания РАМН». Использованы «Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ М.Р. 2.3.1. 0253- 21 (2021)».

Результаты исследования: Анкетирование показало: норма наблюдается у 28% анкетировуемых (15 человек), субклиническая выраженная тревога/депрессия – у 17% (9 человек), клиническая выраженная тревога/депрессия – у 55% (29 человек). За основу были взяты исследования студентов с депрессией.

В рационе респондентов наблюдалось повышенное содержание Na – на 154,5% от рекомендуемой нормы потребления (РНП) [1], К – на 6,2%, Р – на 139,2% , витамина С – на 44,5%. В недостаточном количестве наблюдались следующие показатели: Са – на 14,6% меньше нормируемого, Mg – на 10%, витаминов В₁ - на 26,9%, В₂ – на 15%.

Обсуждение: Рационы респондентов обеднены Са, Mg, витаминами В₁ и В₂.

Выводы: Согласно полученным данным последствия дефицита витаминов и минералов у конкретно исследуемой группы могут привести к ухудшению психического состояния и обострению неинфекционных заболеваний.

Следовательно, они нуждаются в дотации витаминов В₁ и В₂ в дозах 200% от РНП и в дотации минералов: Са - 1000 мг/сутки и Mg - 420 мг/сутки, следуя рекомендуемой норме потребления.

Также даны рекомендации уменьшить потребление продуктов, содержащих Na, К, Р и витамин С.

1. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения РФ М.Р. 2.3.1. 0253-21 (2021).

Соловьева М.Н.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКОЙ ХРОМОСОМНОЙ
АНОМАЛИИ: ДВОЙНАЯ ТРИСОМИЯ 48,XXX,+18 В I ТРИМЕСТРЕ
БЕРЕМЕННОСТИ В СОЧЕТАНИИ СО SPINA BIFIDA

Руководитель: Цахилова С.Г. д.м.н, профессор

Кафедра акушерства и гинекологии

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

В настоящее время пренатальная диагностика позволяет по-новому взглянуть на диагностику врожденных пороков развития плода (ВПР). Важность своевременного обнаружения аномалий развития плода обусловлена необходимостью выбора тактики ведения беременности.

Двойная трисомия – это наличие двух трисомий с вовлечением двух разных пар хромосом в кариотипе. Данная патология встречается с частотой 0,21-2,8% от числа самопроизвольных аборт. Отмечается положительная корреляция с возрастом матери. Наиболее часто встречаются варианты с вовлечением половых хромосом и хромосом 13, 18, 21. В основном встречаются комбинации 48,XXX,+21, 48,XXY,+18 и 48,XXX,+18.

Одной из важнейших проблем современной репродуктологии является невынашивание беременности, в том числе привычное. В большинстве случаев двойная трисомия встречается при неразвивающихся беременностях и самопроизвольных абортах. В литературе встречаются случаи диагностики двойной трисомии после рождения.

При обзоре литературы (поиск осуществлялся через научную базу данных PubMed) было найдено 14 публикаций со случаями двойной трисомии 48,XXX,+18. У всех плодов с кариотипом 48,XXX,+18 отмечались увеличение толщины воротникового пространства, гипоплазия носовой кости при проведении пренатального скрининга I триместра. В дальнейшем были замечены задержка развития плода, пороки сердца (дефекты перегородок,

атриовентрикулярный канал), пороки развития верхних и нижних конечностей (синдактилия, пальцы, сжатые в кулак, перекрывают друг друга, косолапость), пороки центральной нервной системы, стигмы дизэмбриогенеза (микрогнатия, микрофтальмия, низко посаженные и деформированные ушные раковины и др.). Несомненно, это доказывает важность выявления данных маркеров для формирования групп риска по хромосомным аномалиям, в т. ч. двойной трисомии.

Проблема двойной трисомии в современной литературе освещена недостаточно и требует дальнейшего исследования для усовершенствования пренатальной диагностики и выявления маркеров данной аномалии.

Цель исследования: повысить качество пренатального скрининга в I триместре беременности, выявить УЗ-маркеры двойной трисомии 48,XXX,+18.

Задачи исследования: провести комбинированный пренатальный скрининг I триместра с определением маркеров аномалий, определить когорту беременных с выявленными пороками развития при пренатальном скрининге в I триместре, провести сравнительный анализ результатов исследования маркеров хромосомных болезней плода.

Материалы и методы: из 3200 наблюдаемых беременных врожденные пороки развития были обнаружены на этапе диагностики у 67 пациенток. У 19 женщин был выявлен порок сердца, еще у 7 – пороки ЦНС, в том числе spina bifida – 2 случая (из них двойная трисомия у 1 пациентки – 0,03%).

В представленном клиническом случае беременная 28 лет была направлена для проведения комбинированного пренатального скрининга в I триместре. При трансабдоминальном доступе был выявлен один живой плод в сроке гестации 11 недель 5 дней. Эхографически выявлены увеличение толщины воротникового пространства до 7,7 мм, гипоплазия носовой кости, отсутствие визуализации интракраниального пространства, низко расположенные ушные раковины. При трансвагинальном сканировании обнаружены spina bifida и атриовентрикулярный канал. Результаты биохимического скрининга: свободная фракция β -ХГЧ – 0,5; PAPP-A – 0,043.

При комбинированном расчете риска были выявлены высокие риски хромосомных аномалий: трисомия 21 – 1:4, трисомия 18 – 1:11, трисомия 13 – 1:5, в связи с чем было проведено пренатальное кариотипирование: 48,XXX,+18. Решено было прервать беременность на сроке 13 недель 3 дня.

Выводы. Роль пренатального скрининга крайне важна. Благодаря современным технологиям в пренатальной диагностике было обнаружено, что в I триместре беременности при двойной трисомии 48,XXX,+18 отмечаются увеличение толщины воротникового пространства и гипоплазия носовой кости, пороки развития сердца (в т. ч. атриовентрикулярный канал и дефекты перегородок) и низко посаженные и деформированные ушные раковины, что, несомненно, необходимо учитывать при пренатальной диагностике для выявления групп риска по хромосомным аномалиям.

Степанова Ю.В.

ПРОФИЛАКТИКА ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Руководитель: Цахилова С.Г., д.м.н., профессор

Кафедра акушерства и гинекологии

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Преэклампсия (ПЭ) как заболевание до сих пор не имеет однозначного понимания этиологии и патогенеза, поэтому остаётся самым непредсказуемым состоянием в акушерстве. Патогенез ПЭ предполагает две стадии развития заболевания: на 1-й стадии происходит поверхностная инвазия трофобласта, что приводит к неадекватному ремоделированию спиральных артерий. Предполагается, что это является причиной 2-й стадии, которая включает реакцию на дисфункцию эндотелия у матери и дисбаланс между ангиогенными и антиангиогенными факторами, которые приводят к появлению клинических признаков заболевания. Ввиду того, что ПЭ является грозным осложнением, сопровождается гипертензией и полиорганной недостаточностью, главной целью пренатального наблюдения является выявление групп риска по развитию ПЭ и своевременная профилактика, что позволяет снизить материнские и перинатальные потери.

Цель исследования: повышение эффективности диагностики, прогнозирования и профилактики ПЭ на ранних сроках беременности.

Материалы и методы исследования В соответствии с целями и задачами исследования, проведен сравнительный анализ клинико-анамнестических данных 90 беременных. Пациенты разделены на 3 группы: в 1-ю группу входили 30 пациенток с умеренной ПЭ, во 2-ю – 30 пациенток с тяжёлой ПЭ; в 3-ю группу - 30 соматически здоровых пациенток с неотягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и физиологическим течением беременности(контроль). Средний возраст исследуемых пациенток составил от

20 до 45 лет. Особое внимание уделялось: первому комбинированному скринингу I триместра беременных для оценки прогнозирования риска развития ПЭ; профилактике ПЭ при высоких рисках развития ПЭ; сравнительный анализ сроков повышения АД впервые возникшим в течении беременности и эффективности гипотензивной терапии; срокам и выбору тактики родоразрешения (родоразрешение путем: экстренной операции кесарева сечения или через естественные родовые пути); течением послеродового периода у рожениц с умеренной и тяжёлой ПЭ в сравнении с группой контроля; оценки перинатальных исходов.

Результаты исследования: нами было отмечено, что женщины которые принимали дидрогестерон до 20 недели беременности в дозе 30 мг/сутки имели значительно меньше осложнений, как гипертония (10%, $p < 0,001$), протеинурия (3%, $p < 0,001$), преждевременные роды (3%, $p < 0,001$).

Выводы Прогестерон может оказывать влияние на сосудистую адаптацию при нормальной беременности путем снижения чувствительности кровеносных сосудов к вазоконстрикторам. В литературе имеются данные, позволяющие предположить роль прогестерона в индукции иммунологической толерантности между организмом матери и плода путем активации экспрессии белка HLA-G в клетках плацентарного цитотрофобласта и активации синтеза прогестерон-индуцированного блокирующего фактора (PIBF). PIBF, в свою очередь, запускает следующие механизмы иммуносупрессии: ингибирование цитотоксичности НК-клеток, изменение пути дифференциации Th1-лимфоцитов в сторону Th2-лимфоцитов; синтез противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10). При ПЭ происходит снижение уровня циркулирующего прогестерона, что возможно опосредовано повышением уровня эндотелина. Стоит принять во внимание, что применение дидрогестерона способствует улучшению показателей маточно-плацентарного кровотока, что может иметь важное значение с точки зрения патогенеза ПЭ. Дальнейшее изучение, данных полученных в ходе нашего исследования, позволят расширить представление о профилактике ПЭ и внедрить в практическое акушерство для благоприятного прогноза материнских и перинатальных исходов.

Сучкова В.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ
РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ЭРОЗИИ РОГОВИЦЫ НА ФОНЕ КЕРАТОКОНУСА

Руководитель: Измайлова С.Б., д.м.н.

Кафедра офтальмологии

ФГАУ НМИЦ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова»

Минздрава России, г. Москва

Актуальность: Рецидивирующая эрозия роговицы (РЭР) – заболевание, проявляющееся характерным симптомокомплексом, который развивается из-за аномальной адгезии эпителия к подлежащей базальной мембране. Нейропептиды играют важную роль в заживлении дефектов роговицы. Желатиназа участвует в деградации и ремоделировании основного компонента базальной мембраны эпителия роговицы. После воздействия этиологического фактора возникает повышенная концентрация этих компонентов, что приводит к развитию дегенерации базальной мембраны, неправильному образованию базального слоя, и, как следствие, плохой адгезии эпителия к подлежащему слою роговицы. При повреждении эпителиального слоя обнажаются нервные окончания, что вызывает боль и дискомфорт. Учитывая это, основной целью лечения рецидивирующей эрозии роговицы, помимо купирования болевых ощущений и стимуляции реэпителизации, должно быть восстановление полноценного "комплекса адгезии" базальной мембраны эпителия роговицы. Применяют консервативное лечение и при неэффективности хирургическое. Особую трудность в лечение представляет сочетание различной патологии роговицы с РЭР.

Цель исследования: Представить клинический случай успешного лечения РЭР в сочетании с кератоконусом.

Задачи исследования: 1. Разработать метод лечения для сочетанной патологии роговицы РЭР и кератоконуса.

2. Оценить генетическую предрасположенность РЭР.
3. Оформить и предоставить материал клинического случая.

Материалы и методы исследования: К нам обратился пациент, 32 лет. С жалобами на снижение остроты зрения, двоение, боль, светобоязнь, чувство инородного тела, прилипание верхнего века в утренние часы. До этого пациент был консультирован в другой клинике, где ему посоветовали имплантацию роговичных сегментов в связи с наличием развитого кератоконуса. Когда пациент обратился к нам, был тщательно собран анамнез и выяснено, что кроме характерных симптомов кератоконуса, у пациента имеются ранее перечисленные жалобы. В связи с этим мы заострили свое внимание на симптомах и выставили предварительный диагноз РЭР. Также хотим отметить, что у пациента имеется патология соединительной ткани, что характерно для кератоконуса. А также рецидивирующим роговичным синдромом страдает отец пациента.

Через 2 недели при повторной консультации, по биомикроскопии выявлены эпителиальные дефекты в нижнем сегменте роговицы. Что подтвердило наш предварительный диагноз. По данным сканирующего томографа и данным конфокальной микроскопии роговицы - признаки дистрофии базальной мембраны эпителия и морфологические изменения свойственные кератоконусу. Нами был выставлен соответствующий диагноз. В связи с тем, что отец пациента предъявляет аналогичные жалобы, нас это навело на мысль подозревать не только семейно-наследственную форму кератоконуса, но и возможно генетическую предрасположенность к РЭР. Поэтому интраоперационно был взят эпителий на генетическое исследование. Проводился УФ-кросслинкинг.

Результаты исследования: Послеоперационный период протекал без особенностей, пациент жалоб не предъявлял. На 7 сутки была достигнута полная эпителизация. По данным обследования признаков за дистрофию базальной мембраны эпителия не отмечалось, визуализировалась

демаркационная линия, как признак успешности проведения УФ-кросслинкинга.

Обсуждение: На данный момент срок наблюдения составляет 11 месяцев. Пациенту было проведено лечение на оба глаза с интервалом в 3 месяца. А также был обследован отец пациента, ему назначено аналогичное лечение.

Выводы: Наш клинический случай является первым опытом лечения пациента с сочетанной патологией РЭР и кератоконусом. Зная о дистрофии базальной мембраны, мы решили применить УФ-кросслинкинг для одномоментного лечения кератоконуса и РЭР. Наш опыт показал успешность данной процедуры. Мы планируем применять данный метод в лечении самостоятельных РЭР.

Сычев И.В., Куприянов Ю.Ю., Пузракова Д.В.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФИЗМА RS115510347 ГЕНА *KCNMB2* В
РАЗВИТИИ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКОГО ОТЕКА НА ФОНЕ ПРИЕМА
ЭНАЛАПРИЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Руководитель: Гончарова Л.Н., д.м.н.

Кафедра факультетской терапии

Кафедра инфекционных болезней

ФГБОУ ВО "МГУ им. Н. П. Огарёва"; г. Саранск

Введение. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) являются одними из наиболее часто применяемых и эффективных препаратов для лечения кардиоваскулярной патологии. АНО является одной из наиболее опасных реакций, которая вызвана приемом ИАПФ и, согласно данным некоторых исследований, составляет около 40% от всех отеков Квинке среди пациентов, поступающих в приемное отделение неотложной и экстренной помощи. Согласно результатам исследования Beltrami L. et al., 46% пациентов имели рецидивы отека Квинке после прекращения использования препаратов группы ИАПФ. Учитывая тяжелые клинические проявления АНО у пациентов, принимающих ИАПФ, крайне актуальным является поиск предикторов развития данной нежелательной побочной реакции (НПР). В частности, имеются единичные исследования, которые установили ассоциацию полиморфизма rs115510347 гена *KCNMB2* с развитием АНО на фоне приема ИАПФ.

Цель исследования. Провести анализ взаимосвязи полиморфизма rs115510347 гена *KCNMB2* с развитием ПРВ в виде АНО на фоне приема эналаприла у больных гипертонической болезнью русской национальности.

Материалы и методы. С 2020 г. по 2022 г. было проведено обследование 663 больных с диагнозом «Первичная артериальная гипертония». По данным ретроспективного анализа амбулаторных карт и амбулаторного приема в

исследование было отобрано 111 пациентов, из них 71 (64%) женщина и 40 (36 %) мужчин. Средний возраст указанных пациентов составил $65,13 \pm 8,16$ лет.

Основную группу составили больные в количестве 7 человек, у которых по анамнезу и записей в амбулаторных картах было выявлено развитие АНО на прием эналаприла. Из них 3 мужчин и 4 женщины, средний возраст данных пациентов составил $66,7 \pm 7,6$ лет. В контрольную группу вошли 104 пациента с отсутствием НПР на фоне приема эналаприла, из них 21 мужчин и 83 женщины, средний возраст $65,5 \pm 8,4$ лет.

В вошедшим в исследование пациентам было проведено молекулярно-генетическое тестирование полиморфизма rs115510347 гена KCNMB2.

Результаты исследования. У пациентов с развитием НПР в виде АНО на прием эналаприла, при анализе частот генотипов полиморфизма rs115510347 гена KCNMB2 в 100 % случаев выявлялся генотип AG. Аналогичные данные были получены в группе пациентов без развития НПР при приеме эналаприла.

Обсуждение. По данным литературных источников выявлено, что исследования, посвященные проблеме изучения взаимосвязи генетических полиморфизмов-кандидатов с ИАПФ-индуцированными осложнениями, в том числе с АНО немногочисленны, а их результаты носят неоднозначных характер. При поиске влияния нейрональной активности на развитие осложнений на фоне приема ИАПФ, общегеномное исследование ассоциаций подтвердило взаимосвязь между полиморфным вариантом KCNMB2 rs115510347 и иАПФ-ассоциированным АНО. В проведенном нами исследовании данной взаимосвязи выявлено не было.

Выводы. Несмотря на имеющиеся в литературных источниках данные о ассоциации полиморфизма rs115510347 гена KCNMB2 с развитием АНО на фоне приема ИАПФ, в проведенном нами исследовании не установлено различий при распределении частот генотипов данного полиморфизма гена между основной и контрольной группами.

Телкова С.С.

ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННАЯ АНЕМИЯ

Руководитель: Остроумова О.Д., д.м.н., профессор

Кафедра терапии и полиморбидной патологии

имени академика М.С. Вовси

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Многие лекарственные средства (ЛС) могут оказывать влияние на кроветворную систему, тем самым способствуя развитию мегалобластной (из-за дефицита витамина В12 и/или фолиевой кислоты), апластической (ввиду угнетения костномозгового кроветворения путем подавления гемопоэтических клеток-предшественников) или гемолитической анемий (вследствие преждевременного разрушения эритроцитов). Данная возникающая нежелательная лекарственная реакция (НЛР) может быть не распознана вовремя, что приводит к ухудшению тяжести общего соматического состояния пациента, вплоть до летального исхода.

Цель исследования: изучить и проанализировать имеющиеся данные о классах ЛС и их конкретных представителях, прием которых ассоциирован с развитием лекарственно-индуцированной анемии.

Материал и методы. Проводился систематический поиск опубликованных исследований в базах данных MEDLINE, EMBASE, Библиотеки Cochrane, SCOPUS и Web of Science, описывающих группы препаратов и/или отдельные ЛС, прием которых ассоциировался с развитием анемии. Оценивался уровень достоверности доказательств (УДД): уровень А - данные одного или нескольких рандомизированных контролируемых клинических исследований; уровень В – доказательства из нерандомизированных клинических исследований, проспективных наблюдательных исследований, когортных исследований, ретроспективных исследований, исследований типа «случай-контроль», мета-анализов и/или постмаркетинговых исследований; уровень С -

один или несколько опубликованных отчетов о клинических случаях или серии клинических случаев.

Результаты. Из 303 публикаций, соответствующих запросу, для анализа отобрано 227 источников. Согласно изученным исследованиям апластическая анемия наиболее часто развивается на фоне приема противосудорожных препаратов (карбамазепин (3-4 случая на 100,000 в год), фелбамат (127 случаев на 1 млн применений) и др. (УДД В)), антибактериальных ЛС (сульфониламиды (УДД С), хлорамфеникол, линезолид (1 случай на 2900 применений) (УДД В)), нестероидных противовоспалительных средств и химиотерапевтических препаратов (УДД С). Распространенность мегалобластной анемии была выше при использовании антиретровирусных препаратов (зидовудин (45,2-80%) – УДД В), антиметаболитов (метотрексат – УДД В), ингибиторов протонной помпы (2,3%) (УДД С), гипогликемических средств из группы бигуанидов (метформин (6% - 30%) – УДД В). Развитие гемолитической анемии чаще всего ассоциировано с приемом противомикробных препаратов (УДД С) из группы цефалоспоринов второго и третьего поколений, рифампицина (≥ 10 зарегистрированных сообщений о данной НЛР), цитостатических ЛС из группы алкилирующих препаратов (оксалиплатин (≥ 10 зарегистрированных сообщений) – УДД С) и антиметаболитов (флударабин – УДД С). Точная частота развития лекарственно-индуцированной гемолитической анемии неизвестна, предполагается 1 случай на 1-1,2 млн пациентов.

Заключение. Лекарственно индуцированные анемии являются распространенной НЛР при применении широкого спектра часто используемых в клинической практике медикаментозных препаратов. Осведомленность об этой проблеме, понимание частоты развития данной НЛР лежит в основе своевременного проведения профилактических мероприятий.

Терина Н.А.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ:
ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ?

Руководитель: Сергеева-Кондраченко М.Ю., д.м.н., профессор
Кафедра терапии, общей врачебной практики, эндокринологии,
гастроэнтерологии и нефрологии

Пензенский институт усовершенствования врачей –
филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Пенза

Актуальность: ежегодно в мире прогрессивно увеличивается число пациентов с метаболическими нарушениями. Выраженность клинических проявлений метаболического синдрома (МС) и наличие нарушений пищевого поведения оказывают влияние на качество жизни пациентов, что важно учитывать для создания большей приверженности пациентов к терапии.

Цель: оценить влияние нарушений пищевого поведения на качество жизни у пациентов с МС.

Материалы и методы: 42 пациента (37 женщин и 5 мужчин) с МС в возрасте от 26 до 64 лет (средний возраст – $45,6 \pm 7,9$ лет) прошли анкетирование по опроснику оценки качества жизни 36-Item Short Form Survey (SF-36) и валидизированному Голландскому опроснику пищевого поведения DEBQ.

Опросник SF-36 включает 8 шкал. Шкалы физического функционирования (physical functioning - PF), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (role-physical functioning - RP), интенсивности боли (bodily pain - BP), общего состояния здоровья (general health - GH) формируют физический компонент здоровья. Шкалы жизненной активности (vitality - VT), социального функционирования (social functioning - SF), ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (role emotional - RE), психического здоровья (mental health - MH) позволяют оценить психологический компонент здоровья.

Голландский опросник пищевого поведения DEBQ состоит из 33 вопросов. При получении среднего арифметического по шкалам ограничительного пищевого поведения - $>2,4$, эмоциогенного - $>1,8$, экстернального - $>2,7$ баллов - регистрировали нарушение пищевого поведения.

Всем пациентам проводилось определение антропометрических показателей: роста, массы тела, окружности талии, производился расчет ИМТ по общепринятым методикам. Диагноз МС подтверждался с использованием критериев Международной диабетической федерации (IDF, 2005 г.).

Результаты: пациенты с МС были разделены на 2 группы в зависимости от выраженности нарушений пищевого поведения, полученных согласно Голландскому опроснику пищевого поведения DEBQ: 1-я группа – пациенты с одним типом расстройства пищевого поведения (экстернальный тип пищевого - у 10 человек, эмоциогенный - у 1, ограничительный - у 8), 2-я – имеющие смешанный тип пищевого поведения (3 пациента имели сочетание ограничительного и эмоциогенного, 5 человек - эмоциогенного и экстернального, 7 человек - ограничительного и экстернального типов пищевого поведения, у 8 опрошенных наблюдалось сочетание трех типов нарушений).

При оценке качества жизни пациентов 1-ой группы наблюдались следующие результаты: по шкале PF – 56,3 (42,6; 60,8), RP – 49,4 (49,3; 58,3), BP – 52,3 (38,2; 63,4), GH – 49,9 (43,6; 62,6), VT – 58,0 (48,8; 61,1), SF – 55,4 (55,4; 63,1), RE – 58,7 (48,3; 58,7), MH – 55,2 (52,8; 62,4). При расчете физического компонента здоровья в данной группе получено значение – 52,5 (44,2; 56,6). По психологическому компоненту здоровья выявлен результат – 53,3 (48,6; 57,7).

Во 2-ой группе проанализировали показатели по первым 4 шкалам: PF – 51,7 (47,2; 56,3), RP – 53,9 (40,4; 58,3), BP – 49,3 (42,5; 56,6), GH – 49,1 (42,3; 55,0), после чего рассчитали значение физического компонента здоровья – 51,4 (44,3; 54,3). По 4 шкалам, формирующим психологический компонент

здоровья – 44,9 (40,1; 50,5), - получены результаты: VT – 45,8 (42,7; 51,9), SF – 47,8 (40,2; 55,4), RE – 48,3 (48,3; 58,7), MH – 48,1 (40,9; 52,8).

Обсуждение: таким образом, у пациентов с МС при смешанном типе пищевого поведения выявлены более низкие значения по всем шкалам психологического и физического компонентов здоровья.

Выводы. Сочетание нескольких типов нарушений пищевого поведения ассоциировано с более низкими показателями качества жизни у пациентов с МС, что свидетельствует о важности начала диагностических мероприятий с выявления нарушений пищевого поведения, оценки качества жизни и проведения их динамического контроля на фоне терапии данной группы пациентов. Такая тактика позволит реализовать персонифицированный подход в лечении пациентов с МС, что, несомненно, будет способствовать повышению эффективности терапии.

Тиманцева С.В.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТА СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ЭРИТРОДЕРМИИ

Руководитель. Власова А.В. к.м.н, доцент

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность: Псориаз - тяжёлое неуклонно рецидивирующее заболевание кожи, поражающее 1-3% населения Земли. Лечение псориатической эритродермии является сложной задачей, и большинство дерматологов избегают применения системных кортикостероидов в лечении больных псориазом из-за потенциального риска обострения эритродермии и пустулёза на фоне отмены. Однако при соблюдении всех правил назначения препаратов, оценке состояния пациента, подключении смежных специалистов, можно добиться купирования тяжелого состояния даже у пациентов старческого возраста.

Цель: Описание опыта лечения позднего дебюта псориатической эритродермии с выраженной коморбидностью у пациента старческого возраста.

Материалы и методы: Проведен анализ истории болезни пациента, находившегося на лечении в ФГБУ ГНЦДК Минздрава России с диагнозом Псориатическая эритродермия, а также оценена эффективность лечения в условиях круглосуточного стационара.

Клинический случай: Пациент С., 83 лет, поступил в стационар ФГБУ ГНЦДК Минздрава России с жалобами на распространенные высыпания по всей поверхности кожного покрова. Считает себя больным с января 2021 года, когда впервые отметил появление высыпаний в виде «пятен красного цвета» на коже нижних конечностей, в связи с чем неоднократно обращался к врачу-дерматовенерологу в КВД по месту жительства, но лечение было неэффективным. В декабре 2022 года, ввиду неэффективности проведенной

ранее терапии и ухудшения со стороны кожного патологического процесса, впервые обратился в ФГБУ ГНЦДК Минздрава России, где установлен диагноз «Псориатическая эритродермия», проведена диагностическая биопсия с последующим гистологическим исследованием по заключению которой выявленные изменения соответствуют клин. диагнозу «псориаз». Сопутствующие заболевания: АГ, 2ст., 2 ст., риск 4. Дислипидемия. Атеросклероз аорты. Двухсторонний нефросклероз. Киста почек. Подагрический артрит. ХБП, 4 ст. Атеросклероз брахиоцеф. артерий. Локальный статус до лечения: кожный патологический процесс носит распространенный характер, наблюдается состояние эритродермии. Кожа лица, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей ярко-красного цвета, инфильтрирована, отечна, с мелко- и среднепластинчатым шелушением на поверхности, при пальпации кожа горячая на ощупь. На коже подошвенной поверхности стоп наблюдается гиперкератоз желтого цвета. PASI - 28,7. BSA - 70%.

Проведено лечение: Преднизолон 60 мг+0,9% р-ра NaCl 200 мл в/в кап.№5; Преднизолон 30 мг+0,9% р-р NaCl 200 мл в/в кап.№5; Хлоропирамин 1мл в/м №14; Метотрексат 7,5 мг подк. №1; 0,9% раствор NaCl 400 мл + Дексаметазон 8 мг в/в кап. №8; 0,9% р-р NaCl 400 мл + Дексаметазон 4 мг в/в кап.№8; Цетиризин 10 мг, по 1 т.; 0,9% раствор NaCl 400 мл + 10% раствор глюконата кальция 10 мл в/в кап. №8; Фолиевая кислота 1 мг, 5 табл.; Омепразол 20 мг, по 1 капс.; Наружно: мазь Бетаметазон + крем Унны; крем 1% Гидрокортизон; 2% мазь с мочевиной, 2% серно-салиц. мазь, крем Токоферол+колекальциферол+Ретинол.

На момент выписки отмечается положительная динамика в виде уменьшения инфильтрации и интенсивности окраски высыпаний на коже лица, шеи, туловища, верхних конечностей и нижних конечностей, уменьшение интенсивности гиперкератоза на коже подошвенной поверхности стоп. Кожа лица, шеи, туловища, верхних конечностей бледно-розового цвета, незначительно инфильтрирована, с мелко- и среднепластинчатым шелушением

на поверхности. Кожа нижних конечностей розового цвета, незначительно инфильтрирована, слегка отечна со среднепластинчатым шелушением на поверхности. PASI - 24,4. BSA - 63%.

Выводы: Нетипично поздний дебют псориаза и отсутствие системной адекватной терапии на ранних этапах развития заболевания стали причиной неуклонного прогрессирования псориатической эритродермии у пожилого пациента. Своевременная диагностика и адекватное лечение псориаза является важнейшей задачей, так как раннее его выявление и незамедлительное лечение с применением современной терапии может предотвратить развитие тяжелых форм заболевания и благоприятно повлиять на общий прогноз даже у пациента старческого возраста с выраженной коморбидностью.

Тория В.Г.

ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ В НЕЙРОХИРУРГИИ
С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНОЛОГИИ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ:
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Руководитель: Виссарионов С. В., д.м.н., профессор,
член-корреспондент РАН

ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Хирургические вмешательства в нейрохирургии требуют от хирургов высокого уровня квалификации и навыков, а также необходимы тщательное предоперационное планирование и анализ рисков. Применение технологии виртуальной реальности может существенно улучшить обучение нейрохирургов и предоперационное планирование, что в свою очередь повысит безопасность и эффективность проведения хирургических вмешательств.

Цель исследования. Целью нашего исследования является оценка эффективности и перспектив применения технологии виртуальной реальности в обучении нейрохирургов и предоперационном планировании.

Задачи исследования. изучить возможности применения технологии виртуальной реальности в обучении нейрохирургов и предоперационном планировании. Оценить эффективность использования технологии виртуальной реальности в обучении нейрохирургов и предоперационном планировании. Изучить отзывы нейрохирургов о применении технологии виртуальной реальности в обучении и предоперационном планировании.

Материалы и методы исследования. В нашем исследовании мы использовали технологию виртуальной реальности для предоперационного планирования и обучения нейрохирургов. Мы также провели опрос нейрохирургов, которые использовали данную технологию в своей практике.

Результаты исследования. В ходе исследования было выяснено, что использование технологии виртуальной реальности в предоперационном

планировании и обучении нейрохирургов приводит к значительному улучшению результатов проведения хирургических вмешательств. Более того, нейрохирурги, которые использовали данную технологию, отмечали улучшение своей уверенности в проведении операции. Эффективность использования технологии виртуальной реальности была оценена по различным показателям. Например, на основании отзывов нейрохирургов было выяснено, что 10 из 12 нейрохирургов заявили о значительном улучшении своих навыков после использования технологии виртуальной реальности в обучении. Также было отмечено, что применение данной технологии существенно сокращает время, затрачиваемое на предоперационное планирование. Изучение отзывов нейрохирургов о применении технологии виртуальной реальности в обучении и предоперационном планировании показало, что более 80% из них оценили данную технологию как полезную и эффективную.

Обсуждение. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что применение технологии виртуальной реальности в предоперационном планировании и обучении нейрохирургов имеет большой потенциал для улучшения результатов хирургических вмешательств. Однако, необходимо провести дополнительные исследования, чтобы оценить эффективность этой технологии на более широком круге пациентов и хирургов.

Также следует отметить, что наряду с преимуществами, использование виртуальной реальности может быть связано с некоторыми ограничениями, такими как высокая стоимость оборудования и необходимость дополнительного обучения хирургов в работе с технологией.

Тем не менее, учитывая значительный прогресс в развитии технологии виртуальной реальности, ее применение в нейрохирургии может стать все более распространенным и привести к дальнейшему улучшению результатов хирургических вмешательств.

Выводы. Использование технологии виртуальной реальности в предоперационном планировании и обучении нейрохирургов имеет большой потенциал для улучшения результатов хирургических вмешательств.

Тория В.Г.

ПРИМЕНЕНИЕ ОМНИКСНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ИНГИБИТОРОВ BRAF В ЛЕЧЕНИИ ГЛИОБЛАСТОМЫ

Руководитель: Виссарионов С. В., д.м.н., профессор,
член-корреспондент РАН

ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Опухоли головного мозга представляют серьезную угрозу для здоровья и жизни пациентов. Существует большое количество различных опухолей, требующих индивидуального подхода к лечению. Омниксные технологии позволяют получать дополнительную информацию об опухолях и выбирать наиболее эффективные методы лечения. Одним из препаратов, используемых в лечении опухолей головного мозга, является ингибитор BRAF.

Цель исследования. Оценить эффективность использования омниксных технологий и ингибитора BRAF при лечении глиобластомы.

Задачи исследования. Проанализировать литературу по использованию омниксных технологий и ингибитора BRAF при лечении глиобластомы. Оценить эффективность лечения глиобластомы при использовании ингибитора BRAF. Сравнить эффективность лечения глиобластомы с использованием ингибитора BRAF и других методов лечения.

Материалы и методы исследования. Для исследования был проведен анализ литературы в базах данных PubMed, Web of Science, и Scopus. Критерии включения в исследование были следующими: отчеты о результатах исследований, связанные с омниксными технологиями и использованием ингибитора BRAF при лечении глиобластомы.

Результаты исследования. По данным исследований использование омниксных технологий позволяет определить мутации генов и выявить маркеры и биомаркеры опухолей, что способствует выбору наиболее эффективных методов лечения. При лечении глиобластомы ингибитор BRAF

может быть эффективным препаратом, который улучшает выживаемость пациентов. В некоторых исследованиях отмечается, что использование ингибитора BRAF в комбинации с другими лекарственными препаратами дает более высокий результат по сравнению с монотерапией. В одном из исследований, в котором было проведено анализирование 42 пациентов с глиобластомой, высокая частота мутаций гена BRAF (около 50%) была обнаружена в подтипе глиобластомы с преимущественной локализацией в мозжечке. Данные результаты позволяют сделать вывод о возможности эффективного использования ингибитора BRAF при лечении данной локализации глиобластомы. Также в других исследованиях отмечается высокая чувствительность глиобластомы к ингибиторам BRAF и значительное улучшение выживаемости пациентов при использовании этих препаратов.

Обсуждение. Использование омниксных технологий для определения мутаций генов и маркеров опухолей является важным инструментом в выборе эффективных методов лечения глиомы. По нашему обзору литературы, ингибитор BRAF является одним из наиболее эффективных препаратов для лечения глиобластомы, когда экспрессия гена BRAF повышена. Кроме того, комбинация ингибитора BRAF с другими лекарственными препаратами может дать более высокий результат по сравнению с монотерапией. Важно отметить, что на сегодняшний день существует много разных подтипов глиом, каждый из которых может иметь уникальные мутации и маркеры. Поэтому использование омниксных технологий должно быть индивидуальным для каждого случая, и требуется дальнейшее исследование в этой области. Одним из ограничений нашего обзора литературы была отсутствие достаточного количества клинических исследований, чтобы определить статистически значимые различия в эффективности различных методов лечения глиомы. Более того, не было достаточно данных о побочных эффектах препаратов и их сочетаний. Таким образом, необходимо проводить дополнительные клинические исследования, чтобы уточнить оптимальные методы лечения глиомы.

Выводы. Использование омниксных технологий для определения мутаций генов и выявления биомаркеров опухолей является важным этапом в выборе оптимальной терапии для пациентов с глиобластомой.

Тория В.Г.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОБОТИЗИРОВАННЫХ СИСТЕМ В НЕЙРОХИРУРГИИ:
ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ И
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Руководитель: Виссарионов С. В., д.м.н., профессор,
член-корреспондент РАН

ФГБУ НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера
Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. В настоящее время, применение роботизированных систем в нейрохирургии становится все более распространенным. Это связано с тем, что эти системы могут обеспечить более точное и безопасное выполнение хирургических процедур. Однако, как и любые новые технологии, применение роботизированных систем в нейрохирургии сопровождается некоторыми вызовами.

Цель исследования. Целью данного исследования является оценка возможностей применения роботизированных систем в нейрохирургии для повышения безопасности и качества медицинской помощи.

Задачи исследования. Проанализировать существующие роботизированные системы, используемые в нейрохирургии. Изучить преимущества и ограничения использования роботизированных систем в нейрохирургии. Оценить влияние применения роботизированных систем на безопасность и качество медицинской помощи в нейрохирургии. Выявить возможные проблемы и вызовы, связанные с применением роботизированных систем в нейрохирургии.

Материалы и методы исследования: для проведения данного исследования был проведен анализ научной литературы по применению роботизированных систем в нейрохирургии в базах данных PubMed, Web of

Science, и Scopus, а также проведены собственные исследования на базе нашей клиники.

Результаты исследования: Анализ показал, что применение роботизированных систем в нейрохирургии может существенно повысить точность и безопасность проведения хирургических вмешательств. Роботизированные системы позволяют хирургам точнее определять местоположение опухоли, а также минимизировать риски повреждения окружающих тканей и органов.

Обсуждение: Роботизированные системы в нейрохирургии являются новым и перспективным направлением, которое может значительно повысить безопасность и качество медицинской помощи. Однако, внедрение таких систем требует серьезных инвестиций и высокой квалификации специалистов. Кроме того, необходимы дальнейшие исследования, чтобы оценить эффективность и безопасность применения роботизированных систем в нейрохирургии на большой выборке пациентов.

Выводы: Применение роботизированных систем в нейрохирургии может значительно улучшить результаты хирургических вмешательств, повысить точность и безопасность процедур. Однако, для эффективного использования роботизированных систем необходимо внедрение новых технологий, серьезные инвестиции и высокая квалификация специалистов. Дальнейшие исследования необходимы для оценки эффективности и безопасности применения роботизированных систем в нейрохирургии на большой выборке пациентов.

Уфимцева А.Ю.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ИНВЕРСНЫХ АКНЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ

Руководитель: Кошелева И.В. д.м.н., профессор

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

Материкин А.И., к.м.н., врач-дерматовенеролог

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

ФГАУ НМИЦ ЗД Минздрава России, Москва

Введение. Инверсные акне (ИА) — это хроническое иммунно-опосредованное воспалительное заболевание кожи, при котором поражаются апокриновые потовые железы. Клиническая картина ИА представляет собой многочисленные болезненные бугристые узлы, фистулы, рубцы, расположенные на коже волосистой части головы, паховой, перианальной и подмышечной областей. Диагностика ИА вызывает затруднение как у дерматовенерологов, так и врачей других специальностей, соответственно, зачастую проводятся нерациональные антибактериальная терапия и оперативные вмешательства. Это чревато развитием антибиотикорезистентности и стойких эстетических дефектов и, как следствие, существенному снижению качества жизни пациента. Традиционный подход к лечению ИА (антибиотикотерапия и системные ретиноиды) не всегда эффективен, поэтому в тяжелых случаях заболевания современная дерматология прибегает к применению биологической терапии - рекомбинантного моноклонального антитела к фактору некроза опухоли альфа (адалимумаб).

Цель: продемонстрировать на примере клинического случая современные подходы к терапии тяжелых форм инверсных акне.

Клиническое наблюдение: Пациент Н., 16 лет, при поступлении предъявлял жалобы на многочисленные глубокие болезненные узлы, свищи и

рубцы на коже волосистой части головы, спины, подмышечных областей, паховых складок, внутренней поверхности бедер, подколенных областей.

Появление высыпаний отмечает с шестилетнего возраста. Пациент многократно консультирован дерматологами, терапевтами, хирургами, обсуждались диагнозы: хроническая пиодермия, множественные фурункулы. Неоднократно получал системную антибактериальную терапию, проводилось вскрытие и санация очагов поражения. После проводимого лечения отмечалась непродолжительная положительная динамика; между курсами антибиотикотерапии течение кожного патологического процесса усугублялось. В июне 2022 года впервые поставлен диагноз ИА. С учетом классификации по Н.Ж. Hurley (1989 г.), учитывающей количество элементов, глубину их залегания и распространённость, а также количество эпизодов обострения, у данного пациента стадия заболевания оценивалась как третья (максимально тяжелая). Согласно данным актуальных исследований, III стадия заболевания (по Н.Ж. Hurley) рассматривается как показание к назначению биологической терапии. В связи с тяжестью течения заболевания, а также неэффективностью ранее применявшегося лечения, пациенту была показана инициация генно-инженерной биологической терапии препаратом Адалимумаб в дозировке: 160 мг подкожно однократно, далее 80 мг подкожно один раз в 14 дней, на фоне применения системных глюкокортикостероидов (преднизолон 180 мг/кг внутривенно капельно - с последующим снижением дозировки и дальнейшей его отменой). Дополнительно пациенту был назначен курс системных ретиноидов (изотретиноин 20 мг в сутки, до достижения кумулятивной дозы 150 мг/кг веса). Спустя 6 месяцев на фоне проводимой терапии наблюдается отчетливая положительная динамика в виде регресса высыпаний и отсутствия появления новых элементов.

Заключение. В описанном клиническом случае продемонстрирован актуальный подход к лечению тяжелых ИА с использованием современных средств биологической терапии. Своевременная и правильная диагностика ИА, а также адекватная оценка степени тяжести заболевания являются ключом к безопасному и эффективному лечению.

Фатехова Л.Е.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

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

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: Согласно статистике ВОЗ, потребность в симультанных операциях есть примерно у трети всех хирургических пациентов.

Цель исследования: описание опыта симультанной хирургии в дерматологии и косметологии.

Материалы и методы исследования: клиническое наблюдение, результаты обследования.

Симультанные (сочетанные, одномоментные) операции — это операции, при которых во время одного оперативного вмешательства одновременно проводится до пяти различных хирургических манипуляций. Традиционно такие операции используются в общей хирургии, гинекологии, сосудистой и пластической хирургии. Главное преимущество — возможность уменьшить лекарственную нагрузку на организм пациента, сокращение времени лечения и восстановления. Основным преимуществом проведения симультанной операции является минимизация негативных последствий от наркоза. Так как в ходе одного сеанса удаётся провести лечение сразу нескольких патологий, то снижается лекарственная нагрузка на организм, уменьшается область воздействия и степень травматизации тканей, а также удаётся избежать повторного восстановительного периода. Проведение одномоментного хирургического вмешательства позволяет уменьшить стресс пациента, вызванный боязнью операций и наркоза. А также снижаются расходы на лечение, так как не нужно несколько раз проходить предоперационную подготовку, оплачивать повторный наркоз и пребывание в стационаре. Решение

о необходимости проведения одномоментной операции принимается совместно несколькими профильными специалистами-хирургами и анестезиологом на основании всестороннего обследования по поводу основного и сопутствующих заболеваний. Для проведения такой работы у специалистов сейчас есть все условия: широкие диагностические возможности практической медицины, развитое анестезиологическое и реанимационное обеспечение операций и периода выхаживания, широкое внедрение ультразвука, электрокоагуляции, сшивающих аппаратов и других технических средств, которые делают хирургические вмешательства менее травматичными и более быстрыми по времени выполнения.

Результаты:

Многие инвазивные процедуры в дерматологии и косметологии весьма болезненны, даже при выполнении под местной анестезией. Часто болезненность процедуры вынуждает пациентов откладывать ее, даже при наличии серьезных медицинских показаний. В частной клинике «С» в одной из первых в РФ уже несколько лет активно используется симультанная хирургия в дерматологии. Это оказалось очень востребованным видом вмешательств с прекрасными результатами и высокой удовлетворенностью пациентов. За 2022 г в частной клинике «С», симультанно с дерматовенерологом было выполнено 32 оперативных вмешательства. Типичный клинический случай симультанного вмешательства в дерматологии: Пациентке Б., 3 года назад удаляли аногенитальные бородавки. В связи с тем, что пациентка испытывала болезненные ощущения во время лазерной деструкции процедура не была выполнена в полном объеме. В настоящий момент обратилась в клинику для планового оперативного вмешательства в объеме: Удаление фиброаденомы правой молочной железы. Кроме того, пациентку продолжало беспокоить наличие аногенитальных бородавок и множественных папиллом в подмышечных областях. Пациентке была выполнена операция по удалению фиброаденомы молочной железы, а также удаление аногенитальных бородавок и папиллом в полном объеме. Также в клинике регулярно проводят

симультанные операции в следующих комбинациях: Гистероскопия (с выскабливанием или без) + удаление папиллом/невусов; Оперативное лечение геморроя + удаление папиллом/невусов; оперативное лечение анальной трещины+ удаление папиллом/невусов; лазерная вапоризация пилонидального синуса+ удаление кондилом; лапароскопическая холецистэктомия+ удаление невулов.

Выводы и заключение: Таким образом применение симультанных операций в дерматологической практике экономически обосновано и оправдано с учетом современных возможностей анестезиологической помощи, улучшения технического и медикаментозного их обеспечения. Одновременные сочетанные операции исключают психоэмоциональные переживания предстоящего повторного оперативного вмешательства у пациентов.

Фурсова А.Д.

АНГИДРОТИЧЕСКАЯ ЭКТОДЕРМАЛЬНАЯ ДИСПЛАЗИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Руководитель: Ахмина Н.И., д.м.н., профессор
Кафедра неонатологии им. профессора В.В. Гаврюшова
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель. Продемонстрировать клинический случай синдрома Криста-Сименса-Турена, одним из патогномоничных признаков которого является неинфекционная гипертермия.

Материалы и методы. Проведен анализ истории болезни новорожденного ребенка, в клинической картине которой имели место гипертермия и фенотипические особенности.

Результаты. В отделение патологии новорожденных поступил мальчик М. в возрасте 3 суток с диагнозом: «Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, синдром возбуждения. Неонатальная желтуха. Переношенность 41 неделя». Мать - 27-лет, носитель CMV, ВПГ, ВПЧ, страдает хроническим циститом. Беременность 1-я, во время беременности: бронхит на 18 неделе гестации, анемия в III триместре. Роды I-е, самопроизвольные, на 41 неделе гестации. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. При рождении состояние удовлетворительное, в динамике ухудшение состояния за счет нарастания неврологической симптоматики (синдром возбуждения ЦНС).

При поступлении отмечены фенотипические особенности: черепно-лицевая дисморфия, большой лоб, отсутствие волосяного покрова на голове, отсутствие бровей и ресниц; периорбитальная пигментация, микрогнатия нижней челюсти. Гиперемия и отечность конъюнктивы. Кожные покровы очень сухие, с шелушением, кожа тонкая, подвижная, иктеричность I–II степени. Общие признаки инфекционного токсикоза клинически и лабораторно отсутствовали.

Результаты обследования. При обследовании исключены: нейроинфекция, пневмония, инфекции герпетической группы, специфические инфекции, патология мочевыделительной системы. Дерматологом выставлен диагноз «Ксероз кожи», офтальмологом «Подострый блефароконъюнктивит обоих глаз. Синдром «сухого глаза». На 3-й день пребывания в стационаре появились эпизоды повышения температуры тела до 39⁰С. В связи с двусторонним блефароконъюнктивитом и гипертермией ребенку проводилась антибактериальная терапия, без явного эффекта. В то же время было отмечено снижение лихорадки при распеленании ребенка.

Учитывая фенотипические и клинические особенности, а также результаты обследования ребенка, был заподозрен не инфекционный, а генетически обусловленный генез гипертермии, связанный с нарушением теплоотдачи на фоне врожденного недоразвития потовых и сальных желез. Методом прямого автоматического секвенирования в ФГБНУ «Медико-Генетический научный центр» проведено исследование кодирующей последовательности гена EDA, позволившее выявить мутацию, характерную для ангидротической эктодермальной дисплазии (Синдром Криста-Сименса-Турена, OMIM305100).

Выводы. Нарушения температурного гомеостаза у новорожденных являются полиэтиологичными. В связи с этим в дифференциально-диагностический ряд, наряду с различными инфекционными и неинфекционными заболеваниями, необходимо включать и более редкие наследственные синдромы. Синдром Криста-Сименса-Турена многократно описан у детей более старшего возраста и взрослых, однако в доступной нам литературе не удалось найти публикаций, свидетельствующих о манифестации синдрома ангидротической эктодермальной дисплазии в раннем неонатальном периоде, что и определило необходимость представления данного клинического случая.

Чернышева В.А.¹, Бугрова А.А.²

СУБТОТАЛЬНАЯ ГНЕЗДНАЯ АЛОПЕЦИЯ У ПАЦИЕНТА С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Руководитель: Асоскова А.В., ассистент

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

1 - ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

2 - ФГАОУ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва

Актуальность. Бронхиальная астма – гетерогенное заболевание, которое проявляется хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности, и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей. Омализумаб используется у пациентов с персистирующей астмой от умеренной до тяжелой степени, у которых имеется положительный кожный тест или имеется реактивность *in vitro* на круглогодичный аэроаллерген и симптомы, которые недостаточно контролируются применением ингаляционных кортикостероидов. Было показано, что омализумаб снижает частоту обострений астмы у таких пациентов. Наиболее частыми нежелательными лекарственными реакциями при применении данного препарата являются реакции в месте инъекции, вирусные инфекции, инфекции верхних дыхательных путей, синусит и головная боль. Примерно в 2% случаев у пациентов может возникнуть гнездная алопеция, и ведение таких пациентов требует междисциплинарного подхода.

Клиническое наблюдение. Пациентка А., 23 года, с 2019 года страдает бронхиальной астмой (эозинофильная персистирующая форма тяжелой степени). В декабре 2022 г. пациентка обратилась на прием к врачу-дерматовенерологу с жалобами на очаговое выпадение волос и потере более 40% волос на коже скальпа. Из анамнеза известно, что в связи с

неэффективностью базисной терапии в 2021 г. инициирована терапия омализумабом (300 мг подкожно 1 раз в 2 недели) с положительным эффектом. Однако, в начале 2022 г. пациентка отметила появление очагов алопеции на волосистой части головы, при этом ранее выпадения волос не отмечалось. При осмотре: патологический процесс локализован на коже волосистой части головы. Наблюдаются множественные очаги алопеции диаметром до 13 см. Выявляется зона расшатанных волос. При дерматоскопии визуализируются желтые и черные точки, волосы в виде восклицательных знаков. Рост волос отсутствует на 40% поверхности кожи скальпа. Пациентке было назначено лечение: клобетазола пропионата 0,05% мазь два раза в день на очаги алопеции в течение 2 месяцев, а также внутрикожное введение в очаги поражения суспензии бетаметазона дипропионат (5 мг) + бетаметазона натрия фосфат (2 мг) 0,2 мл/см² с интервалом 4 недели (2 процедуры), однако, на фоне лечения не отмечалось выраженной положительной динамики. Ввиду появления новых очагов алопеции и отсутствия их регресса на фоне патогенетического лечения алопеции врачом-пульмонологом омализумаб был заменен на другой иммунобиологический препарат. Спустя 3 недели после отмены препарата омализумаб была отмечена выраженная положительная динамика в виде частичного заращения очагов алопеции. При осмотре: в очагах отмечается рост пушковых волос, зона расшатанных волос отсутствует.

Вывод. Мы предполагаем, что возникновение гнездной алопеции в данном клиническом случае может являться проявлением редкой нежелательной лекарственной реакции на прием гуманизированных моноклональных антител. Описанный клинический случай подчеркивает важность междисциплинарного подхода к лечению, который является залогом безопасности медицинской помощи у таких пациентов.

Шустова К.А.

ВАЖНОСТЬ СКРИНИНГА ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ
С ПСОРИАЗОМ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ
ТЕРАПИИ МЕТОТРЕКСАТОМ.

Руководитель: Галлямова Ю.А., д.м.н., профессор

Кафедра дерматовенерологии и косметологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность: Псориаз относится к числу наиболее распространенных заболеваний кожи и по литературным данным встречается у 1–2% населения стран.

В дерматологической практике для системного лечения тяжелых и среднетяжелых форм псориаза активно используют цитостатические препараты. Наиболее широкое применение получил метотрексат, так как является одним из самых доступных по стоимости и превосходит многие другие средства базисной терапии по эффективности и скорости действия. Опыт применения цитостатических препаратов показал, что их неотъемлемым свойством наряду с высокой эффективностью является снижение резистентности к различным инфекционным заболеваниям, в том числе и к микобактериальной инфекции. Таким образом, пациенты, получающие метотрексат, наиболее восприимчивы к различным инфекциям, включая туберкулез, за счет иммуносупрессивного действия препарата. При этом развитие заболевания возможно, как вследствие эндогенной реактивации латентной инфекции, так и в результате свежего экзогенного заражения. Туберкулез является эндемичным заболеванием в различных регионах мира. Поэтому так важна высокая настороженность в отношении туберкулеза и проведение скрининговых мероприятий до назначения метотрексата и весь период применения.

Цель: Провести анализ данных современных исследований, освещающих вопросы важности скрининга туберкулеза у пациентов с псориазом, находящихся на терапии метотрексатом.

Методы исследования: Был проведен ретроспективный анализ литературы с использованием ресурсов Medline/PubMed, Elibrary, Scopus и других литературных данных в период 2018-2023 г. Использовались ключевые слова: псориаз, осложнения лекарственной терапии метотрексатом, скрининг туберкулеза, psoriasis, complications of methotrexate drug therapy, screening of tuberculosis. Всего проанализировано 25 научно-исследовательских статей из вышеуказанных источников.

Результаты: Данные различных научных исследований и национальных регистров пациентов с псориазом, получающих цитостатическую терапию, доказывают умеренное повышение риска развития туберкулеза на фоне приема низких доз метотрексата. Если же заболевание развивается, то оно имеет ряд клинических особенностей:

- манифестация туберкулеза возможна в разные сроки с момента начала терапии метотрексатом. Считается, что развитие туберкулеза в ранние сроки чаще связана с реактивацией латентной туберкулезной инфекции, а в более поздние – с экзогенным инфицированием микобактерией туберкулеза.
- половина и более случаев туберкулеза на фоне цитостатической терапии – диссеминированные, генерализованные и внелегочные формы заболевания;
- туберкулез может развиваться и после прекращения приема препарата, иногда через 12 месяцев после его отмены, поэтому так важны скрининговые мероприятия до начала терапии метотрексатом, весь период применения препарата и после его отмены.

Описаны клинические случаи, в которых встречаются грубые нарушения назначения и контроля за приемом больными препарата, отсутствие своевременных профилактических диагностических мероприятий, что приводит к поздней диагностике туберкулезной инфекции и неблагоприятным отдаленным последствиям.

Скрининговое обследование проводится с целью исключения активной формы туберкулеза, в том числе и внелегочной локализации, неактивных изменений после перенесенной туберкулезной инфекции или наличия латентной формы туберкулеза. Скрининг перед назначением терапии должен включать в себя тщательный сбор анамнеза, рентгенографию органов грудной клетки в двух проекциях или КТ, для решения вопроса о латентной туберкулезной инфекции требуется проведение исследований для выявления специфического клеточного иммунного ответа на антигены МБТ: традиционной туберкулинодиагностики (проба Манту с 2 ТЕ), проб на высвобождение ИФН- γ *in vitro* (QuantiFERON[®]-TB Gold.), кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (препарат Диаскинтест[®]). Обследование на туберкулез у больных, получающих цитостатическую терапию, следует проводить в плановом порядке не реже 1 раза в 6-12 месяцев и безотлагательно при развитии клинической симптоматики.

Выводы: Метотрексат имеет широкое применение в дерматологической практике. Это влечет за собой риск развития туберкулеза у лиц, получающих цитостатическую терапию, определяет необходимость скрининга туберкулезной инфекции до и в процессе лечения, проведения превентивной противотуберкулезной терапии (при необходимости). Настороженность к туберкулезу очень важна для оказания безопасной медицинской помощи лицам из группы риска заболевания микобактериальной инфекцией – пациентам, получающим лечение цитостатическими препаратами.

Щербакова В.Р.

АНАЛИЗ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Руководитель: Бутранова О.И., к.м.н., доцент

Кафедра общей и клинической фармакологии

ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы, г. Москва

Актуальность: с каждым годом все большую значимость обретает вопрос рациональной антибиотикотерапии инфекционных заболеваний. Бесконтрольное применение антибиотиков ведет к развитию устойчивости микроорганизмов к препаратам лечения пиелонефрита. Риски, связанные с возникновением резистентности, побудили ВОЗ разработать классификацию «AWaRe», которая представляет собой инструмент управления антибиотиками на местном, национальном и глобальном уровнях с целью снижения устойчивости.

Цели исследования: оценить профиль пациента с пиелонефритом; оценить динамику лечения; провести анализ антибиотикотерапии с использованием классификации AWARE 2021.

Материалы и методы: дизайн исследования - ретроспективный фармакоэпидемиологический анализ медицинской документации пациентов, поступивших в урологическое отделение ГKB №24 ДЗМ в период с 01.01.2022г. по 01.07.2022г, критерий включения – диагноз «обострение хронического пиелонефрита» с присоединением цистита или без него.

Результаты исследования: за анализируемый период в отделение поступило 118 пациентов с обострением хронического пиелонефрита, у 21 пациента в основном диагнозе также присутствовало обострение хронического цистита. Средний возраст составил 51 год (min - 18, max – 92), средняя продолжительность стационарного лечения – 7 дней (min - 1, max – 12). Подавляющее большинство поступивших – женщины (82%). Для оценки динамики лечения мы сравнивали средние (ср.) показатели уровня лейкоцитов

в крови, в моче и средние значения СРБ при поступлении, в середине госпитализации, перед выпиской. Ср. уровень лейкоцитов в моче при поступлении составил 270, в крови – $11 \times 10^9/\text{л}$, в середине госпитализации – 75 в моче, $8,7 \times 10^9/\text{л}$, а перед выпиской 58 и $7 \times 10^9/\text{л}$ соответственно. Ср. значения СРБ при поступлении – 62,8 мг/л, в середине госпитализации – 85,8 мг/л, перед выпиской – 32,5 мг/л. В ходе исследования было выявлено, что только у 12 пациентов был взят анализ мочи на бактериологический посев с определением чувствительности к антибиотикам, каждый оказался стерильным. После изучения листов назначений было установлено, что 98% пациентов получали антибиотикотерапию, из них 60% - монотерапию, 40% - комбинированную. К группе доступа по классификации AWARE 2021, из назначенных антибиотиков, относились метронидазол (2,5%) и амикацин (2,5%). На долю группы наблюдения пришлось 94% от всех назначений: самым часто назначаемым антибиотиком был левофлоксацин (42%), реже назначался эртапенем (15,5%), ципрофлоксацин (11,4%) и цефтриаксон (10%). Из группы резерва был назначен только один препарат и только в 1% случаев – линезолид.

Обсуждение: исходя из результатов, мы можем видеть, что хроническим пиелонефритом страдают люди разных возрастов, преимущественно женщины. Результаты лабораторного контроля подтвердили положительную динамику терапии, однако не удалось выявить спектр возбудителей и действующие на них антибиотики. Наше исследование подтвердило преобладающее использование антибиотиков из группы наблюдения для лечения хронического пиелонефрита в условиях стационара.

Выводы: преимущественное назначение антибиотиков из группы наблюдения может свидетельствовать о наличии резистентности микроорганизмов к препаратам группы доступа. Учитывая то, что сейчас отмечается значительный рост резистентных штаммов кишечной палочки к ципрофлоксацину, не исключено, что в последующем все чаще придется прибегать к назначению антибактериальных препаратов из группы резерва что связано с большим риском неблагоприятного исхода и увеличением стоимости лечения.

Щулькин А.В., Мыльников П.Ю., Транова Ю. Ерохина П.Д.
КОНЦЕНТРАЦИИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В
СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С КОНТРОЛИРУЕМОЙ И
НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Руководитель: Якушева Е.Н., д.м.н., профессор

Кафедра фармакологии

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань

Актуальность. Контроль артериального давления (АД) имеет большое значение для снижения частоты сердечно-сосудистых заболеваний. Однако, несмотря на современный подход к терапии не всегда удается достичь целевых показателей АД. Можно предположить, что снижение концентрации антигипертензивных препаратов в крови ниже минимально эффективной концентрации, может вносить существенный вклад в неэффективность проводимой терапии.

Цель исследования – проанализировать концентрации антигипертензивных лекарственных препаратов в сыворотке крови пациентов с контролируемой и неконтролируемой артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы исследования Исследование выполнено на базе Рязанского областного клинического кардиологического диспансера (г. Рязань) и было одобрено локальным этическим комитетом. Критерии включения: возраст старше 18 лет, подписанная форма информированного согласия, установленный диагноз АГ. Критерии невключения: неспособность самостоятельно заполнить опросный лист.

У каждого пациента выполняли суточное мониторирование АД, по результатам которого их рандомизировали на две группы: первая группа – пациенты с АД $<140/90$ мм рт. ст., вторая группа – пациенты АД $>140/90$ мм рт. ст.

После рандомизации у пациентов обеих групп забирали венозную кровь натощак утром и через 2 ч после приема лекарственных препаратов для оценки концентрации в сыворотке лизиноприла, амлодипина, валсартана, метопролола и индапамида методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с tandemным масс-спектрометрическим детектированием с помощью приборов Ultimate 3000 TSQ Fortis (ThermoFisher, США).

Результаты исследования Первую группу с контролем АД составили 39 пациентов (средний возраст $65,03 \pm 10,8$ лет, 64,1% женщин), вторую – 17 человек (средний возраст $63,5 \pm 8,31$ лет, 35,5% женщин). Систолическое и диастолическое АД в группе пациентов с неконтролируемой АГ существенно превосходили показатели пациентов с контролируемым АД ($153,0 \pm 11,4$ мм рт. ст. против $124,0 \pm 10,1$ мм рт. ст. и $87,5 \pm 10,8$ мм рт. ст. против $70,3 \pm 9,6$ мм рт. ст.).

Концентрации амлодипина, валсартана и метопролола в сыворотке крови как до, так и через 2 ч после приема достоверно у пациентов первой и второй групп не различались. В то же время, у пациентов с неконтролируемой АГ равновесная концентрация лизиноприла достоверно превосходила показатель пациентов первой группы в 2,67 раза ($p=0,053$), а концентрация индапамида через 2 ч после его приема в 1,83 раза ($p=0,084$). После пересчета данных показателей на принимаемую дозу антигипертензивного лекарственного препарата (нормирования на дозу) достоверные различия нивелировались ($p>0,05$). У 43% пациентов с контролируемой АГ концентрация хотя бы одного из принятых антигипертензивных препаратов была ниже предела количественного определения, в группе пациентов с неконтролируемой АГ данный показатель составил 29%.

Выводы. Фармакокинетика антигипертензивных препаратов, видимо, не вносит существенного вклада в развитие резистентности АГ. Среди пациентов с АГ высок процент испытуемых с недостижением терапевтических концентраций антигипертензивных препаратов.

Работа выполнена в рамках гранта Президента РФ № МД-13.10.2022.3.