

**Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования**

**РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

XII Конференция молодых ученых с международным участием

**«ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА:
ВОЗМОЖНОЕ И РЕАЛЬНОЕ»**

В рамках недели молодежной науки в Академии

Материалы конференции

**Москва
2021**

УДК 61:001-053.81(063)
ББК 5+72
Т-654

XII Конференция молодых ученых с международным участием «Трансляционная медицина: возможное и реальное»: сборник материалов конференции ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2021. – стр. 254 ISBN 978-5-7249-3187-8

XII Конференция молодых ученых организована в рамках Недели молодежной науки в ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, посвященной Году науки и технологий 2021 в России.

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 61:001-053.81(063)
ББК 5+72

ОГЛАВЛЕНИЕ

– А –

Абрамова О.И. ГЕНЫ СТАРЕНИЯ КАК ПУСКОВОЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ.....	17
Аверина К.С., Носков И.С., Мустафина А.Ч., Саакян Н.Ю. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПДМС ДЛЯ КРИОКОНСЕРВАЦИИ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ	19
Аладин М.Н. БОЛЬ В ЖИВОТЕ КАК ПЕРВОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19	21
Алиева Ф.Ф. ОПЫТ ДВОЙНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ БИЛИАРНОЙ И ДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	22
Аль Хатиб Н.С.А. КОСМЕТИЧЕСКИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ГЛАЗНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	24
Амиров М.З., Коржева И.Ю., Чернеховская Н.Е., Разживина А.А., Волова А.В., Никишина Е.И., Степанова В.В. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МИКРОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА.....	26
Андреев Н.А. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КРИОВОЗДЕЙСТВИЯ НА БИОТКАНЬ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОТЯЖЕННОГО КРИОАППЛИКАТОРА	28
Аносова Л.В., Тараканова Е.В. НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	30
Антонов И.И. НОВЫЙ МЕТОД ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА.....	31

Арутюнян А.С., Крыловская Е.М. МЕСТО МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМАХ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА И ИХ БЕЗОПАСНОСТЬ.....	33
Арутюнян Г.С. АЛТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА.....	35
Асоскова А.В. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕОДОЛЕНИЮ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ МЕТОТОТРЕКСАТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ.....	37
Афанасьева В.А. РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МОЧЕПУЗЫРНО-КИШЕЧНЫМ СВИЩОМ.....	39
Ахмадуллина Э.М., Анохин В.А., Фатыхова Э.Ф., Садриева А.И., Соловьева М.С. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЕСШЕГО ВНУТРЕННЮЮ ОККЛЮЗИОННУЮ ГИДРОЦЕФАЛИЮ, НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАТЕНТНОГО ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА, ВЫЗВАННОГО ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	42
Ахматов Р.А., Миронова И.К., Сангаре К.Д. ВНУТРЕННЯЯ МЕЗЕНТЕРИКО-ПАРИЕТАЛЬНАЯ ГРЫЖА КАК ПРИЧИНА РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА	44
– Б –	
Баранова М.М. ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ SARS-COV-2, В СТРУКТУРЕ КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ	47
Бартыханова А.О. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	49
Басирова Н.М. ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОККЛЮЗИЯМИ ПУТЕЙ ПРИТОКА И ГЛУБОКОЙ АРТЕРИИ БЕДРА	51

Бобков Д.Н. ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЭЯКУЛЯТА, АССОЦИИРОВАННЫЕ СО СНИЖЕНИЕМ МАССЫ ТЕЛА У МОЛОДЫХ БЕСПЛОДНЫХ МУЖЧИН С ПАТОЗООСПЕРМИЕЙ, ПОСТПУБЕРТАТНЫМ ВИСЦЕРАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И НЕОТЯГОЩЕННЫМ АНДРОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ.....	53
--	----

– В –

Восканян А.Э. ПЕРВИЧНАЯ ЛИМФАНГИЭКТАЗИЯ КИШЕЧНИКА: КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ	55
---	----

– Г –

Гаджиева З.Ф., Якупова Э.И. ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ СТЕНОЗАМИ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ.....	58
---	----

Гафиуллина А.Д. МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ.....	60
--	----

Генердукаев Л.Л. РОЛЬ ЭНДОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНЫХ СТРИКТУР ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ	61
--	----

Горожанина А.А. ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЧЕСКИХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	63
--	----

Горячева А.А., Завьялов О.В. ТАКТИКА ВЫБОРА СТАРТОВОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....	65
--	----

– Д –

Дамбаева Б.Б. ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАНИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И РЕЗУЛЬТАТЫ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНОГО СКРИНИНГА	68
Дарбишгаджиев Ш.О. КОНЦЕВАЯ ИЛЕОСТОМА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ	69
Дарбишгаджиев Ш.О. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	70
Дементьева А.А. КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ	72
Демина А.С. ПРОФИЛАКТИКА ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЭКОЛОГИЧЕСКИ ЗАГРЯЗНЕННОЙ ТЕРРИТОРИИ, ПОСРЕДСТВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ ЙОДА И СЕЛЕНА	74
Дибров Д.А., Сахарова К.В. РАЗВИТИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ В ВИДЕ ФУРУНКУЛЕЗА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АДАЛИМУМАБОМ.....	76
Дмитриева Е.А. МОДИФИКАЦИЯ ДОЗ НЕ ОКАЗЫВАЕТ СУЩЕСТВЕННОГО ВЛИЯНИЯ НА ЧАСТОТУ ПРОГРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА	78
Дмитриева К.В. ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИКАРДА ПРИ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	81
Добрякова М.М. ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КОХЛЕАРНУЮ ИМПЛАНТАЦИЮ, В СЛОЖНЫХ СЛУЧАЯХ.....	83

Држевецкая К.С.

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ В УСЛОВИЯХ
НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ84

– Е –

Егорян Л.Б

РЕГУЛЯЦИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ИНТРАБУЛЬБАРНОЙ ЧАСТИ ЗРИТЕЛЬНОГО
НЕРВА ПРИ ГЛАУКОМЕ88

Елиферов Д.Д., Ким В.Э.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ FOUR В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ
СОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ
В УСЛОВИЯХ НЕЙРОРЕАНИМАЦИИ. КЛЮЧЕВЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА90

– Ж –

Жидков Д.А., Колышкин Л.М., Саакян Н.Ю.

ОБЩЕЕ КРИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ: СОСТОЯНИЕ
И ПЕРСПЕКТИВЫ93

Журбенко А.А.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ
ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ94

– З –

Завьялов О.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГЕСТАЦИОННОЙ МОРФОМЕТРИИ ПРИ ВЫБОРЕ
ТАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ
В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ97

Заяева Е.Е.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ99

– К –

Каболова К.Л.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ
ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК.....101

Казакова В.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИИ
ГРЫЖ ЖИВОТА M1-3W1-2R1-2103

Казанцева О.М. КОЭФФИЦИЕНТ ПРЕДИКЦИИ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА В ВОЗМОЖНОМ ПРОГНОЗЕ СРОКА ДОЖИТИЯ ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ВИЧ/ТБ	106
Казанцева Э.П., Абрамова О.И. МОНОТЕРАПИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ: СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ДВУХ ПРЕПАРАТОВ.....	108
Калашникова Д.Д. КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	110
Калганов А.В. ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОГМ В СОСТОЯНИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ	112
Карпова А.Е. ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ МОЛОДОГО КЛИНИЧЕСКОГО МОРФОЛОГА ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ЦИТОЛОГИИ НА КАФЕДРЕ КЛД ФГБОУ ДПО РМАНПО МИНЗДРАВА РОССИИ	114
Кожевникова П.О. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОЧНОСТИ ОЦЕНКИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ, РАЗРАБОТАННОЙ В ФГБНУ НИИР ИМ. В.А. НАСОНОВОЙ (РОССИЯ) И АЛГОРИТМА FRAХ.....	116
Козырева С.Б. МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ПОМОЩЬЮ ВВЕДЕНИЯ РАСТВОРА ФЕНОЛА	118
Кокорева Э.Р. АНАЛИЗ МОРФОЛОГИИ ГАНГЛИОЗНЫХ КЛЕТОК СЕТЧАТКИ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	119
Колмакова Е.С. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕЛЯ НА ОСНОВЕ НАНОБИОКОМПОЗИТА ДИГИДРОКВЕРЦЕТИНА И АРАБИНОГАЛАКТАНА	121

Коломан И.И. МЕТОД ЭЛЕКТРОННОГО МОНИТОРИНГА СИМПТОМОВ ПАРКИНСОНИЗМА У БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ И РАЗВЕРНУТОЙ СТАДИЕЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	123
Колосов А.В. ГИБРИДНЫЕ ЛАПАРО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	125
Кузнецова О.А. СРАВНЕНИЕ ДВУХ ДИАГНОСТИКУМОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ PD-L1-СТАТУСА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	127
Куприева М.В. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ	128

– Л –

Лавренова М.А. АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ И ПОЛИМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ	131
Лапушко В.Ю., Кабиев М.Ш. АНАЛИЗ ОСТАТОЧНЫХ НАПРЯЖЕНИЙ В МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНКАХ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ УГЛА НАКЛОНА СТЕНКИ АБАТМЕНТА И ЕГО ВЫСОТЫ	133
Лапушко В.Ю., Кабиев М.Ш. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО УГЛА НАКЛОНА СТЕНКИ АБАТМЕНТА...	135

– М –

Максимов И.В. ВОЗМОЖНОСТИ МИКРОИМПУЛЬСНОЙ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ ГЛАУКОМОЙ.....	138
Масная С.Р. COVID-19 КАК ПРИЧИНА ПОРАЖЕНИЯ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА ГЛАЗА.....	140
Масс Е.Е. НЕВОСПРИИМЧИВОСТЬ ЭНДОМЕТРИЯ – ПРЕПЯТСТВИЕ НА ПУТИ К УСПЕХУ ВРТ. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	142

Матякубов Б.Б. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	144
Мингазов А.Ф. ПРЕДИКТОРЫ КОЛЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СВЕРХТЯЖЕЛОЙ АТАКОЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА.....	146
Моисеева Ю.П. ОДНОНУКЛЕОТИДНЫЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНА <i>IL-33</i> В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ФЕНОТИПОВ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА	148
Морозова Ю.С. БИОМЕТРИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ РЕШЕТЧАТОЙ ПЛАСТИНКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ СТАДИЯМИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ.....	149
Мошенский А.А. ВАЖНОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ МЕТОДОМ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ	151
Муллаева Л.Д., Муллаева Ф.Б. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС	153
Мурадян А.А. ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА <i>CYP2C8</i> У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ КЕТОРОЛАК	155
Мурадян А.А., Созаева Ж.А., Качанова А.А. ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ <i>PTGS1</i> И <i>PTGS2</i> У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ	157
Мустафазаде Д.Т. К ВОПРОСУ ОБ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПРОМЕЖНОСТИ У РОДИЛЬНИЦ.....	159
Мушкамбаров И.Н. ОЦЕНКА УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ С ПОМОЩЬЮ РАЗЛИЧНЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЭХО-КТ У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.....	161

– Н –

Назарова Е.В. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ	164
Назарова Е.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА.....	166
Нашатырева М.С. ХАРАКТЕРИСТИКА ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ПНЕВМОНИТА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА В Г. ИРКУТСКЕ	168
Нуртдинова Л.Р., Носков И.С., Аверина К.С. МЕХАНИЗМ БИОИНФОРМАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА.....	170

– О –

Озерова Д.С. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОДНОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ БОТКИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	172
Олюшина Е.М. ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОСАТЕЛЛИТНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ В ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ И АДЕНОПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ КАРЦИНОМАХ ШЕЙКИ МАТКИ.....	173
Осипов А.С., Качанова А.А., Акмалова К.А., Смирнов В.В. ВЛИЯНИЕ АКТИВНОСТИ СYP3A И СYP2D6 НА БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ АНТИПСИХОТИКАМИ У ПОДРОСТКОВ С ОСТРЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ	175
Оськин А.Н. ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	177

– П –

Пархоменко Н.В. КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.....	180
Перетяцько А.Б. ОЦЕНКА ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НА ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ...181	181
Петриченко Ю.Г. ОЦЕНКА ИСХОДОВ И ПОДБОР ИНДИВИДУАЛЬНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ В ПРОГРАММАХ ВРТ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ	184
Пожарский Е.Д. СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ АУТОИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ	186
Полякова А.С. ЭПИТЕЛИОИДНЯ ГЕМАНГИОЭНДОТЕЛИОМА ЯИЧКА. ЧЕТВЕРТЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ	188
Полякова О.А. АССОЦИАЦИЯ УРОВНЕЙ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	190
Почтарь Е.В. ПРИМЕНЕНИЕ МАРКЕРА ROR-1 В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ МИНИМАЛЬНОЙ ОСТАТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ.....	192

– Р –

Разин М.А. ОПТИМАЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ВЫБОРА ИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НЕВРОМЕ МОРТОНА	195
Романова Е.М. ИНТРАКОРПОРАЛЬНЫЙ ИЛЕОТРАНСВЕРЗОАНАСТОМОЗ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ.....	197

– С –

- Сафонова В.В.
ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
«OFF-LABEL» У ДЕТЕЙ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ВОЗРАСТА
В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
НОВОРОЖДЕННЫХ.....199
- Сафонова Н.Е., Мангал М.Н.
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С КОНТРАСТНЫМ
УСИЛЕНИЕМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ
ЯИЧНИКОВ201
- Сахарова К.В., Дибров Д.А.
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА *SAAI-13T/C* (rs12218) У ПАЦИЕНТОВ
С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ204
- Секретарев В.Э.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕТРОМУСКУЛЯРНОЙ И ТС-ПЛАСТИКИ ПРИ
СРЕДИННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ.....205
- Степанова В.В.
ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЛЕГКИХ ГЛАЗАМИ
ВРАЧА-ЭНДОСКОПИСТА: ВОЗМОЖНОСТИ НАВИГАЦИОННОЙ
БРОНХОСКОПИИ ДЛЯ ТРАНСБРОНХИАЛЬНОЙ ЛЕГОЧНОЙ БИОПСИИ
В ГКБ ИМ. С.П. БОТКИНА206
- Страхов Г.Ю.
ОШИБКИ И ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКИХ
ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)208

– Т –

- Тарасова О.Ю.
ХОНДРОМЕЗЕНХИМАЛЬНАЯ ГАМАРТОМА ПЕРЕДНИХ КЛЕТОК
РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ211
- Тарасова О.Ю.
ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕВРИНОМЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ212
- Торопова О.С.
МИКРОРНК КАК ПРИЧИНА СТЕРОИДОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ
ЛИПОГЕННЫМ ВАРИАНТОМ ОТЕЧНОГО ЭКЗОФТАЛЬМА214

Тремаскина П.О.

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕГО
ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЧЕРЕЗ 5 ЛЕТ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ СОГЛАСНО
СТРАТЕГИИ «ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ»216

Тумгоева Л.Б.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ЭНДОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКА217

– У –

Усинова З.Б.

РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛАГО ТАЗА
В ВОЗНИКНОВЕНИИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ220

– Ф –

Федина Л.В., Юделевич Д.А., Буромская Н.И., Шиманов П.В., Дейч Р.В.,

Дорина И.В., Акмалова К.А., Качанова А.А., Шевченко Ю.С.

ПОЛИМОРФНЫЕ ВАРИАНТЫ DRD2, DRD3 И DRD4 АССОЦИИРОВАНЫ
С РАННЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ АНТИПСИХОТИКОВ
У ПОДРОСТКОВ С ОСТРЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ222

Федорова Э.И.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ТРАНСЪЮГУЛЯРНОГО
ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ
ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ224

– Х –

Хубулова А.Н., Тигиева М.З.

ХАРАКТЕР ВСКАРМЛИВАНИЯ ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
В УСЛОВИЯХ РОДИЛЬНОГО ДОМА227

– Ц –

Цыбикова Н.Д.

МИКРОРНК-146а и МИКРОРНК-155 – БИОМАРКЕРЫ
МЕЛАНОМЫ ХОРИОИДЕИ.....229

Цындымеева Д.А.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ
СТРУКТУРА ТЯЖЕЛОЙ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ230

– Ч –

- Чеботарь Н.А.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – ДЕТСКОГО
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА. ИНОРОДНОЕ ТЕЛО БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ232
- Чехонацкий В.А.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ГРУДНОГО ОТДЕЛА
ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА233
- Чехонацкий В.А.
СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ
РЕЦИДИВОВ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА235
- Чехонацкий В.А.
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ
МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ НА УРОВНЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА
ПОЗВОНОЧНИКА237
- Чехонацкий И.А.
ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ЭНДСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ239

– Ш –

- Шадиева М.С., Абдужабарова З.М.
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ242
- Шамансурова Н.Х.
КОМПРЕССИОННАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ244
- Шахизирова И.Д., Муллаева З.Б.
ПОКАЗАТЕЛИ ФЕРРОКИНЕТИКИ И ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ У ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА246
- Шацкий Д.А., Качанова А.А., Созаева Ж.А., Шуев Г.Н.
ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АЛЛЕЛЕЙ И ГЕНОТИПОВ
ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ RTGS-1, RTGS-2 У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, КОТОРЫМ ПОКАЗАНО КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ.....248

Шацкий Д.А., Качанова А.А., Созаева Ж.А., Шувев Г.Н.

ЧАСТОТА ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ С_УР2С₉*2, С_УР2С₉*3
У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, КОТОРЫМ ПОКАЗАНО
КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И СРАВНЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
ГЕНОТИПОВ С РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИЕЙ250

Шильникова Д.Е., Низамова Р.А.

ТРАНССКЛЕРАЛЬНАЯ МИКРОИМПУЛЬСНАЯ ЛАЗЕРНАЯ
ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ
С РЕФРАКТЕРНОЙ ГЛАУКОМОЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН
В 2020-2021 ГОДАХ252

– А –

ГЕНЫ СТАРЕНИЯ КАК ПУСКОВОЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ

Абрамова О.И., аспирант кафедры офтальмологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) относится к группе возраст-ассоциированных заболеваний, однако, в настоящее время все чаще стало диагностироваться не только в пожилом, но и в среднем возрасте, нередко приводя к инвалидизации трудоспособного населения. Старение организма, как пусковой толчок геронтологических состояний, проявляется в изменении множества внутриклеточных процессов, одними из регуляторов которых являются сиртуины. Сиртуины (SIRT) - это высоко консервативное семейство NAD-зависимых деацетилаз III класса, которое помогает регулировать продолжительность жизни различных организмов (SIRT1-SIRT7). SIRT1 – один из основных регуляторных факторов, контролирующей базовые биологические процессы (клеточное старение, дифференцировка, воспалительные процессы). В клетках SIRT1 регулирует некоторые клеточные функции: клеточный цикл, реакция на повреждение ДНК, метаболизм, апоптоз и аутофагия. По данным некоторых исследований, в сетчатке и в клетках ретинального пигментного эпителия при ВМД отмечается снижение экспрессии SIRT1. Различия в экспрессии гена SIRT1 в большей степени связаны с изменением транскрипционной активности в области промотора гена SIRT1, где расположен однонуклеотидный полиморфизм rs1277836619. Предполагается, что носители различных генотипов в полиморфных регуляторных участках генов обладают различным базовым уровнем экспрессии гена SIRT1.

Цель: выявление ассоциации полиморфизма гена SIRT1rs12778366 с риском развития возрастной макулярной дегенерации.

Материал и методы: использовались образцы буккального эпителия 70 пациентов с диагнозом ВМД, из них 54 образца буккального эпителия женщин (77,1%) и 16 образцов буккального эпителия мужчин (22,9%). Возраст пациентов составил от 48 до 82 лет. В качестве сравнения использовали образцы буккального эпителия 56 человек с отсутствием глазной патологии в аналогичном возрасте. Критериями невключения являлись пациенты с другой сочетанной патологией глаза, а также терапевтическими заболеваниями в стадии суб- и декомпенсации. Выделение геномной ДНК из клеток буккального эпителия фенол-хлороформным методом и генотипирование полиморфного локуса rs12778366 в гене SIRT1 методом ПЦР в реальном времени с использованием технологии конкурирующих зондов TaqMan и специфических праймеров проводилось в ФГБНУ «Научно-исследовательский институт патологии и патофизиологии». Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью тестов на соблюдение равновесия Харди-Вайнберга и выявление ассоциаций методом χ^2 в программе DeFinetti.

Результаты: Выявлено, что частота встречаемости аллеля С в группе пациентов с ВМД составила 25,7%, тогда как в группе сравнения – 13,4%. Частота встречаемости гетерозиготного генотипа ТС выше в группе с ВМД по сравнению с группой сравнения, соответствует 45,7% против 26,0%.

При анализе ассоциаций установлена взаимосвязь полиморфизма rs12778366 в гене SIRT1 с ВМД. Так, гетерозиготный генотип ТС и аллель С в общей, доминантной и аллельной моделях наследования являются генетическими факторами предрасположенности к данному заболеванию, увеличивая риск его развития от 2.238 ($p = 0,016$) до 2.833 раза ($p = 0,007$)

Выводы: По результатам исследования выявлена значительная ассоциация полиморфного локуса rs12778366 в гене SIRT1 с заболеванием у гетерозиготных носителей аллеля С в основной и доминантной моделях для ВМД. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения ассоциации полиморфизма rs12778366 в гене SIRT1 с ВМД с параллельным исследованием других генетических вариаций гена SIRT1,

которые так же могут оказывать влияние на развитие данной патологии, что позволит лучше оценить вклад полиморфизма rs12778366, а также других полиморфных форм гена SIRT1 в патогенез ВМД.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПДМС ДЛЯ КРИОКОНСЕРВАЦИИ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ

Аверина К.С., студентка МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
лечебный ф-т, Носков И.С., инженер каф. мед. техники, Мустафина А.Ч.,
преподаватель каф. мед. техники,

Саакян Н.Ю., студентка МГТУ им. Н.Э. Баумана, каф. Э4.

Руководитель: Лаук-Дубицкий С.Е., к.б.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Актуальность криоконсервации кровеносных сосудов связана с тем, что, на сегодняшний день, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, заболевания сердечно-сосудистой системы являются самой распространенной причиной летальности в мире, а число клинических случаев, единственным способом лечения при которых является трансплантация подходящих донорских сосудов, растет с каждым годом. Так, в среднем на 1000 человек старшей возрастной группы приходится примерно 20 человек, у которых ежегодно диагностируют то или иное заболевание кровеносных сосудов, а ежегодная мировая потребность в эквивалентах кровеносных сосудов среднего и малого диаметра только для аортокоронарного шунтирования составляет 450 тыс. шт. или около 70% потребности от всех эквивалентов кровеносных сосудов. Таким образом, предлагаемое исследование позволит приблизиться к решению проблемы нехватки эквивалентов кровеносных сосудов.

Материалы и методы. В ходе исследований была оценена эффективность использования полидиметилсилоксана (ПДМС) для

криоконсервации кровеносных сосудов с помощью математического моделирования охлаждения и нагревания сегмента кровеносного сосуда (СКС) на подложках (для равномерной фиксации сосудов разных типоразмеров). А также были проведены стендовые испытания охлаждения и размораживания СКС на подложке с термодатчиками, закрепленными в их просвете для подтверждения математического моделирования. Охлаждение моделировалось в системе автоматизированного проектирования, с использованием модели, с заданными теплофизическими свойствами СКС и ПДМС, методом итерационных приближений для расчета основных уравнений гидро- и термодинамики в элементах малых размеров, на которые была разбита исходная расчетно-геометрическая модель. Для проведения температурных измерений использовались термометры сопротивления, подключаемые по трехпроводной схеме к вторичным преобразователям Овен МВ110-8А, на который 6 раз в секунду передавались данные с датчиков, с дальнейшим преобразованием в сигнал по сети Modbus RS-485 на порт USB. Далее данные обрабатывались на OPC-сервере и поступали в программу сбора данных MasterScada.

Результаты. В результате расчетов выявлено, что скорость охлаждения СКС до температуры минус 40°C составляет приблизительно 300°C/мин, время охлаждения - 6 сек, последующее охлаждение до температуры минус 60°C происходит с более медленной скоростью 120°C/мин за 10 сек, а до температуры минус 70°C со скоростью 60°C/мин за те же 10 сек. Результаты моделирования подтверждены натурным опытом по замораживанию СКС с термодатчиками и с проверкой динамики снижения температуры за единицу времени с поправкой на количество хладоносителя, способа его охлаждения и общее время процесса. Скорость охлаждения СКС была низкая, охлаждение происходило до минус 20°C в течение 10 секунд, после температура снижалась до минус 55°C и дальнейшее снижение температуры происходило еще медленнее. Расчеты также показали, что материал стержней-подложек не влияет на процесс охлаждения СКС.

Выводы. На основе математического моделирования процессов тепло- и массообмена и стендовых испытаний, ПДМС вязкостью 1 и 5 Сст при прямом контакте с ним позволяет с достаточной эффективностью и скоростью отводить теплоту от биоткани во время её криоконсервации, создавая равномерный фронт охлаждения. То же самое справедливо и для размораживания в объеме ПДМС.

БОЛЬ В ЖИВОТЕ КАК ПЕРВОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Аладин Марк Николаевич, ординатор кафедры хирургии

Руководитель: Лебедев Сергей Сергеевич, к.м.н., доцент, заведующий учебной частью кафедры хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель. Представить клиническое наблюдение коронавирусной инфекции COVID-19, первым проявлением которой явился болевой синдром в брюшной полости. Сделать выводы о необходимости дифференциальной диагностики между дебютом COVID-19 и острой хирургической патологией.

Основные положения. 80-летний пациент с нарастающей болью в эпигастрии и лихорадкой госпитализирован в хирургическое отделение, перитонеальные симптомы отрицательные, свободной жидкости и инфильтратов по данным УЗИ БП нет. Острая хирургическая патология исключена. При компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки выявлены изменения по типу матового стекла двусторонней локализации, выписан. С подозрением на новую коронавирусную инфекцию госпитализирован в тяжелом состоянии в Клинику пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии имени В. Х. Василенко Сеченовского Университета. Методом ПЦР выделена РНК возбудителя

COVID-19. Установлен диагноз: новая коронавирусная инфекция COVID-19, тяжелой степени, внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония тяжелой степени, дыхательная недостаточность 1-й степени. Начата терапия азитромицином, гидроксихлорохином, эноксапарином подкожно. На 7-е сутки пребывания в клинике стала нарастать дыхательная недостаточность, при КТ органов грудной клетки прогрессирование — объем поражения составил 50–75 %, что потребовало назначения дексаметазона внутривенно с последующим снижением дозы и отменой, левофлоксацина. На фоне проводимой терапии боль в животе купирована, температура тела нормализовалась, уменьшился объем пораженной паренхимы. Пациент выписан на амбулаторное долечивание. Среди жалоб больных с SARS-CoV-2 — боль в животе, иногда требующая исключения острой хирургической патологии. Эти обстоятельства неизбежно приводят к потере времени оказания помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией и ухудшают прогноз из-за развития тяжелой пневмонии.

Заключение. Представлен гастроэнтерологический вариант клинического дебюта новой коронавирусной инфекции, главным симптомом которого была абдоминальная боль. В условиях сохраняющейся неблагоприятной эпидемиологической обстановки после исключения перитонеальных симптомов необходимо обследование на наличие SARS-CoV-2, а также пневмонию при COVID-19 даже при отсутствии респираторных жалоб.

ОПЫТ ДВОЙНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ БИЛИАРНОЙ И ДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Алиева Фариза Файзуллоевна, ординатор кафедры хирургии

Руководитель: Лебедев Сергей Сергеевич, к.м.н., доцент, заведующий учебной

частью кафедры хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Билиарная (БО) и дуоденальная обструкция (ДО) являются распространенным осложнением у пациентов с аденокарциномой головки поджелудочной железы. Традиционные хирургические методы коррекции указанных осложнений не всегда применимы из-за тяжести состояния пациентов и распространенности опухолевого процесса. При нерезектабельной аденокарциноме головки поджелудочной железы ведущее значение имеют малотравматичные паллиативные методы устранения БО и ДО с целью продления жизни больных.

Материал и методы. В хирургической клинике Боткинской больницы (г. Москва) за период с 2013 по 2017 г.г. находился на лечении 21 пациент с БО и ДО вследствие аденокарциномы головки поджелудочной железы, которым выполнено двойное стентирование нитиноловыми саморасширяющимися стентами (мужчин – 8, женщин – 13; средний возраст $68 \pm 2,3$ лет). Показанием к билиарному стентированию была механическая желтуха класса В и С по Э.И. Гальперину. Показанием к установке дуоденального стента являлась клиническая картина суб- или декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Обязательным условием для установки стента считали морфологическую верификацию и клиническое стадирование, подтверждающее нерезектабельность опухоли. Уровень обструкции желудочно-кишечного тракта по Mutignani: I тип – 6, II тип – 12, III тип – 3.

Результаты и обсуждение. Всего имплантировано 43 стента 21 пациенту (1 пациенту имплантировано 2 билиарных стента). Технический успех билиарного стентирования составил 100%. Средний уровень билирубина в сыворотке крови перед билиарным стентированием составлял $314,2 \pm 96,3$ ммоль/л и снижался до $32,6 \pm 11,8$ ммоль/л через 7 дней после стентирования ($p > 0,05$). Эффективность функционирования билиарного стента

составила $46 \pm 4,5$ недель. Технический успех дуоденального стентирования составил 91,3 %. Клинический успех достигнут у 20 (95,2%) пациентов (балл GOOSS до стентирования $0,4 \pm 0,13$; балл GOOSS после стентирования $2,3 \pm 0,5$). Эффективность функционирования дуоденального стента составила $34 \pm 6,1$ недели. Время выживания у 17 пациентов составило 5-21 мес. (медиана – $10,1 \pm 3,8$ месяца).

Заключение. Применение двойного стентирования при развитии билиарной и дуоденальной обструкции на фоне нерезектабельной аденокарциномы головки поджелудочной железы является методом выбора.

КОСМЕТИЧЕСКИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ГЛАЗНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Аль Хатиб Н.С.А., аспирант, кафедры офтальмологии

Одинаева К.Н., аспирант, кафедры офтальмологии

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

Российский университет дружбы народов, г. Москва

Актуальность. По данным литературе на территории Российской Федерации более 450 000 пациентам требуется глазное протезирование. Среди них немало пациентов с сопутствующим заболеванием сахарный диабет (СД), СД влияет на косметический и функциональный эффект глазного протезирования у данной группы. В связи с вышеизложенным, проблема глазного протезирования у пациентов с СД требует особого внимания и является актуальной для изучения.

Цель исследования. Оценка косметического и функционального эффекта глазного протезирования у пациентов с сахарным диабетом.

Материалы и методы. Обследован 121 пациент в возрасте от 19 до 84 лет, использующие глазной протез. Пациенты были поделены на две

группы: I группа 41 пациент без СД; II группа 80 пациентов с СД. II группа была поделена на две подгруппы в зависимости от уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) в крови: IIa подгруппа – 41 пациент с HbA1c до 7,5%; IIб подгруппа – 39 пациентов с HbA1c более 7,5%. Всем пациентам были проведены следующие методы исследования: биомикроскопия конъюнктивальной полости; оценка косметического эффекта протезирования, ощущений и дискомфорта; определение кислотно-щелочного баланса отделяемого; бактериальный посев; электронная микроскопия, а также были проанализированы сроки: постоперационного заживления раны, первичного протезирования (ПП), плановой замены глазного протеза.

Результаты. Исследование pH отделяемого с конъюнктивальной полости показало незначительный сдвиг в щелочную сторону у 24,4% пациентов I группы; а у пациентов II группы наблюдался сдвиг pH в более агрессивную щелочную сторону в зависимости от уровня HbA1c. Чем выше уровень HbA1c, тем агрессивнее щелочная среда. Анализ срока ПП показал, что у 86% пациентов II группы сроки были сдвинуты на более поздние, в то время как у 89% пациентов I группы ПП было выполнено в рекомендованные сроки. Анализ срока замены глазного протеза показал, что у пациентов II группы сроки были сдвинуты на более короткие 8-9 месяцев для стеклянного протеза; 15-18 месяцев для пластмассового протеза. При оценке косметического эффекта протезирования, ощущений и дискомфорта выявили, что у пациентов IIa подгруппы все критерии оценки отмечаются в 3 раза чаще, а у пациентов IIб подгруппы почти в 4,5 раза чаще, чем у пациентов I группы. При бактериальном посеве отделяемого с конъюнктивальной полости был обнаружен золотистый стафилококк у 2,4% пациентов I группы; у 17,1% пациентов IIa подгруппы; у 28,2% пациентов IIб подгруппы. Электронная микроскопия поверхности глазного протеза показала слизисто-гнойные отложения с элементами крови у 17,1% пациентов I группы; у 61,0% пациентов IIa подгруппы; у 87,2% пациентов IIб подгруппы.

Заключение. Группа пациентов с СД требует большего внимания и более тщательного подхода к соблюдению сроков первичного протезирования в рекомендованные сроки, так как от этого зависит правильность формирования сводов, сохранение размеров конъюнктивальной полости, тонуса века и как следствие достижения хорошего функционального и косметического эффекта. А также наблюдается сдвиг рН конъюнктивальной полости в щелочную сторону, что подтверждает вялотекущий воспалительный процесс. А соблюдение сроков плановых замен глазного протеза гарантирует предупреждение хронических воспалительных процессов конъюнктивальной полости, нормализацию рН конъюнктивальной полости и повышение комфортности ношения глазного протеза.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МИКРОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Амиров М.З., Коржева И.Ю., Чернеховская Н.Е., Разживина А.А., Волова А.В.,
Никишина Е.И., Степанова В.В.

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

Актуальность. До сегодняшнего дня проблема диагностики и лечения ЖКБ и его осложнений не утрачивает своей актуальности, несмотря на предпринимаемые в течение столь продолжительного периода времени усилия профессионального сообщества и закономерное изменение образа жизни и гастрономических привычек населения за истекший период времени. Кроме того, в настоящее время к уже имеющимся проблемам в диагностике часто встречаемых при ЖКБ осложнений присоединилась еще одна – микрохоледохолитиаз, частота и иные особенности развития которого, как раннего проявления ЖКБ, изучены плохо.

Существуют различные определения понятия микрохоледохолитиаза: одни авторы считают микрохоледохолитиазом конкременты менее 5 мм, другие – менее 2 мм. Наиболее конкретное дал определение Negro Paolo, который, исходя из клинической целесообразности, предложил считать микрохоледохолитиазом конкременты или микроагрегации кристаллов, не идентифицирующиеся общепринятыми в диагностике желчнокаменной болезни рентгенологическими методами исследования и УЗИ.

Цель. Улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с микрохоледохолитиазом.

Материал и методы. Предпринят анализ результатов применения эндосонографии в ГКБ им. Боткина пациентов с подозрением на микрохоледохолитиаз за период с 2017г по 2020г. С жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повышение общего билирубина больше 40 мкмоль/л, АЛТ и АСТ в три раза обратилось 80 пациентов в возрасте от 23 до 87 лет: женщин – 55 (68,75%); мужчин – 25 (31,25%). Не всегда при обследовании пациентов удается достоверно подтвердить наличие или отсутствие микрохоледохолитиаза при помощи трансабдоминального УЗИ и рентгенологических методов обследования.

Результаты. Пациентам с подозрением на микрохоледохолитиаз была выполнена эндосонография, у 60 (75%) были обнаружены конкременты и СТОХ (n=24, -40%), ЖКБ (n=28, -46,67%), опухолевое поражение холедоха (n=8, -13,33%). Диаметр внепеченочных протоков составлял от 6мм до 10мм. Всем пациентам с подтвержденными конкрементами в желчевыводящих путях было выполнено одномоментно ретроградное транспапиллярное вмешательство, что включало в себя ретроградную холангиографию, папиллосфинктеротомию, экстракцию конкрементов и выполнения стентирования желчевыводящих путей пластиковыми стентами по показаниям. У 20 (25%) пациентов при эндосонографии патологии выявлено не было, что позволило избежать выполнения ретроградного транспапиллярного вмешательства и исключить риск развития осложнений.

Заключение. Эндосонография является высокочувствительным и информативным методом диагностики и лечения пациентов с микрохоледохолитиазом.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КРИОВОЗДЕЙСТВИЯ НА БИОТКАНЬ ЖИВОТНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОТЯЖЕННОГО КРИОАППЛИКАТОРА

Андреев Н.А., студент МГТУ им. Н.Э. Баумана, каф. Э4

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. В настоящее время фибрилляция предсердий (ФП) является одним из самых частых видов нарушения сердечного ритма и одной из главных причин инсульта и сердечной недостаточности. Поэтому исследование и усовершенствование различных методов лечения ФП, в том числе высокотехнологичных, таких как низкотемпературное воздействие, является актуальным направлением научных исследований. Наиболее используемым способом лечения являются различные модификации операции «Лабиринт». Криохирургическая модификация операции «Лабиринт» заключается в создании непроводящих линий в миокарде с помощью поверхностного замораживания. Такой метод обладает преимуществами, по сравнению с другими. В ходе литературного анализа сделан вывод, что необходимо снижать время криовоздействия за счет понижения температуры на поверхности криоаппликатора, благодаря использованию жидкого азота в качестве рабочего вещества в криоаппликаторе, что будет положительно сказываться на ходе операции и уменьшит время послеоперационного пребывания пациента в стационаре. В ходе работы производилось криовоздействие на биологическую ткань животного происхождения (сердечная мышца, *in vitro*) протяженным

криоапликатором, охлаждаемым жидким азотом, с целью подтверждения достижения трансмуральности непроводящей области и исследования характеристик данного подхода низкотемпературного воздействия.

Материалы и методы. Разработан и создан экспериментальный стенд для осуществления криовоздействия на биологическую ткань *in vitro*. Во время эксперимента большая часть сердечной мышцы находилась в физиологическом растворе. При этом необходимо отметить, что поверхность сердца, на которой производилась абляция (начало левой нижней, верхней легочных вен, коронарного синуса) не должна находиться в физиологическом растворе (чтобы гибкий криоапликатор, охлаждаемый жидким азотом не взаимодействовал с физиологическим раствором, тем самым внося значительную погрешность в холодопроизводительность аппарата). Прозрачная емкость для физиологического раствора выполнена из ПВХ пластика глубиной 100 мм, квадратной формы со стороной 250 мм, с помощью двух штуцеров (для входящего и выходящего потоков) емкость подключается к электрическому термостату, благодаря которому поддерживается температура физиологического раствора (скорость циркуляции 4.5 л/мин с помощью роторного насоса (объем крови, который перегоняет сердце, когда человек находится в состоянии покоя), а соответственно и температура сердца на уровне 37 ± 1 гр. С. Сердце располагалось в емкости на дополнительной подставке высотой 30 мм, чем и достигалось отсутствие контакта физиологического раствора и криоапликатора. В ходе каждого криовоздействия с помощью датчиков температуры снималось распределение температуры по длине образующейся непроводящей области.

Результаты и выводы. В работе получено распределение температуры в целевой области биоткани при воздействии на нее криоапликатором, охлаждаемым жидким азотом. Определено время достижения крионекроза по толщине биоткани. Выработаны практические рекомендации по выполнению низкотемпературного воздействия для лечения фибрилляции предсердий. Установлено, что использование жидкого азота в качестве вещества

охлаждающего криоаппликатор при лечении фибрилляции предсердий более эффективно, чем использование дросселирования аргона высокого давления или диоксида азота.

Исследование выполняется при поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых – кандидатов наук (МК-824.2020.2).

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аносова Л.В., ординатор 1 года обучения кафедры инфекционных болезней
Тараканова Е.В., ординатор 1 года обучения кафедры инфекционных болезней

Руководители: доцент, к.м.н. Лесина О.Н.,

доцент, к.м.н. Краснова Л.И.

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

Появление в декабре 2019 года заболеваний, вызванных новым коронавирусом («coronavirus disease 2019»), уже вошло в историю как чрезвычайная ситуация международного значения.

Цель исследования. Изучить некоторые эпидемиологические особенности течения новой коронавирусной инфекции, вызванной SARS-CoV-2 у взрослых пациентов.

Материалы и методы. Случайная выборка историй болезни взрослых пациентов с подтвержденной Новой коронавирусной инфекцией (определение РНК коронавируса в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР). Использован аналитический метод обработки материала.

Результаты. Исследование проводилось с 01.03.2020 по 30.06.2020 на базе Пензенского областного клинического центра специализированных видов

медицинской помощи. Проанализировано 157 историй болезни взрослых пациентов с подтвержденной Новой коронавирусной инфекцией Covid-19. При анализе заболеваемости за 4 месяца 2020 года (март-июнь) выявлено 35 (22%), 22 (15%), 61(38%) и 39(25%) пациентов с Новой коронавирусной инфекцией соответственно. Из них в марте 24 пациента находились в состоянии средней степени тяжести, 11 человек в тяжелой степени тяжести. В апреле 13 больных было в состоянии средней тяжести и 9 человек - в тяжелой степени тяжести. За май зарегистрировано 3, 40 и 18 пациентов с состоянием легкой, средней и тяжелой степени тяжести соответственно. В июне определялось 6, 18 и 15 пациентов в легкой, средней и тяжелой степени тяжести соответственно.

Выводы. 1) За 4 месяца 2020г (март-июнь) преимущественный подъем заболеваемости Новой коронавирусной инфекцией зарегистрирован в мае (38% пациентов от общего числа проанализированных).

2) 61% госпитализированных больных с Новой коронавирусной инфекцией имели среднюю степень тяжести заболевания, 34% пациентов находились в тяжелой степени тяжести.

3) Наибольшее количество пациентов с тяжелой степенью тяжести течения (12%) Новой каронавирусной инфекции выявлено в мае 2020 г., что вдвое больше по сравнению с мартом (7%) и апрелем (6%).

НОВЫЙ МЕТОД ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА

Антонов И.И., аспирант 2-го года, кафедра ЧЛХиХС

Руководитель: Мураев А.А., д.м.н., профессор кафедры ЧЛХиХС РУДН,
г. Москва

Введение. Среди актуальных проблем современной стоматологии

заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест, определяемое большой распространенностью различных форм патологии пародонта в мире. По данным различных исследователей, в странах СНГ она достигает 97-100 % у взрослого населения, что связано с понижением резистентности организма, отсутствием налаженной системы диспансеризации, повышением устойчивости микрофлоры к наиболее широко применяемым препаратам. В лечении заболеваний пародонта остается много нерешенных вопросов и повышение эффективности лечения не теряет своей актуальности. Одна из задач в комплексе лечения заболеваний пародонта является оптимизация доставки лекарственных средств в ткани пародонта. Барофорез - новый способа введения растворов, сывороток и эмульсий при помощи технологии JET PEEL, позволяющей, благодаря сверхзвуковой скорости создаваемого реактивного газо-жидкостного потока, доставлять лекарственные вещества без применения инъекций непосредственно в ткани.

Цель исследования. Разработка нового подхода к терапии хронических воспалительных заболеваний полости рта при помощи газожидкостных технологий доставки лекарственных средств в комплексном лечения пациентов с хроническим пародонтитом.

Материалы и методы. Обследовано 9 пациентов в возрасте 35–60 лет с диагнозами хронический генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени тяжести.

Клинические основные методы исследования – осмотр, оценка степени кровоточивости, глубины пародонтальных карманов, степени подвижности зубов, степени рецессии десны и состояния гигиены полости рта. У пациентов проведен расчёт пародонтальных индексов, ортопантограмма, конусно-лучевая компьютерная томография, периодонтометрия (оценка подвижности зубов методом определения резонансной частоты).

В комплексном лечении хронического пародонтита применен метод барофореза для доставки дексаметазона в 4-й зубной сегмент в день манипуляции и через 7 дней.

Результаты. Клинический случай : Пациент 1. Возраст 42г. Пол Ж.

Жалобы на краткосрочную кровоточивость десны после чистки зубов и откусывании твердой пищи, привкус крови во рту, запах изо рта подвижность зубов.

Объективно: Подвижность зубов I степени. Во фронтальных отделах имеется наддесневой и поддесневой зубной камень. Десневые сосочки отечны; имеется кровоточивость десневой борозды в области указанных зубов I степени. Наличие пародонтальных карманов глубиной 3–5 мм преимущественно в области зубов 16, 15, 25, 26, 27, 36, 37, 46, 47 с вестибулярных сторон. Пальпация десневого края безболезненна.

После применения барофореза дексаметазоном в комплексе лечения хронического генерализованного пародонтита отмечалось снижение отёка и гиперемии десневого края, укрепление связочного аппарата зуба, а также уменьшение количества рецидивов заболевания.

Выводы. Разработанный метод лечения может быть использован в челюстно-лицевой, хирургической и ортопедической стоматологии для выбора оптимальной терапии хронического пародонтита.

МЕСТО МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМАХ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА И ИХ БЕЗОПАСНОСТЬ

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

Крыловская Е.М.³, студент 6 курса лечебного факультета

Руководитель: заведующий кафедрой неотложной и общей хирургии ФГБОУ

ДПО РМАНПО Минздрава России, д.м.н., профессор Д.А. Благовестнов

1. ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,

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

3. МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Актуальность. Аппендэктомия продолжает занимать первое место по оперативной активности среди ургентной абдоминальной патологии. В 20–30 % случаев пациенты поступают в стационар уже с осложненным течением заболевания- перитонитом. Он является основной причиной летальных исходов (0,13%, из которых 0,12%- послеоперационная).

До сих пор, при распространенном перитоните выбор хирургического доступа остается предметом обсуждений. Но, исследование безопасности и возможностей данного метода привело к развитию такого перспективного направления, как тактика санационных релапароскопий по требованию.

Цель. Установить возможные пределы в применении лапароскопии для лечения пациентов с распространённым аппендикулярным перитонитом.

Материалы и методы. За период 2016 - 2019 гг.. в ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» прооперировано 1410 пациентов с острым аппендицитом. У 554 больных был выявлен перитонит, у 104 пациентов имела место распространенная форма: у 88- диффузная, у 16- разлитая.

Процесс написания научной работы сопровождался внедрением стандартов пери- и после операционного ведения пациентов: всем пациентам производилась аспирация выпота из брюшной полости, далее выполнялась лигатурным способом аппендэктомия, лаваж брюшной полости.

Начиная с 2019 года, двум пациентам с разлитой формой перитонита была выполнена санационная релапароскопия по показаниям. Больные первые 96 часов находились в реанимационном отделении, где кроме консервативного лечение, проводились методы экстракорпоральной детоксикации.

Результаты. Из 104 пациентов с распространенным перитонитом, у 83 (79,8%) оперативное вмешательство было выполнено и завершено лапароскопическим доступом: 79- при диффузной форме, 4- при разлитой. Интраоперационных осложнений не было.

Послеоперационные осложнения в группе пациентов с диффузной

формой перитонита отмечены в 5 случаях: абсцедирование (3) и послеоперационный инфильтрат с кишечной непроходимостью (2).

Внутрибрюшные абсцессы были дренированы под УЗ-наведением, пациентам с послеоперационными инфильтратами с исходом в кишечную непроходимость была проведена консервативная терапия с положительным эффектом. Все случаи Clavien-Dindo были расценены как IIIa тип.

При разлитой форме, осложнения были отмечены в двух случаях: тонкокишечная непроходимость у одного больного и несостоятельность культи червеобразного отростка с исходом в наружный толстокишечный свищ – у второго, в связи с чем пациентам потребовалась терапия в условиях реанимационного отделения. В данных наблюдениях имелось завышение показаний к лапароскопическому доступу (2 ст. тяжести, 3 стадии).

Послеоперационных осложнений у пациентов перенесших программную лапароскопическую санацию не отмечалось, интраоперационная картина соответствовала 1 степени и 2 стадия заболевания.

Выводы. Лапароскопический метод эффективен и безопасен при лечении пациентов с распространенными формами аппендикулярного перитонита, в том числе использование санационных релапароскопий, что существенно улучшает ближайшие и отдаленные результаты лечения.

АЛТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Арутюнян Г.С., аспирант кафедры оториноларингологии

Руководитель: Косяков С.Я., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Лечение экссудативного среднего отита (ЭСО) все еще является спорным вопросом, так как общепринятые подходы к лечению

не приводят к удовлетворительному и долгосрочному облегчению симптомов, оториноларингологи разных стран часто сталкиваются с проблемой рецидивирования ЭСО, с частотой между 9,1% и 59% случаев.

В поиске оптимального метода лечения данной патологии в нашем исследовании мы применяли транстимпанальный инъекционный метод с применением дексаметазона.

Цель работы. Совершенствование методов лечения больных с ЭСО и исследование эффективности транстимпанальных инъекций (ТТИ) дексаметазона в лечении больных с данной патологией.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 65 пациентов, из них 8 человек с двусторонним характером заболевания (73 уха), прошедших лечение по поводу ЭСО в период с 2018 по 2020 г. Пациенты были рандомизированы на 2 группы: основную и контрольную. В основную группу вошли 31 человек (33 уха), пациентам этой группы проводили ТТИ дексаметазона. В контрольную группу вошли 34 человек (40 ушей), последние подверглись тимпаностомии. Все пациенты до и после лечения проходили стандартное оториноларингологическое обследование, отомикроскопию, аудиологическое обследование. Срок наблюдения пациентов составлял 12 месяцев. Эффективность лечения оценивали с учетом аудиологических данных.

Результаты лечения. В результате исследования эффективность ТТИ дексаметазона в лечение ЭСО составила 61%. С помощью логистического анализа была установлена статистически значимая закономерность между увеличением длительности заболевания и снижением эффективности лечения ТТИ ($p=0.04$, $\text{Exp}(B)=0,987$).

Статистический анализ по Каплану- Мейеру позволил определить всего 7% вероятность рецидива ЭСО в течение 1-го года после ТТИ.

Выводы. Транстимпанальный инъекционный метод с применением дексаметазона является наиболее предпочтительным методом лечения ЭСО при незатяжном течении заболевания в силу малоинвазивности и простоте

выполнения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕОДОЛЕНИЮ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ МЕТОТРЕКСАТА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Асоскова А.В., аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии

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

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность. Псориаз относится к числу наиболее распространенных заболеваний кожи. Распространенность псориаза в мире колеблется от 0,6 до 5%. Одним из препаратов выбора для системного лечения среднетяжелых и тяжелых форм псориаза является метотрексат, однако, у 23.9% пациентов развивается гепатотоксическое действие метотрексата, что является одним из основных факторов, ограничивающим его применение.

Цель. Провести анализ данных современных исследований прогнозирования гепатотоксического действия метотрексата у больных с псориазом.

Методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ литературы с использованием ресурсов Elibrary, Medline/PubMed, Scopus, Springer, Web of Science, опубликованной в период 2015–2020 гг. Использовались ключевые слова: псориаз, профиль безопасности метотрексата, гепатотоксичность метотрексата, psoriasis, methotrexat-induced hepatotoxicity, drug toxicity

Результаты. Для прогнозирования гепатотоксичности метотрексата,

перед началом терапии необходимыми являются проведение общего анализа крови, определения уровня печеночных ферментов, креатинина и мочевины (поскольку препарат выводится почками и нарушение их функции может повысить риск гепатотоксичности), серологические исследования на гепатиты В и С, а также исключение других факторов риска повышенной гепатотоксичности. Пациенты с хроническими заболеваниями печени, гиперлипидемией, сахарным диабетом, ожирением, принимавшие гепатотоксичные препараты, злоупотребляющие алкоголем, наиболее подвержены гепатотоксическому действию метотрексата и их состояние требует более тщательного мониторинга.

Гепатотоксическое действие метотрексата проявляется двумя группами НЛР: повышением печеночных ферментов и структурными изменениями печени (гепатозом, фиброзом, циррозом). Поскольку основным механизмом повышения уровней ферментов печени является накопление в клетках печени полиглутаматных форм препарата и дефицит фолатов, назначение фолиевой через 12 часов после приема препарата в дозировке не менее 5 мг в неделю снижает риск этих НЛР. Для мониторинга этой группы НЛР необходимым является тщательный контроль уровня печеночных ферментов на протяжении всей терапии метотрексатом. В исследованиях на мышинных моделях выявлено, что причиной метотрексат-индуцированного фиброза печени является стимуляция синтеза коллагена под влиянием накопления аденозина. Стеатоз развивается в результате нарушения метаболизма гомоцистеина: его избыток запускает процесс накопления липидов клетками печени посредством активации эндоплазматического ретикулума. Метотрексат запускает процесс перекисного окисления липидов, что приводит к синтезу активных форм кислорода и повреждению клеток печени. Для отслеживания состояния пациентов, получающих терапию длительно и находящихся в группе риска развития структурных изменений печени, необходимо проведение биопсии печени и неинвазивных методов диагностики (измерение уровня сывороточного маркера фиброза печени-проколлагена-3-пептида, проведение

фиброэластографии, МРТ) под наблюдением гастроэнтеролога.

Согласно данным современных фармакогенетических исследований, среди факторов, влияющих на безопасность терапии метотрексатом, большая роль отводится однонуклеотидным полиморфизмам в генах, определяющих индивидуальные особенности фармакокинетики и фармакодинамики метотрексата. Повышенный риск гепатотоксичности отмечается у носителей аллеля 80A гена *SLC19A1* в локусе *rs1051266*, у пациентов с генотипом 3R гена тимидилсинтетазы в положении *rs34743033*, у носителей полиморфизма 3'UTR *6bp del*, гена тимидилсинтетазы в положении *rs34489327*.

Выводы. Выявление критериев обследования состояния печени пациента до начала лечения, определение объективных и надежных показателей мониторинга состояния пациента в процессе терапии, понимание механизмов возникновения НЛР и их устранение, установление достоверной взаимосвязи между дозой и путем введения препарата и риском развития НЛР, а также определение фармакогенетических биомаркеров, позволяющих выявить группы пациентов, предрасположенных к развитию гепатотоксического действия метотрексата, лежат в основе оптимального клинико-лабораторного подхода к обеспечению безопасности терапии метотрексатом и являются перспективными направлениями для дальнейших исследований.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С МОЧЕПУЗЫРНО-КИШЕЧНЫМ СВИЩОМ

Афанасьева В.А., аспирант кафедры хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России, очная форма обучения

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение.

Дивертикулы представляют собой грыжевидные выпячивания стенки полого органа, воспаление которых может осложниться воспалением, кровотечением, перфорацией, формированием свищей (фистул) и абсцессов. Наиболее редко встречающееся осложнение дивертикулярной болезни — фистулы, формирующиеся за счет эрозии стенки и последующего прорыва дивертикула в рядом расположенный орган. В нашем исследовании мы представили случай мочепузырно-кишечного свища с двухэтапным хирургическим лечением.

Клинический случай.

В августе 2017г. у пациента появились жалобы на дизурические явления (боль, жжение при мочеиспускании, выделение газа и кала при мочеиспускании). При обследовании пальпаторно в нижних отделах живота определяется плотно-эластичное образование, чувствительное при пальпации. При колоноскопии выявлен дивертикулез толстой кишки с визуализацией свищевого хода. Выполнена МРТ малого таза: выявлен свищевой ход между полостью мочевого пузыря и сигмовидной кишки с инфильтрацией паравезикальной клетчатки. Первым этапом 21.09.2017г. в плановом порядке лапароскопически сформирована превентивная двухствольная колостома с целью отключения кишечного пассажа от свища. При ревизии в средней трети сигмовидной кишки выявлен плотный инфильтрат, включающий петлю сигмовидной кишки и заднюю стенку мочевого пузыря. Послеоперационный период протекал гладко, без особенностей. При контрольном обследовании 07.11.2017г. на фоне проводимой противовоспалительной терапии по данным УЗИ брюшной полости воспалительные изменения стенки толстой кишки и мочевого пузыря купированы, инфильтрация паравезикальной клетчатки значительно уменьшилась, в связи с чем вторым этапом 14.11.2017г. выполнено лапароскопическое вмешательство. Колостома ушита. При интраоперационной ревизии средняя треть сигмовидной кишки фиксирована к дну мочевого пузыря с формированием толстокишечно-пузырного свища. При этом инфильтрат в

значительной степени уменьшился в размерах в сравнении с интраоперационной картиной при первом этапе хирургического лечения. Выполнена медиально-латеральная мобилизация ободочной кишки с пересечением нижней брыжеечной артерии и вены, мобилизацией селезеночного изгиба и дистальной трети поперечной ободочной кишки; разобщение толстокишечно-пузырного свища с иссечением его в стенке мочевого пузыря. Дефект мочевого пузыря ушит двухрядным обвивным швом. Оставлен мочевой катетер №18. Сигмовидная кишка пересечена сшивающим аппаратом на границе с верхнеампулярным отделом прямой кишки. Сигмостома ликвидирована, препарат выведен в рану. Проксимальная граница резекции выполнена на уровне дистальной трети нисходящей ободочной кишки, после чего толстая кишка погружена в рану, восстановлен карбоксиперитонеум и лапароскопически сформирован десцендо-ректоанастомоз по типу «конец-в-конец». Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки послеоперационного периода, на 12-е сутки удалён мочевой катетер. При дальнейшем наблюдении в течение 2 лет общее состояние удовлетворительное.

Обсуждение.

Наиболее частой причиной образования мочепузырно-кишечных свищей является дивертикулярная болезнь кишечника (72.2%), реже опухоли (15.3%) и болезнь Крона (9.7%) (9). Традиционно пациентам с мочепузырно-кишечными свищами выполнялись открытые вмешательства с резекцией пораженного участка кишки и дальнейшим решением о формировании стомы или первичного анастомоза в зависимости от интраоперационной ситуации. В настоящее время ввиду развития видео-эндоскопических технологий в хирургии пациентам возможно выполнение малоинвазивных одно- и двухэтапных методов лечения. Последний мета-анализ подтвердил более быстрое восстановление функции кишечника при лапароскопических вмешательствах в сравнении с лапаротомными, что, в свою очередь, влияет на продолжительность госпитального периода лечения, являющуюся важным

показателем как психологической, так и экономической составляющей ведения пациентов. Вместе с тем отдаленные результаты таких вмешательств не уступают открытым операциям. Важным элементом тактики ведения таких пациентов является предоперационная подготовка пациента противовоспалительными препаратами, послеоперационное лечение, включая декомпрессию мочевого пузыря с удалением мочевого катетера на 10–12 сутки после операции, а также персонализированный подход к ведению пациентов с индивидуальным интегрированием вышеуказанных компонентов лечения в частный клинический случай.

Выводы.

Дивертикулы ободочной кишки – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний. Наиболее редким осложнением дивертикулярной болезни являются мочепузырно-кишечные свищи (2–4% случаев). С учетом развития малоинвазивных способов лечения в настоящее время методом выбора при отсутствии противопоказаний является применение лапароскопических вмешательств с резекцией пораженного участка кишки и мочевого пузыря при должных предоперационной подготовке и послеоперационном ведении пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЕСШЕГО ВНУТРЕНнюю ОККЛЮЗИОННУЮ ГИДРОЦЕФАЛИЮ, НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАТЕНТНОГО ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА, ВЫЗВАННОГО ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Ахмадуллина Э.М., Анохин В.А., Фатыхова Э.Ф., Садриева А.И.,

Соловьева М.С.

Бодрова Р.А., заведующая кафедрой реабилитологии и спортивной медицины,
д.м.н., КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, к.м.н.,

доцент кафедры реабилитологии и спортивной медицины, д.м.н., КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России Д.Л. Нефедьева.

ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ, г. Казань

ГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Казань

КГМА – ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

Введение. В работе представлено описание клинического случая по проведению комплексной этапной реабилитации пациенту с окклюзионной гидроцефалией, возникшей на фоне хронического латентного течения менингоэнцефалита цитомегаловирусной этиологии.

Клинический случай. Пациентка Ф., 5 лет, рожденная от 2 беременности, 2 родов на сроке 26 недель. Масса тела при рождении 1200 г, длина тела 37 см, окружность головы 29 см, оценка по шкале Апгар – 2 балла на 1 мин. Анамнез отягощен по нейрохирургическим вмешательствам (на 21 день жизни установлен наружный дренаж правого бокового желудочка, на 5 неделе жизни – левого бокового желудочка, вентрикулоперитонеостомия справа, в 1 год 1 месяц стереотоксическая имплантация вентрикулярного стента, в 4 года 6 месяцев тривентрикулоцистерностомия слева). Поступила в ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ в августе 2020 г. с жалобами на многократную рвоту. После госпитализации отмечалось ухудшение состояния. По данным РКТ головного мозга наблюдались признаки дисфункции ТВЦС. Была проведена операция по экстренным показаниям: наложение наружного вентрикулярного дренажа слева. По данным инструментальных обследований (РКТ-вентрикулография и МРТ головного мозга) отмечались признаки ишемического поражения в бассейне ветвей средней и задней мозговых артерий, внутренней гидроцефалии. ВПШ. Признаки отека головного мозга. Была проведена операция (24.08.2020 г.): эндоскопическая реТВЦС слева. Удаление наружного дренажа. Принята на курацию мультидисциплинарной реабилитационной командой (МРК) 21.08.2020 г. в отделении нейрохирургии после стабилизации состояния для проведения I этапа реабилитационных мероприятий. Назначены

реабилитационные мероприятия первого этапа. Через 1 месяц после завершения нейрохирургического этапа – переведена в отделение реабилитации для проведения II этапа реабилитационных мероприятий. В неврологическом статусе при переводе состояние тяжелое по функциональному дефициту. Дыхание самостоятельное. Питание через назогастральный зонд смесью, усваивает. Был выставлен реабилитационный диагноз: синдром угнетения сознания, нарушение структуры головного мозга, нарушение функции мышечной силы, мышечного тонуса, нарушение функции подвижности сустава. На фоне проводимых реабилитационных мероприятий положительной динамики не отмечалось. Учитывая повышение IgG на ЦМВИ в анамнезе, признаки менингоэнцефалита по МРТ головного мозга от октября 2020 г., быстрое закрытие стомы в головном мозге, отсутствие положительной динамики на фоне лечения было принято решение о консультации профессора кафедры детских инфекций ГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, который выставил диагноз: «Хронический латентный менингоэнцефалит». После назначения этиотропного лечения инфекционистом отмечалось улучшение соматического состояния, повышения уровня сознания.

Вывод. Таким образом, при проведении реабилитационных мероприятий большое значение имеет патогенетическое лечение, командный, мультидисциплинарный подход к пациенту с привлечением врачей профильных специальностей, что в совокупности улучшает прогноз восстановления.

ВНУТРЕННЯЯ МЕЗЕНТЕРИКО-ПАРИЕТАЛЬНАЯ ГРЫЖА КАК ПРИЧИНА РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Ахматов Р.А. аспирант кафедры детской хирургии им. академика
С.Я. Долецкого, Миронова И. К. ординатор кафедры детской хирургии

им. академика С.Я. Долецкого, Сангаре К.Д. ординатор кафедры детской хирургии им. академика С.Я. Долецкого

Руководитель: Соколов Ю.Ю. д.м.н., проф., заведующий кафедрой детской хирургии им. академика С.Я. Долецкого.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва.

Введение. Внутренние грыжи являются редкой хирургической патологией (не более 4% всех случаев абдоминалгий) и могут быть причиной развития острой кишечной непроходимости и возникновения болевого синдрома. Причиной развития внутренних грыж считается нарушение внутриутробного слияния брюшинных листков, что обуславливает формирование необычных карманов, в которые, при определенных условиях, внедряются петли кишки. Это, как правило, приводит к странгуляционной кишечной непроходимости с характерной клинической и рентгенологической картиной

Цель. Продемонстрировать редкое клиническое наблюдение сочетания внутренней мезентерико-париетальной грыжи и дивертикула Меккеля как причину рецидивирующего абдоминального болевого синдрома.

Клинический случай. Мальчик 13 лет обратился в клинику с жалобами на боли в животе, многократную рвоту. Из анамнеза известно, что ему за 5 месяцев до поступления была выполнена лапароскопическая аппендэктомия по поводу флегмонозного аппендицита. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) выявлен инфильтрат брюшной полости, локализующийся в правой подвздошной области и малом тазу. Назначена антибактериальная терапия, на фоне которой клинические признаки воспаления в брюшной полости были купированы. При спиральной компьютерной томографии с внутривенным контрастированием высказано предположение о наличии энтерокисты. При лапароскопии установлено, что в правой подвздошной ямке между листками париетальной брюшины имеется внутренняя мезентерико-париетальная грыжа. Грыжевые ворота образованы дивертикулом Меккеля, верхушка которого

фиксирована к корню брыжейки. В грыжевом мешке находятся 50 см подвздошной кишки без признаков нарушения кровоснабжения. С помощью коагулятора EnSeal грыжевой мешок полностью иссечен. Мобилизован и резецирован аппаратом EndoGia 45 mm расположенный в 50 см от илеоцекального угла дивертикул Меккеля.

Результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент выписан на 6 сутки с момента операции в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Представленное клиническое наблюдение свидетельствует о сложностях диагностики внутренней мезентерико-париетальной грыжи как причины рецидивирующих болей в животе у детей. В постановке окончательного диагноза в этих случаях большое значение имеет лапароскопия.

– Б –

ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ SARS-COV-2, В СТРУКТУРЕ КОМОРБИДНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТАМИ

Баранова М.М., аспирант очной формы обучения по специальности

14.01.22 – «ревматология»

Руководитель: Белов Б.С., д.м.н.

ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва, Россия

Цель исследования. Изучение роли инфекции, вызванной вирусом SARS-Cov-2, в структуре коморбидных инфекций (КИ) у стационарного контингента больных спондилоартритами (СПА) в ходе одномоментного ретроспективного исследования.

Материалы и методы. В исследование включены 224 больных СПА (128 мужчин, 96 женщин, возраст 38.9 ± 12.18 лет), госпитализированных в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в период с января 2020 г. по январь 2021 г. У 144 из них диагностирован анкилозирующий спондилит, у 61 – псориатический артрит, у 1 – спондилоартрит, ассоциированный с болезнью Крона, у 18 – недифференцированный спондилоартрит. Продолжительность заболевания составила 10.87 ± 8.84 мес. Большинство опрошенных имели высшее образование (60.4%). Никто из пациентов не употреблял алкоголь на регулярной основе, 137 человек (в т.ч. перенесших Covid-19 – 25) никогда не курили. Индекс коморбидности Чарлсона, равный 0, имели 108 пациентов (в т.ч. перенесших Covid – 20), 1 – 54 (в т.ч. перенесших Covid-19 – 7), 2 – 28 (в т.ч. перенесших Covid-19 – 4), 3 – 16 (в т.ч. перенесших Covid-19 – 2), 4 – 11 (в т.ч. перенесших Covid-19 – 3), 5 и более – 7 (ни один из перенесших Covid-19). 34.4% больных за все время заболевания получали монотерапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) или НПВП в сочетании с сульфасалазином (СУЛЬФ). 147 пациентов наряду с НПВП/СУЛЬФ получали иммуносупрессивную терапию: глюкокортикоиды-ГК

(n=72), метотрексат-МТ (n=120), лефлуномид – ЛЕФ (n=15), генно-инженерные биологические препараты – ГИБП (n=71). Все пациенты были опрошены врачом-исследователем с заполнением унифицированной анкеты. При необходимости дополнительную информацию получали из медицинской документации.

Результаты. Лидирующее место в структуре КИ у больных СПА занимали инфекции дыхательных путей: острый назофарингит (n=177), тонзиллит (n=79), острый бронхит (n=37), гайморит (n=37), пневмония (n=33), грипп (n=33), туберкулез (n=6). Инфекциями иных локализаций были герпес-вирусные инфекции (n=113), микозы (n=55), инфекции мочевыводящих путей (n=47), конъюнктивит и блефарит (n=41), отит (n=27), инфекции половых органов (n=19), инфекции кожи (n=14), кишечные инфекции (n=13), инфекции нервной системы (n=2), инфекции костей (n=2), хронический гепатит В (n=1), хронический гепатит С (n=1), ВИЧ-инфекция (n=1), краснуха во взрослом возрасте (n=1), корь во взрослом возрасте (n=1). 36 больных СПА перенесли инфекцию, вызванную SARS-CoV2. На момент постановки диагноза Covid-19 12 больных получали монотерапию НПВП, 11 – СУЛЬФ, 5 – МТ, 1 – ГК, 3 – комбинированную терапию СУЛЬФ и ГК, 2 – МТ и ГК, 1 – СУЛЬФ, МТ и ГК, 1 – МТ, ГК и голимумаб. У 11 пациентов была диагностирована пневмония: у 6 – КТ 1, у 4 – КТ 2, у 1 – микст-пневмония (вирусная пневмония, осложнившаяся бактериально-грибковой). 3 больных с пневмонией получали иммуносупрессивную терапию (2 – МТ, 1 – ГК), 5 страдали гипертонической болезнью, 2 – хронической сердечной недостаточностью, двое курили, один пациент был старше 65 лет. У 25 больных СПА Covid-19 проявлялся симптомами острого назофарингита или протекала бессимптомно. После перенесенной Covid-19 обострение СПА отмечено у 20 пациентов, 6 больных были вынуждены временно отменить проводимую терапию.

Выводы. Полученные нами данные свидетельствуют об актуальности проблемы КИ (в т.ч. инфекции, вызванной вирусом SARS-Cov-2) при СПА. Необходимы дальнейшие исследования на бóльших выборках больных с целью

поиска значимых факторов риска КИ, изучения их взаимосвязи с клиническими характеристиками и влияния на течение Спа.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Бартыханова А.О., ординатор 2 года кафедры неотложной и общей хирургии

Руководитель: к.м.н. Антонян С.Ж.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России ГБУЗ г. Москвы,

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

Актуальность темы. Тонкокишечная непроходимость (ТнКН) – наиболее частое осложнение спаечной болезни, встречающееся у 67–93% больных, перенесших операцию на органах брюшной полости. Обращает на себя внимание, что более чем у трети больных, оперированных по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости, при лапаротомии обнаруживаются единичные спайки, при этом травматичность доступа превышает интраабдоминальную травму и приводит к развитию новых сращений.

Таким образом представляется перспективным преимущественное использование консервативного лечения, а при необходимости хирургического использования лапароскопического доступа.

Цель. Улучшить результаты лечения больных со спаечной болезнью.

Материалы и методы. За период 2016–2020 годы в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского пролечено 367 больных со спаечной тонкокишечной непроходимости, из которых 119(32,5%) были оперированы, а у 248(67,5%) пациентов было эффективно консервативное лечение. Средний возраст составил $42,6 \pm 3,8$ лет. Мужчин было 160 (43,5%), женщин 207(56,5%). Диагностический алгоритм включал клинические, лабораторные данные, результаты инструментальных методов обследования: ультразвуковое,

рентгенологическое, в том числе контрастное исследование желудочно-кишечного тракта, что позволяло оценить эффективность консервативной терапии и своевременно решить вопрос о хирургическом лечении. Показанием к экстренной операции считали клиническую картину странгуляции тонкой кишки и перитонит.

Результаты. На этапе приемного отделения показания к экстренной операции установлены у 18 пациентов (4,9%). Из них лапароскопическим доступом оперировано 8 пациента. Консервативное лечение начато у 349 (95,1%) больных. Из них терапия была эффективна у 248 больных (71,2%), а у 101 пациента (29,8%) в процессе динамического наблюдения установлены показания к отсроченной операции. Из лапаротомного доступа оперировано 76 больных (75,4%). У 25 пациента (24,6%) при динамическом наблюдении нарушение сроков пассажа водорастворимого контрастного вещества или РФП из тонкой кишки в ободочную кишку в течение 6–12 часов от начала контрастного исследования свидетельствовало о неразрешенной кишечной непроходимости и явилось показанием к выполнению хирургического вмешательства лапароскопическим доступом. Конверсия выполнено 4 пациентам. Из 248 пациентов у которых спаечная непроходимость разрешилась после проведения консервативной терапии, в 12 наблюдениях (4,8%), учитывая рецидивирующее течение кишечной непроходимости в анамнезе (от 3 до 6 раз в год) были установлены показания к плановому лапароскопическому адгезиолизису.

Показанием к выполнению лапароскопического адгезиолизиса в плановом порядке явились:

- успешное консервативное разрешение спаечной тонкокишечной непроходимости
- рецидивирующее течение спаечной болезни (в течение года 4–6 раз).
- «малые» лапаротомии в анамнезе
- наличие акустического УЗИ-окна для введения первого троакара

Послеоперационные осложнения отмечены у 4 пациентов (8,9%), у двух

пациентов (4,5%) в виде развития послеоперационного пареза (I по Clavien-Dindo), у третьего (2,2%) нагноения послеоперационной раны (I по Clavien-Dindo), разрешенного консервативно. У четвертого больной (2,2%) интраоперационно при лапароскопическом рассечении спаек произошла перфорация участка тонкой кишки, которая ушита эндоскопически отдельными узловыми швами. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 5 сутки.

В группе больных, оперированных лапароскопическим доступом, умерших не было, что было связано со строгим соблюдением показаний и противопоказаний к отбору пациентов, и правил безопасности при хирургическом вмешательстве. В этой группе больных при наблюдении в течении 3-4х лет рецидивов спаечной болезни не наблюдалось.

Заключение. Диагностические возможности на современном этапе позволяют при поступлении в стационар у 95% пациентов со спаечной кишечной непроходимостью начать консервативное лечение. В подавляющем большинстве случаев (71,2%) оно эффективно и позволяет отказаться от экстренного оперативного лечения. При установлении показаний к хирургическому лечению доступом выбора является лапаротомия, однако в 24% возможно использование лапароскопического доступа.

ВАРИАНТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОККЛЮЗИЯМИ ПУТЕЙ ПРИТОКА И ГЛУБОКОЙ АРТЕРИИ БЕДРА

Басирова Н.М., аспирант кафедры ангиологии, сердечно-сосудистой,
эндоваскулярной хирургии и аритмологии

Руководитель: Харазов А.Ф., к.м.н., доцент кафедры ангиологии, сердечно-сосудистой, эндоваскулярной хирургии и аритмологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, старший научный сотрудник отделения хирургии сосудов ФГБУ «НМИЦ хирургии им.А.В.Вишневого» Минздрава России.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: продемонстрировать возможность выполнения гибридной реваскуляризации конечности и ее сохранение у пациентов с критической ишемией при поражении подвздошно-бедренного сегмента и отсутствием дистального русла.

Материалы и методы: 2 клинических наблюдения успешной гибридной реваскуляризации и сохранения конечности у пациентов с критической ишемией. В обоих случаях отмечалась окклюзия подвздошных артерий (у одного из больных наблюдался также тромбоз бранши аорто-бедренного шунта), окклюзия ствола глубокой артерии бедра и поверхностной бедренной с подколенной артериями. Обоим пациентам выполнены гибридные реваскуляризации. В первом случае произведена механическая ретроградная реканализация и баллонная ангиопластика передней берцовой, подколенной и поверхностной бедренной артерий слева, тромбэктомия из левой бранши аортобедренного протеза, реконструкция левого дистального анастомоза аорто-бибедренного шунта за счет надставки в субинтимальное пространство реканализованной поверхностной бедренной артерии (армированный протез Экофлон бмм). Во втором случае была произведена идентичная операция, только в качестве притока использовался перекрестный бедренно-бедренный шунт.

Результаты: Обе операции прошли успешно, удалось восстановить магистральный кровоток в передней берцовой артерии. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением. После операции восстановилась пульсация на стопе, болевой синдром в конечности был купирован. На момент написания работы (через 18 мес. после реваскуляризации) состояние больных было удовлетворительным, болей в оперированной конечности не было, стопа жизнеспособна.

Заключение: интерес представляет концепция восстановления

кровотока в конечности за счет реканализации поверхностной бедренной артерии при окклюзии глубокой бедренной и формирования дистального анастомоза с субинтимальным пространством артерии. Подобный подход расширяет возможности повторных реваскуляризаций конечности при отсутствии артерий оттока, в частности, глубокой бедренной артерии, и, в конечном счете, дает еще один шанс для сохранения конечности у этой тяжелой и часто бесперспективной категории больных.

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЭЯКУЛЯТА, АССОЦИИРОВАННЫЕ СО СНИЖЕНИЕМ МАССЫ ТЕЛА У МОЛОДЫХ БЕСПЛОДНЫХ МУЖЧИН С ПАТОЗООСПЕРМИЕЙ, ПОСТПУБЕРТАТНЫМ ВИСЦЕРАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И НЕОТЯГОЩЕННЫМ АНДРОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Бобков Д.Н., аспирант

Руководитель: Роживанов Р.В., д.м.н., главный научный сотрудник, профессор
кафедры эндокринологии-диабетологии

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
эндокринологии» Минздрава России, отделение андрологии и урологии

Показатели качества эякулята, ассоциированные со снижением массы тела у молодых бесплодных мужчин с патозооспермией, постпубертатным висцеральным ожирением и неотягощенным андрологическим анамнезом

Цель работы. Оценить влияние снижения массы тела на различные показатели эякулята у пациентов с бесплодием, постпубертатным висцеральным ожирением и неотягощенным андрологическим анамнезом.

Методы исследования. Ретроспективное исследование случай-контроль. 33 бесплодным мужчинам с постпубертатным алиментарным висцеральным ожирением в возрасте до 30 лет были даны рекомендации по

снижению массы тела за счет гипокалорийного питания и ежедневных аэробных физических нагрузок. Проводилась оценка массы тела, антиоксидантной активности эякулята и показателей спермограммы исходно и в динамике через 6 мес. По окончании исследования пациенты были разделены на группы снизивших массу тела на 5% и более – 12,0[11,0;14,0]% (n=16) и менее 5% – 2,2[1,0;4,1]% (n=17) и проведено сравнение.

Результаты. На момент начала медицинского вмешательства статистически значимые различия между группами отсутствовали. Через 6 мес. показатели количества сперматозоидов в 1 мл эякулята, содержания их морфологически нормальных форм, и антиоксидативная активность эякулята оказались статистически значимо выше в группе снижения (более чем на 5%) массы тела: 42[29;66] млн. против 22[16;29] млн. $p=0,002$, 7[4;9]% против 4[1;5]% $p=0,002$, и 2,1[2;2,2] Мм-экв против 1,0[0,8;1,1] Мм-экв $p<0,001$, соответственно.

Выводы. У молодых мужчин с постпубертатным висцеральным ожирением и неотягощенным андрологическим анамнезом клинически значимое снижение массы тела ассоциировано с улучшением показателей качества эякулята.

– В –

ПЕРВИЧНАЯ ЛИМФАНГИЭКТАЗИЯ КИШЕЧНИКА: КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

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

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

Дмитриева Ю.А., к.м.н., доц.,

Заплатников А.Л., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ, г. Москва

Цель исследования. Систематизировать данные, полученные в результате ведения пациентов с первичной лимфангиэктазией кишечника (болезнью Вальдмана) в период с 2015 по 2020 год на базе ДГКБ им. З.А. Башляевой.

Материалы и методы. Проведен анализ симптомов, возраста дебюта заболевания и постановки диагноза, локализации поражения кишечника, наличия/отсутствия сопутствующей патологии, а также диагностических маркеров и эффективности проводимой терапии.

Результаты. Всего проанализировано пять случаев болезни Вальдмана. Среди начальных проявлений, послуживших поводом для дальнейшего обследования, превалирует отечный синдром на фоне выраженной гипопротейнемии, гипоальбуминемии. Возраст дебюта симптомов варьировал от 5 месяцев до 3,5 лет, при этом минимальный срок постановки диагноза составил 1 месяц (сочетался с ранним дебютом), максимальный – 15 месяцев (при более позднем дебюте). Средний уровень общего белка в крови до начала терапии составил 32 г/л, альбумина – 23,6 г/л. У всех пациентов отмечалось значительное повышение уровня альфа-1-антитрипсина в кале (до 10 норм). При проведении эндоскопического исследования у всех пациентов выявлены

характерные изменения слизистой 12-перстной кишки, подвздошной кишки. Сопутствующая патология наблюдалась у двоих детей: в одном случае лимфангиэктазия кишечника сочеталась с аллергическим энтероколитом, в другом – с врожденным нарушением ритма сердца. Во всех случаях в качестве лечения использовалась низкожировая диета с обогащением рациона среднецепочечными триглицеридами и жирорастворимыми витаминами, а также короткие курсы заместительной терапии растворами альбумина и внутривенное введение иммуноглобулинов. Это приводило к стабилизации белка, альбумина и иммуноглобулина в сыворотке крови, что позволило купировать отечный синдром и предупредить развитие инфекционно-воспалительных осложнений без дополнительной медикаментозной терапии.

Выводы. Болезнь Вальдмана является классическим вариантом экссудативной энтеропатии – состояния с патологической потерей белка через желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). Развивающаяся при этом гипопропротеинемия требует проведения дифференциального диагноза для верификации других ее возможных причин, связанных со снижением синтеза (хронические заболевания печени, тяжелая белково-энергетическая недостаточность) или повышенными потерями белка иными путями (почечная патология, обширные ожоги кожи). Специфичным маркером, подтверждающим потерю белка через ЖКТ, является повышение альфа-1-антитрипсина в кале. Патологические состояния, приводящие к развитию экссудативной энтеропатии, включают эрозивные и неэрозивные заболевания кишечника, а также аномалии лимфатической системы ЖКТ. К последней группе и относится болезнь Вальдмана – врожденный порок развития лимфатических сосудов кишечника, при котором богатая белком лимфа «утекает» в просвет кишки. Верификация диагноза основывается на выявлении характерных эндоскопических (точечные белесоватые наложения на слизистой двенадцатиперстной и тощей кишок) и гистологических данных (расширенные лимфатические капилляры в строме ворсинок и подслизистом слое). В проанализированных нами случаях диетотерапия (низкожировая + среднецепочечные триглицериды +

жирорастворимые витамины) и короткие курсы внутривенного введения альбумина и иммуноглобулина показали высокую эффективность.

– Г –

ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ СТЕНОЗАМИ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Гаджиева З.Ф., ординатор кафедры неврологии ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России,

Якупова Э. И., врач-невролог 10 неврологического отделения
ГКБ им. С.П. Боткина

Руководители: Левин О.С., д.м.н., проф., зав. кафедрой неврологии с курсом
рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России,

Карабач Ю.В., зав. отделения сосудистой хирургии
№ 54 ГКБ им. С.П. Боткина,

Сотников А.С., зав. 10 неврологического отделения ГКБ им. С.П. Боткина
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Атеросклеротическое поражение магистральных артерий головы с развитием их стеноза или окклюзии является основной причиной ишемического повреждения головного мозга. Острая и хроническая сосудистая мозговая недостаточность является важнейшей причиной когнитивных расстройств, влияющих на дальнейшее качество жизни.

Цель исследования. Изучение динамики высших мозговых функций у больных со стенозирующим поражением брахиоцефальных артерий после каротидной эндартерэктомии (КЭА), и ее влияния на качество жизни.

Материал и методы. Основная группа- 16 больных. Критерии включения – наличие неосложненного стеноза 70% и более или осложненного стеноза 50% и более, проведение КЭА в ранний постинсультный период. Оценка неврологического статуса проводилась по шкале инсульта национального института здоровья (NIHSS), оценка когнитивных функций по

Монреальской шкале когнитивной оценки (MoCA), тесту 3-КТ, оценка аффективных нарушений – по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Группу контроля – 8 человек с наличием критического стеноза, которые отказались от проведения КЭА. Основная группа и группа контроля соответствовали друг другу по среднему возрасту ($68,3 \pm 4,5$ лет и $69,2 \pm 3,3$ лет) и степени тяжести неврологического дефицита по шкале NIHSS на момент поступления ($12,1 \pm 3,4$ балла и $11,9 \pm 2,7$ балла соответственно).

Также была проведена ретроспективная оценка 47 человек, после перенесенного инсульта и проведенной КЭА через 1 год (оценка качества жизни и риска развития повторного инсульта после перенесенной операции)

Результаты. Не было выявлено достоверной разницы динамики неврологического дефицита и когнитивного статуса в основной группе и группе сравнения ($p > 0,05$). Выраженность тревоги у пациентов основной группы статистически достоверно снизилась ($p < 0,05$), что связано с психологическим эффектом после проведенной операции и устранением основной причины возможного повторного инсульта.

Ретроспективная оценка 47 пациентов после перенесенного КЭА показала, что ни у одного из них не случился повторный инсульт, все пациенты отмечали высокий показатель качества жизни.

Выводы.

- 1) Послеоперационный период пролеченных больных проходил без осложнений.
- 2) Планируется повторное исследование спустя 3 месяца для изучения долгосрочных результатов операции.
- 3) При ретроспективном исследовании ранее прооперированных больных оцениваются риски возникновения повторных ишемических повреждений головного мозга, и оценка качества жизни.
- 4) Данные различных исследований дают противоречивые результаты о динамике когнитивных функций. В некоторых исследованиях отмечено

ухудшение, в некоторых -улучшение. Поэтому окончательно вопрос остается нерешенным.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ

Гафиуллина А.Д., аспирант кафедры онкологии, радиологии и
паллиативной медицины, очная форма обучения

Руководитель: Афанасьева З.А., д.м.н., профессор кафедры онкологии
радиологии и паллиативной медицины

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

Введение. Несмотря на успехи в терапии эпителиального рака яичников (ЭРЯ), эта опухоль остается резистентной к существующим препаратам. Современные данные свидетельствуют о том, что опухоли могут преодолевать гибель посредством аутофагии - процесса, при котором опухолевые клетки переваривают свои собственные белки и клеточные компоненты при недостатке энергии и дефиците питательных веществ. Данные литературы свидетельствуют о разнонаправленной связи аутофагии и канцерогенеза: в зависимости от типа опухоли, микроокружения и уровня малигнизации аутофагия или замедляет, или ускоряет процесс развития опухолей. Часто аутофагия активируется в результате использования противоопухолевых средств.

Цель работы. Выявление прогностических факторов агрессивности течения ЭРЯ по уровню маркеров аутофагии и апоптоза в опухолевой ткани.

Материалы работы. Были исследованы белки-маркеры аутофагии и апоптоза LC-3, Beclin, CASP-8, BCL-2 в опухолевой ткани пациенток с ЭРЯ. В исследовании приняло участие 22 пациента с первичным раком яичников в

период с 10.2018г. по 02.2019г. с гистологическим подтипом низкодифференцированного серозного рака. Из них: пациентов с T3cNxM0- стадией было 17, T1aNxM0 – 2, T1cNxM0 – 3.

Методы работы. Метод исследования был выбран ПЦР real time. Проспективное исследование проведено на базе отделения онкогинекологии ГАУЗ РКОД МЗ РТ.

Результаты работы. Пациенты были рандомизированы на 2 группы: живые и умершие. В группе умерших оказалось 5 человек, в группе живых – 17 человек. Проведя анализ полученных данных, можно отметить, что наступление смерти происходило в течение 1 года от момента постановки диагноза. В группе умерших больных отмечается увеличение уровня антиапоптотического маркера BCL-2, а также повышение маркера аутофагии LC-3 по сравнению с живыми больными.

Выводы. Повышение уровня маркеров LC-3 и BCL-2 свидетельствует о неоспоримом влиянии состояния аутофагии и апоптоза на течение рака яичников. Насколько велика роль аутофагии в развитии химиорезистентности и возможности ее преодоления нам еще предстоит изучить.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНЫХ СТРИКТУР ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Генердукаев Л.Л., ординатор кафедры эндоскопии ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

Руководитель: Тетерин Ю.С., к.м.н.

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

Цель: Оценить эффективность эндоскопического лечения больных с АБС после перенесенной ОТП.

Материалы и методы: с декабря 2001 по декабрь 2020 года в Научно-

исследовательском институте скорой помощи им. Н.В.Склифосовского было выполнено 742 ОТП с вариантом билиарной реконструкции – холедохохоледохостомия. Из них АБС развились у 46 (6,2%) больных. Мужчин было 31, женщин – 15. Средний возраст больных составил 49 (40; 56,5) лет.

Эндоскопическое лечение АБС выполняли методом, включающим в себя диагностическую ЭРХГ, эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), билиодуоденальное стентирование, назобилиарное дренирование, баллонную дилатацию.

Для стентирования желчных путей применялись пластиковые билиодуоденальные стенты диаметром от 7,0 до 11,5Fr и длиной от 8 до 13 см (Olympus, Cook, Balton) и металлические самораскрывающиеся полностью покрытые стенты, диаметром от 0,8 до 1,0 см и от 8 до 10 см длиной (Nanarostent, Endostar).

Эндоскопическое лечение проводилось поэтапно. Плановая замена пластиковых стентов выполнялась через 2–3 месяца. При рестентировании металлическим самораскрывающимся стентом экспозиция составляла 4–6 месяцев.

Результаты:

ЭРХГ была выполнена 45 (97,8%) больным у 1 (2,2%) пациента канюляция холедоха неуспешна в связи с анатомическими особенностями.

У 4 (8,6%) пациентов дренирование супрастенотического отдела желчевыводящих путей оказалось безуспешным, в связи со стриктурой менее 0,1 см в диаметре, которая сочеталась с выраженной ангуляцией или S-образной деформацией области анастомоза, что потребовало хирургического вмешательства.

Эндоскопическое лечение было проведено 41 пациентом (89,1%).

21 из 41 пациентов (51,2%) выполнена замена пластикового на саморасширяющийся стент с предварительной баллонной дилатацией АБС. 17 пациентам (41,5%) проводилась замена пластикового стента на однотипный. Из них у 7 пациентов (17,1%) в настоящее время лечение продолжается.

Средние показатели продолжительности эндоскопического лечения составили $12 \pm 2,4$ месяца, среднее число эндоскопических процедур – 1 до 12 и в среднем составляло 3(1;5) на пациента.

Эндоскопическое лечение оказалось успешным у 27 из 41 больных (65,9%). У 7 пациентов (17,1%), несмотря на проведенный курс лечения, отмечен рецидив АБС, что потребовало хирургического вмешательства.

Заключение: Эффективность эндоскопического лечения больных с АБС после перенесенной ОТП составляет 65,9%. Таким образом, методы современного эндоскопического лечения и интервенционной радиологии позволяют в большинстве случаев успешно пролечивать стриктуры билиобилиарных анастомозов, тем самым достигая хороших отдаленных результатов малоинвазивным методом.

ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЧЕСКИХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Горожанина А.А., очный аспирант кафедры акушерства и гинекологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Руководитель: Кузнецов Р.Э., д.м.н.,

профессор кафедры акушерства и гинекологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение и актуальность. Протоколы «fast-track» - это программы ускоренной послеоперационной реабилитации, в основе реализации которых лежит комплексный подход. Предоперационная подготовка включает информирование пациента по вопросам планируемого оперативного лечения, отказ от механической очистки толстой кишки, отказ от премедикации, сокращение периода полного голодания перед хирургическим лечением.

Интраоперационно применяют короткодействующие анальгетики с предпочтением регионарной анестезии. Большое значение отводится выбору хирургического лечения в пользу малоинвазивной хирургии – использование лапароскопических и роботических технологий.

Цель работы. оценка эффективности применения протоколов «fast-track» у гинекологических больных после роботических и лапароскопических операций.

Материалы и методы. За период с 2018 по 2020 год в гинекологическом отделении ГКБ им. Боткина по протоколам «fast-track» прошли лечение 418 больных, 378 (90,4 %), из которых с миомой матки, 24 пациентки (5,7 %) с распространенным инфильтративным эндометриозом, 16 (3,8 %) с неопластическими процессами гениталий. Им были выполнены лапароскопические (n = 339), роботоассистированные (n = 44) гистерэктомии; лапароскопические (n = 13) и роботоассистированные (n = 6) операции по поводу распространенного инфильтративного эндометриоза; расширенные гистерэктомии с выполнением тазовой и поясничной лимфоденэктомии: лапароскопические (n = 9) и роботоассистированные (n = 7).

Результаты. После применения протоколов «fast-track» отмечается улучшение раннего послеоперационного течения. При стандартном ведении нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника отмечается чаще в 4,9 раза, 29 пациенток против 6 оперированных (6,9 % против 1,4 %), рвота в послеоперационном периоде – чаще в 7 раз, 50 пациенток против 7 (11,9 % против 1,7 %). Потребность в обезболивании опиоидными анальгетиками была выше на 37%. Тяжелых послеоперационных осложнений в исследованных группах не наблюдалось.

Сроки госпитализации составили в среднем при лапароскопической гистерэктомии по поводу миомы матки – 1,6 суток и роботоассистированной – 1,4. Пациентки с распространенным инфильтративным эндометриозом после хирургического лечения находились в стационаре 3,8 суток, после роботоассистированной операции – 3,6. При выполнении лапароскопической

расширенной гистерэктомии с выполнением тазовой и поясничной лимфоденэктомии по поводу неоплатических процессов гениталий средний койко-день составил 4,2, а при робоассистированной – 4,0.

Выводы. Полученные результаты показали, что применение «fast-track» протоколов у больных с гинекологической патологией с использованием роботических и лапароскопических технологий в сравнении со стандартным ведением больных демонстрируют улучшение течения раннего послеоперационного периода, уменьшение болевого синдрома, снижение послеоперационных осложнений (парез кишечника, тонкокишечная непроходимость, дисбактериоз), что в целом приводит к улучшению результатов хирургического лечения и сокращению длительности госпитализации.

ТАКТИКА ВЫБОРА СТАРТОВОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Горячева А.А., ординатор кафедры неонатологии имени профессора

В.В. Гаврюшова ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Завьялов О.В., аспирант кафедры анестезиологии–реаниматологии ФГБОУ

ДПО «ЦГМА» Управления делами Президента России, г. Москва

Руководители: Дементьев А.А., к.м.н., доцент кафедры неонатологии имени профессора В.В. Гаврюшова ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России;

Пасечник И.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии-реаниматологии ФГБОУ ДПО «ЦГМА»

Управления делами Президента России

Актуальность. Адекватная респираторная поддержка – важнейшее звено терапии недоношенных детей с респираторными нарушениями в раннем

периоде новорожденности. При этом одной из актуальных задач неонатологии на современном этапе является снижение частоты применения инвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) за счет разработки и внедрения в практику обоснованного применения различных способов неинвазивной респираторной терапии.

Цель исследования. Определить возможности и ограничения для применения в качестве стартовой респираторной терапии неинвазивной ИВЛ в режиме двойного положительного давления DUOPAP (Duo positive airway pressure) у недоношенных детей в раннем неонатальном периоде для снижения частоты использования инвазивной ИВЛ.

Материалы и методы. В открытом пилотном исследовании проведен комплексный анализ анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных показателей состояния матери, плаценты, плода и новорожденного в 79 парах мать - недоношенный новорожденный ребенок. По характеру спонтанных дыхательных усилий, целевому уровню сатурации (SpO_2) и числу баллов по шкале Сильверман–Андерсен, все недоношенные дети были разделены на 3 группы. 1 группу (n=24) составили дети, которым с рождения проводилась ИВЛ в режиме SIMV (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation). Во 2 группу (n=29) вошли дети, получавшие респираторную терапию в режиме DUOPAP. 3 группу (n=26) составили новорожденные, находившиеся на DUOPAP, но, в связи с прогрессированием дыхательной недостаточности, переведенные в дальнейшем на ИВЛ в режиме SIMV.

Результаты. Установлено, что стартовая респираторная терапия в режиме DuoPAP может быть эффективной в том случае, когда у недоношенного ребенка при рождении имелись регулярные спонтанные дыхательные движения, оценка респираторных нарушений по шкале Сильвермана–Андерсен была 3 балла и менее, а SpO_2 – находилась на уровне 92% и более. В тоже время отмечено, что перинатальными факторами, исключающими возможность проведения стартовой респираторной терапии в

режиме DuoPAP являлись: тяжелая асфиксия, отсутствие у новорожденного спонтанных дыхательных движений, отсутствие проведенной в полном объеме антенатальной стероидной профилактики синдрома дыхательных расстройств плода, выраженный инфекционный процесс у матери, оценка по шкале Сильвермана–Андерсен 6 баллов и более, SpO₂ менее 85-88%.

Выводы. Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод о том, что проведенное пилотное исследование является важным подготовительным этапом для полномасштабного изучения показаний и ограничений для стартовой неинвазивной ИВЛ в режиме DuoPAP у недоношенных детей с синдромом дыхательных расстройств в раннем неонатальном периоде.

– Д –

ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАНИЯ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И РЕЗУЛЬТАТЫ КАРДИО-РЕСПИРАТОРНОГО СКРИНИНГА

Дамбаева Б.Б., очный аспирант кафедры терапии

Руководитель: Онучина Е.В., д.м.н., проф. кафедры терапии

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

Цель. Изучить влияние неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) на антропометрические данные и показатели кардио-респираторного скрининга при синдроме обструктивного апноэ сна (СОАС).

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование карт стационарных больных, прошедших кардио-респираторный скрининг (КРС) в ЧУЗ «КБ «РЖД-Медицина» г. Иркутск». В исследование включили 31 последовательного пациента в возрасте от 31 до 62 лет с верифицированными диагнозами СОАС (n=17) и сочетания СОАС и НАЖБП (n=14). Группы были сопоставимы по возрасту, полу и сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. В исследование не включали пациентов с ранее известными заболеваниями органов дыхания и ЛОР-органов. СОАС диагностировали на основании индекса апноэ/гипопноэ (ИАГ): для легкой степени – 5, но менее 15 в час, средней степени – 15 и более, но менее 30 в час, тяжелая – от 30 и более в час (РОС, 2018). НАЖБП верифицировали в соответствии с клиническими рекомендациями РОПИП и РГА (2016). Расчет статистически значимых различий средних в 2 группах произвели по U критерию Манна-Уитни. Пороговый уровень значимости приняли равным $p \leq 0,05$.

Результаты. При анализе антропометрических данных индекс массы тела ($p=0,018$) и окружность талии ($p=0,05$) были статистически значимо выше

в группе СОАС+НАЖБП по сравнению с группой СОАС. По результатам КРС в группе СОАС+НАЖБП по сравнению группой СОАС достоверно ниже средняя SpO_2 ($p=0,03$), минимальная SpO_2 ($p=0,0026$), выше суммарное время SpO_2 менее 95% ($p=0,04$). Достоверных различий по ИАГ не выявлено.

Выводы. Сочетание СОАС с НАЖБП ассоциировано с более выраженными проявлениями абдоминального ожирения и гипоксии во сне, чем монопатология СОАС.

КОНЦЕВАЯ ИЛЕОСТОМА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Дарбишгаджиев Ш.О., аспирант кафедры хирургии и эндоскопии

им. профессора Н.А. Баулина

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

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

Актуальность. Проблема разработки относительно безопасного по развитию осложнений вида кишечной стомы давно привлекает внимание хирургов. Поскольку развитие осложнений, связанных с наличием и функционированием кишечной стомы не только оказывает отрицательное влияние на исход хирургических вмешательств, но и значительно усугубляет социальную реабилитацию стомированных больных.

Цель. Оценить безопасность и эффективность временной концевой илеостомы в профилактике развития несостоятельности швов толстой кишки.

Материал и методы. Проведено открытое проспективное продольное клиническое исследование с участием 43-х больных, которым выполнена превентивная илеостома для отключения дистальных отделов толстой кишки. Возрастной диапазон больных, включенных в исследование, колебался от 18 до 89 лет. Средний возраст – $62,5 \pm 11,2$ года. В зависимости от величины ИМТ

больные были распределены следующим образом: ИМТ $<18,5-25,00$ кг/м² – 13 пациентов, ИМТ $25,00-29,9$ кг/м² – 14, ИМТ $>30,00$ кг/м² – 16. Средняя величина ИМТ составила $27,4 \pm 6,1$. Перед проведением реконструктивно-восстановительного вмешательства проводился стандартный комплекс обследований, включающий, в том числе и эндоскопический осмотр слизистой толстой кишки. Закрытие кишечной стомы проводили в сроки от 3-х недель до 2-х месяцев.

Полученные результаты. Среди 43-х больным, которым выполнена концевая илеостома, развитие несостоятельности толстокишечных швов не выявлено. В раннем послеоперационном периоде у 3-х больных отмечено развитие перистомального дерматита. При этом тщательный подбор калоприемника, местное применение антисептиков и защитных кремов позволили купировать развившиеся осложнения. Однако развитие перистомального дерматита привело к увеличению сроков закрытия кишечной стомы до 2-х месяцев. При этом статистическая взаимосвязь между ИМТ и развитием перистомального дерматита не была установлена $p > 0,05$.

Заключение. Превентивная концевая илеостома является относительно безопасным и эффективным видом кишечной декомпрессии. ИМТ не влияет на частоту перистомальных осложнений при наложении модифицированной концевой илеостомы. Развитие перистомального дерматита приводит к увеличению сроков проведения реконструктивно-восстановительных вмешательств.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РАНЕВЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Дарбишгаджиев Ш.О., аспирант кафедры хирургии и эндоскопии

им. профессора Н.А. Баулина

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

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

Введение. Оперативные вмешательства на органах брюшной полости относятся к разряду травматичных вмешательств, сопряженных с высоким риском развития раневых послеоперационных осложнений. При этом исход хирургического лечения и качество жизни больных зависит от того, насколько своевременно были выявлены послеоперационные осложнения и осуществлены лечебные мероприятия. В силу этого, в клинической практике возрастает значение прогнозирования риска развития раневых послеоперационных осложнений, а разработка и внедрение модифицированного способа профилактики данных осложнений является актуальной задачей.

Цель. Разработать и внедрить в клиническую практику способ прогнозирования и профилактики раневых послеоперационных осложнений.

Материал и методы исследования. Проспективное, многоцентровое когортное клиническое исследование, в котором представлен количественный анализ раневых послеоперационных осложнений у 418 больных. Всем пациентам были выполнены различные по типу и характеру оперативные вмешательства на толстой кишке с первичным наложением анастомоза. Из них мужчин – 228 (54,5%) и женщин – 190 (45,5%), средний возраст 63,7 – 10,8 года с диапазоном от 22 до 85 лет. При этом в качестве неблагоприятных факторов, были определены 50 перемен, которые могли повлиять на процесс заживления толстокишечного соустья.

Полученные результаты. Послеоперационные осложнения наблюдались у 48 (11,5%) больных, причем несостоятельность анастомоза – у 21 (5,0%). Путем попарного сравнения групп больных, имевших и не имевших несостоятельность анастомоза, в регрессионный анализ, включены все факторы с высокой степенью значимости. При этом полученные коэффициенты важности выбраны в качестве весовых значений для создания шкалы прогнозирования. При построении ROC-кривой для анализа прогностической точности шкалы несостоятельности анастомоза, получены показатели: AUC –

92,6%, коэффициент детерминации $R^2 = 0,181$. В группе высокого риска для профилактики развития несостоятельности анастомоза наложена авторская илеостома. При этом ожидаемо было отмечено, что полное выключение дистальных отделов толстой кишки позволяет исключить риск развития несостоятельности анастомоза.

Закключение. Предложенная шкала обладает высокой способностью прогнозирования несостоятельности анастомоза, а применение авторской илеостомы позволяет исключить риск развития данного осложнения и улучшить непосредственные результаты хирургического лечения.

КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Дементьева А.А., ординатор кафедры офтальмологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

На сегодняшний день диабетический макулярный отек (ДМО) – лидирующая причина потери зрения при диабетической ретинопатии (ДР). Основной подход к лечению отека - это антиангиогенная терапия (ранибизумаб и афлиберцепт) и панретинальная лазерная коагуляция. Тем не менее, высок риск геморрагических проявлений, которые могут возникнуть на любой стадии ДР и в различных структурах глаза. Геморрагические проявления широко представлены в классификация ВОЗ, причем на всех стадиях ДР. При терапии геморрагических осложнений основным звеном воздействия является фибринолиз. Катализировать этот процесс извне можно с помощью фермента проурокиназы, которая нечувствительна к специфическим ингибиторам, присутствующим в плазме крови, что в итоге приводит к более быстрому и эффективному рассасыванию сгустка крови.

Проведены собственные наблюдения и лечение срочных пациентов с

геморрагическими проявлениями ДР, госпитализированных в ГКБ имени С.П. Боткина. Клинический случай 1: пациент поступил с резким снижением зрения, диагноз непролиферативная ДР, ДР I, субретинальное кровоизлияние. Офтальмоскопические данные подтверждены объективными данными оптической когерентной томографии, где видна элевация всех слоев сетчатки сгустком крови, и данными ультразвукового исследования (УЗИ). Представлены результаты в динамике: до, на фоне и после лечения с полным восстановлением максимально корригируемой остротой зрения (МКОЗ). Клинический пример 2: пациент поступил с жалобами на «темную сетку» перед глазом, диагноз препролиферативная ДР, ДР II, гемофтальм, что подтверждалось не только офтальмоскопически, но и данными УЗИ. Представлены результаты лечения в динамике до, на фоне и после лечения с полным восстановлением МКОЗ. Однако не всегда удается достичь таких результатов. Клинический пример 3: пациент с пролиферативной ДР, ДР III. ДМО. Частичный гемофтальм. Во время лечения у пациента на фоне положительной динамики произошел гипертонический криз с последующей госпитализацией в терапевтическое отделение. Состояние ухудшилось, гемофтальм увеличился.

Предложен подход к комплексному лечению геморрагических осложнений при ДР с применением фибринолитика проурокиназы Гемазы в дозе 5000ЕД 1 раз в сутки, ангиопротектора добезилата кальция по 500 мг 3 раза в сутки, фермента и антиагреганта, вся терапия назначена по согласованию с терапевтами, эндокринологами и кардиологами. Раннее и своевременно начатое лечение даже массивных кровоизлияний в сетчатку и другие структуры глаза позволяет сохранить зрение пациента.

ПРОФИЛАКТИКА ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЭКОЛОГИЧЕСКИ ЗАГРЯЗНЕННОЙ ТЕРРИТОРИИ, ПОСРЕДСТВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ ЙОДА И СЕЛЕНА

Демина А.С., студент 3 курса факультета КП и ВСО

Научный руководитель: Петрищева А.В., к.м.н., доцент кафедры
поликлинической терапии

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет имени
академика Е.А.Вагнера» Минздрава России, г. Пермь, Россия

Введение. Йододефицитными состояниями являются патологические состояния, которые возникают в популяции в результате йодного дефицита и могут быть полностью предотвращены при нормальном потреблении йода. Йод - жизненно необходимый элемент, участвующий в продукции гормонов щитовидной железы тироксина и трийодтиронина. Эти гормоны принимают участие во всех обменных процессах, влияют на энергетический, углеводный, жировой обмен, иммунные механизмы, физическое, психическое и половое развитие. Наиболее уязвимыми для развития негативных последствий дефицита йода являются дети. В школьном возрасте недостаток йода ведет к снижению памяти, внимания и других познавательных способностей, трудностям школьного обучения, проблемному поведению. Наш регион относится к дефицитным по содержанию йода в почве и воде. Также, необходимо отметить, что в последнее время появляется много научных работ, которые рассматривают важные причины развития йоддефицитных состояний такие факторы как: все более ухудшающаяся экология, транспорт, загрязняющий окружающую среду, хлорирование питьевой воды.

Цель. Изучить сравнительную эффективность профилактики йододефицитных состояний у детей, проживающих на экологически загрязненной территории, посредством использования комплекса препаратов Йод-актив и Селен-актив и монотерапии препаратом Йодомарин 100.

Материалы и методы. Для исследования были отобраны дети на базе МУЗ «ДГП № 2», которых по результатам обследования ультразвукового и биохимического (ТТГ, сТ₄) можно было отнести к детям с состоянием йодной недостаточности. Анализ показателей медианы йодурии у детей показал, что у них исходно имеет место йодная недостаточность легкой степени. Она составила у детей первой и второй групп – 53 мкг/л. Профилактика йодной недостаточности осуществлялась комплексным использованием органических соединений йода «Йод-актив» и селена «Селен-актив» для реабилитации детей. Всего в исследование было включено 25 детей. Из них первая группа n=15 человек, вторая группа n=10 человек. Детям первой группы был назначен «Йод-актив» по 2 таблетки в день, что обеспечивало ежедневно 100 мкг йода, и «Селен-актив» по 1 таблетке в день, что обеспечивало 50 мкг селена ежедневно в течение пяти месяцев. Дети второй группы также на протяжении 5 месяцев получали препараты неорганического йода «Йодомарин 100» – в общепринятых дозировках. Все дети были исследованы ультразвуковым методом для оценки состояния щитовидной железы – ее размеров, плотности, однородности. Эффективность профилактического приема данных препаратов оценивалась при помощи определения концентрации йода в разовых порциях утренней мочи. Для оценки функционального состояния гипофизарно-тиреоидной системы использовались результаты содержания ТТГ и сТ₄ в крови.

Результаты. Исследования проводились перед началом приема препаратов, через 2,5 месяцев, а также после окончания курса профилактики через 5 месяцев. У детей на фоне приема «Йод-актив» и «Селен-актив» отмечается положительная динамика со стороны тиреоидной системы, наблюдается уменьшение размеров щитовидной железы, улучшение ее структуры. Через 5 месяцев после приема препарата нормализуются размеры щитовидной железы у детей основной группы: у девочек – 66%, у мальчиков – 73%. Выросла медиана йодурии до 103 мкг/л. Анализ содержания ТТГ и сТ₄ выявил статистически значимое снижение показателя ТТГ в сыворотке крови обследуемых детей с $1,93 \pm 0,14$ мЕд/мл до $1,23 \pm 0,07$ мЕд/мл ($p < 0,05$). В то же

время в крови обследуемых сТ₄ существенным образом не изменилось исходное содержание: было $17,28 \pm 0,25$ нмоль/мл, стало $17,07 \pm 0,35$ нмоль/мл). Во второй группе показатели ТТГ и сТ₄ достоверно не изменились, но выросла медиана йодурии и составила 104 мкг/л, положительная динамика со стороны щитовидной железы выявлена только у 22,5%.

Выводы. Йод и селен, взаимодействуют, чтобы улучшить метаболизм гормонов щитовидной железы. Наличие йода и селена в органической форме т.е. связанных с белком (соотношение между ними 1:0,7) обеспечивает нормальную функцию щитовидной железы и оптимальную выработку важнейших ее гормонов тироксина, сТ₄ и трийодтиронина, регулирующих деятельность практически всех органов и систем организма. Проведенный анализ полученных результатов выявил, что использование органических соединений йода и селена для профилактики йододефицита у детей, проживающих на экологически загрязненной территории, наравне с применением «Йодомарина 100», является эффективным методом и оказывает положительное влияние на состояние гипофизарно-тиреоидной системы.

РАЗВИТИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ В ВИДЕ ФУРУНКУЛЕЗА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АДАЛИМУМАБОМ

Дибров Д.А., ординатор 2 года очной бюджетной формы обучения,

Сахарова К.В., младший научный сотрудник лаборатории
спондилоартритов и псориатического артрита

Руководитель: Коротаева Т.В., д.м.н., заведующая лабораторией
спондилоартритов и псориатического артрита.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой»

Введение. Спондилоартриты – группа хронических воспалительных заболеваний позвоночника, суставов, энтезисов, характеризующаяся общими

клиническими, рентгенологическими/МРТ (выявленными при магнитно-резонансной томографии) и генетическими особенностями. Зачастую спондилоартриты могут сопровождаться кожными симптомами в виду перекрестных аутовоспалительных механизмов. Однако также описаны редкие случаи кожных проявлений нежелательных реакций в виде акне и фурункулеза на фоне терапии блокаторами фактора некроза опухоли- α (инфликсимаб, адалимумаб).

Клиническое наблюдение. Пациент Д., 20 лет, имеет достоверный диагноз анкилозирующего спондилита с ювенильным началом, HLA-B27 ассоциированный, поступил в клинику института в декабре 2020г. с жалобами на боль воспалительного ритма в поясничном отделе позвоночника и крестце, боль и припухание в правом коленном суставе и боль в голеностопных суставах. Из анамнеза известно, что болен с 2017г., в дебюте – артрит правого коленного сустава. Принимал сульфасалазин 2000 мг в сутки per os – без эффекта, после чего метотрексат 15 мг в неделю подкожно – без эффекта. В 2018г. присоединение боли воспалительного ритма в поясничном отделе позвоночника, артрит левого коленного сустава. В связи с неэффективностью базисной терапии в 2018г. инициирована терапия адалимумабом в дозе 40 мг подкожно 1 раз в 2 неделю с положительным эффектом: купированы боль в спине и артриты периферических суставов. С начала 2020г. отметил появление фурункулов в области лица и шеи, при этом ранее кожной патологии у пациента не регистрировалось. Трижды проводилось хирургическое лечение фурункулов в области лица. Назначалась антибиотикотерапия цефтриаксоном 1,0 мл в/м № 10. В виду хронических рецидивирующих фурункулов в июне 2020 г. отменен адалимумаб, на фоне чего отмечено постепенное разрешение фурункулов и отсутствие их рецидивирования. С сентября 2020 г. обострение заболевания, боли воспалительного ритма в поясничном отделе позвоночника, присоединение артрита правого коленного сустава. При клиническом осмотре у пациента артрит правого коленного сустава, болезненность при перкуссии по остистым отросткам позвонков в поясничном отделе, положительный симптом

Кушелевского, модифицированный тест Шобера 3 см, ограничение боковых наклонов справа и слева до 6 см, BASDAI 6,8. По данным лабораторных методов обследования С-РБ 92 мг/л. По данным инструментальных методов обследования по рентгенографии костей таза обнаружен двусторонний сакроилиит 2 стадии, по магнитно-резонансной томографии правого коленного сустава (режимы T1, T2, STIR) – синовит, энтезиты, остеоиты бедренной и большеберцовой костей, по данным УЗИ тазобедренных суставов – двусторонние пролиферативные кокситы. Учитывая высокую активность заболевания, неэффективность базисной терапии и нежелательную реакцию на прием адалимумаба в виде фурункулеза пациенту назначен секукинумаб (козэнтикс) 150 мг подкожно по схеме 0, 1, 2, 3, 4 недели и затем каждые 28 дней с хорошей переносимостью и положительным эффектом, нежелательных реакций отмечено не было.

Вывод. На примере пациента с анкилозирующим спондилитом с ювенильным началом продемонстрирована редкая нежелательная реакция на прием ингибиторов фактора некроза опухоли- α в виде рецидивирующего фурункулеза лица и шеи. Также показано, что при замене базисной терапии на блокатор ИЛ-17 - секукинумаб отмечен положительный эффект по костно-суставному синдрому.

МОДИФИКАЦИЯ ДОЗ НЕ ОКАЗЫВАЕТ СУЩЕСТВЕННОГО ВЛИЯНИЯ НА ЧАСТОТУ ПРОГРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА

Дмитриева Е.А., врач-гематолог, ГБУЗ ГКБ им.С.П.Боткина ДЗМ г. Москвы

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ г. Москвы

Введение. Ибрутиниб, необратимый ингибитор брутонтирозинкиназы, в настоящее время является стандартом терапии пациентов с рецидивами хронического лимфолейкоза (ХЛЛ), поскольку радикально превосходит по эффективности традиционную иммунохимиотерапию. Препарат назначается на неопределенный период времени, что делает изменения доз в зависимости от токсичности, сопутствующих заболеваний, фармакокинетики или соблюдения режима неизбежным для большинства пациентов. При хроническом миелолейкозе плохой комплаенс во время использования ингибиторов BCR-ABL является одним из критических факторов, способствующих потере ответа [7, 8]. Можно предполагать, что неадекватная доза ибрутиниба может содействовать отбору устойчивых клонов.

Цель исследования. Проверить гипотезу о том, что плохой комплаенс влияет на исход (частоту прогрессирования) у пациентов с рецидивами ХЛЛ.

Материалы и методы. В исследование включено 258 пациентов с доступной информацией о дозировках, которые принимали ибрутиниб с 1 ноября 2015 г. по 1 февраля 2019 г. в городской больнице им. С.П. Боткина в Москве. Интенсивность дозы (ИД) определялась как отношение реально принятой к запланированной дозе ибрутиниба и включала как пропуски, так и редукции доз. Прерывание / уменьшение дозы оценивалось во время регулярных визитов, мониторировалось с использованием дневников пациентов, записей о количестве выписанного препарата, поскольку все пациенты получали лекарство из одного источника. В силу временного характера анализируемого параметра, для оценки выживаемости выборка была разделена на 2 части: когорта ранней прогрессии (пациенты, у которых прогрессия произошла до 730 дня) и когорту поздней прогрессии (все остальные пациенты). В когорте ранней прогрессии события у всех пациентов произошли. В оставшейся выборке дозовая интенсивность высчитывалась за фиксированный срок – 730 дней. Параметры до лечения анализировали стандартным способом. Выживаемость строили от начала терапии или точки

landmark до события (прогрессия или смерть) или последнего визита.

Результаты. Характеристики больных представлена в таблице 1. Средний возраст составлял 65 лет (от 32 до 92 лет). Было 167 мужчин и 91 женщин. При медиане срока наблюдения 33,8 месяцев (1,23–66 месяцев) 155 пациентов (60%) были живы на момент последнего наблюдения, медиана выживаемости составила 56,4 месяца. Всего было зарегистрировано 86 случаев прогрессии на фоне лечения: 55 случаев до 24 месяцев и 31 после 24 месяцев. Пятьдесят девять (23%) пациентов имели только прерывали прием препарата, 46 (18%) снижали дозу и у 48 (19%) имело место как прерывание, так и уменьшение дозы. Всего было 160 эпизодов временного прекращения приема препарата и 141 эпизод снижения дозы. Медиана ДИ в подгруппе пациентов, у которых было снижение дозы и прерывание лечения, составила 97,2%, диапазон 22,6 – 99,9%. В общей выборке ДИ <100% наблюдалось у 153 (59%) пациентов, ДИ <97% - у 76 (29%) пациентов.

Ни в одной из анализируемых нами когорт не было выявлено статистически значимой разницы во времени до прогрессии с использованием разных уровней ДИ (70% - 99%). Данные в тезисе показаны при границе 97%, которая представляет собой медиану для пациентов с модификациями дозы. Так, в когорте ранней прогрессии медианы времени до прогрессии составили 9 и 10 мес., в оставшейся группе пациентов 3-летнее время до прогрессии составило 82% и 86%.

В отличие от времени до прогрессии, мы обнаружили весьма значимые различия в общей выживаемости в зависимости от ДИ, рассчитанного в пределах 12 месяцев и 24 месяцев (все случаи с событиями, произошедшими до этих временных точек, были исключены, соответственно). 3-летняя ОВ для точки 12 месяцев составила 80% и 64%, для точки 24 месяца 86% и 80% ($p < 0.05$).

Мы, также, проанализировали связь между модификациями доз у пациентов с неблагоприятными прогностическими факторами и их влиянием в различных подгруппах пациентов. В этой выборке следующие факторы имели

предиктивное значение для времени до прогрессии: наличие del (17p), более 3 предыдущих линий терапии, статус ECOG ≥ 2 и ≥ 3 . Общая выживаемость достоверно зависела от пола, возраста, креатинина, статуса по шкале ECOG и сахарного диабета. Достоверно различное распределение пациентов с уровнем ДИ менее и более 97% наблюдалось у пожилых пациентов >60 лет, у пациентов с ECOG >2 и >3 и инфарктом миокарда в анамнезе.

Заключение. Таким образом, нам не удалось зафиксировать значительное влияние неполного комплаенса на развитие рефрактерности у больных с рецидивами ХЛЛ. Напротив, снижение дозовой интенсивности достоверно коррелировало с общей выживаемостью. Налицо кластерирование отклонений от дозы в подгруппах более пожилых пациентов, больных с коморбидностью и инфекциями. Наше исследование позволяет заключить, что клинически оправданные редукции доз ибрутиниба вполне допустимы.

ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИКАРДА ПРИ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Дмитриева К.В., очная форма обучения, кафедра терапии и подростковой
медицины

Руководитель: Павловская Е.А., к.м.н., асс.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Известно, что короновиральная инфекция может оказывать влияние на сердечно-сосудистую систему и приводить к развитию перикардита и миокардита.

Клинический случай. Пациент 71 год поступил в ГКБ им. В.В. Вересаева с жалобами на давящие, сжимающие боли в области сердца, без иррадиации и связи с физической нагрузкой на протяжении 2–2,5 месяцев. В анамнезе заболевания: гипертоническая болезнь, хронический простатит.

Принимает фуросемид и омник. Так же известно, что в декабре 2020 г. пациент перенес короновиральную инфекцию. По данным КТ органов грудной клетки помимо изменений, характерных для вирусной пневмонии (КТ-1), был выявлен гидроперикард (до 40 мм). В феврале 2021 г. в связи с нарастанием вышеуказанных жалоб пациент был госпитализирован. При обследовании: общий анализ крови – без отклонений; в биохимическом анализе крови обращает на себя внимание уровень С-РБ-175,16 мг/л. Ig М к Coronavirus – 0.78, Ig G к Coronavirus – 275,23. КТ органов грудной клетки – гидроперикард (до 6,4 см). ЭКГ: снижение вольтажа зубца R в отведениях V1-V6. ЭХО-КГ: значительный гидроперикард (объем жидкости порядка 1000 мл) с признаками значимой компрессии сердца. Под УЗИ- контролем выполнена пункция перикарда, эвакуировано 1750 мл серозной жидкости. Результат цитологического исследования – реактивный выпот. Клинический анализ выпотной жидкости – цвет – желтая; белок – 12,3 г/л; проба Ривальта – положительно; удельный вес – 1012 г/дл; эритроциты, лейкоциты – 0; клетки мезотелия – умеренно; нейтрофилы – 17%; лимфоциты – 51%; макрофаги – 32%; микобактерии – не обнаружено. Туберкулезное поражение и заболевания соединительной ткани исключены. Пациенту проводилась противовоспалительная, антибактериальная, диуретическая терапия. При динамическом наблюдении по данным ЭХО-КГ отмечается прирост жидкости в объеме 900 мл, выполнена плевроперикардиостомия, эвакуировано 600 мл серозного экссудата. Ежедневно выделялось 100-150 мл светлого содержимого. В схеме лечения дексаметазон был заменен на преднизолон, добавлен магнерот. Впоследствии, при контрольном ЭХО-КГ жидкость в полости перикарда и плевральных полостях не определялась.

Обсуждение. Учитывая наличие в перикарде обильного сплетения сосудов микроциркуляторного русла, SARS-CoV-2 с помощью S-белка связывается с рецепторами сердечного ангиотензинпревращающего фермента 2, вызывая повреждение протеогликана и гликокаликса, развитие воспаления, эндотелиальной дисфункции, и как следствие, повышение

проницаемости сосудистой стенки и пропотевание жидкости в полость перикарда. Из выше изложенного следует, что наиболее вероятная причина развития экссудативного перикардита - короновирусная инфекция. Известно, что эндотелиальная функция напрямую коррелирует с внутриклеточным уровнем магния (Mg), и дефицит Mg активно способствует поддержанию воспаления в эндотелии. Следовательно, проводимая терапия направлена на снижение воспаления, устранение эндотелиальной дисфункции, восстановление гликокаликса и протеогликана. Таким образом, рекомендовано продолжить медикаментозное лечение, исследовать экссудат на наличие РНК SARS-CoV-2 и при необходимости выполнить биопсию перикарда.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ КОХЛЕАРНУЮ ИМПЛАНТАЦИЮ, В СЛОЖНЫХ СЛУЧАЯХ

Добрякова М.М., аспирант кафедры сурдологии
Руководитель: Милешина Н.А., д.м.н., профессор
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель работы. Повышение эффективности оказания помощи пациентам, использующим кохлеарный имплант, профилактика осложнений при ношении импланта.

Материалы и методы. Нами были ретроспективно проанализированы 50 историй болезни с 2014 - 2019 год детей, которые являются пользователями кохлеарных имплантов сроком от 1 месяца до 3 лет, что составило 16% случаев от общего числа оперированных нами за тот же период.

Результаты. Основными причинами госпитализации были (по случаям): острый средний отит – 2, острый мастоидит и субпериостальный абсцесс – 9, отказ работы импланта – 10, серомы и гематомы теменно-височной области – 5 и 9 соответственно, экссудативный средний отит – 4, дистопия магнита

антенны импланта – 3, экструзия импланта – 4.

Заключение. Кохлеарная имплантация (КИ) — как метод реабилитации глухих, сопряжен с рисками осложнений в послеоперационном периоде и сложными случаями в отдаленной перспективе. Ежегодно количество этих больных увеличивается в среднем на 1000 новых. Решение оториноларингологических проблем у пользователей КИ требуют особых тактик оказания медицинской помощи, а основным приоритетом должно являться сохранение работоспособности кохлеарного импланта.

Наиболее важным для этого является максимально осторожное манипулирование в области расположения процессора-стимулятора и системы электродов, тактика избегания широких разрезов над кохлеарным имплантом при необходимости вскрытия абсцесса.

Так же указанные состояния могут быть связаны с реализацией не только оториноларингологической, но и общесоматической патологии, по мере роста и развития ребенка. Несвоевременное выявление и нерациональное ведение этих больных может привести к необходимости удаления импланта, что нарушает курс реабилитации и негативно сказывается на речевом развитии ребенка.

ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ В УСЛОВИЯХ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Држевецкая К.С., аспирант кафедры рентгенологии и радиологии

Руководитель: Корженкова Г.П., д.м.н., профессор кафедры
рентгенологии и радиологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Адаптация программы массового маммографического скрининга рака молочной (РМЖ) в условиях

неблагоприятной эпидемиологической ситуации.

Материалы и методы. В начале 2020 года мир столкнулся с эпидемией коронавирусной инфекции. Работа в условиях эпидемиологической обстановки связанной с COVID-19 требует изменений всех возможностей наблюдения пациентов и скрининга социально значимых заболеваний. В первую очередь это касается онкологической патологии и скрининга рака молочной железы.

Существующие технологии скрининга рака молочной железы на базе стационарных маммографических кабинетов при работе в создавшейся эпидемиологической ситуации имеют ряд существенных недостатков. Невозможно разобщения пациенток в момент проведения обследования и ожидание приема.

Необходимо максимальное разобщение пациентов между собой и минимизация контактов, организация ожидания пациента вне лечебного учреждения и вне кабинета и исключение контактов между различными участниками скрининговой программы.

Результаты. Использование передвижных маммографических комплексов исключает возможность пересечения женщин одновременно в условиях замкнутой территории кабинета. Направление на исследование осуществляется по предварительной цифровой записи бесконтактным способом с помощью телефона либо интернета, что обеспечивает доступность для разных возрастных групп населения.

Пациент подходит строго к указанному времени приема к мобильному передвижном комплексу. Контакт пациента осуществляется только с рентген лаборантом. Осуществление полной индивидуальной защиты рентгенолаборанта позволяет предотвратить возможность его заражения от пациента.

Обеспечение полной санитарной обработки передвижного маммографического кабинета позволяет проводить дезинфекционную обработку кабинета после каждого пациента, а также выполнять текущую санобработку и заключительную санобработку ежедневно.

Использование дистанционного доступа для интерпретации маммографических изображений с облачного хранилища позволяет использовать врачебный потенциал рентгеномаммографической службы на различных уровнях от врачей рентгенологов первичного звена до специалистов экспертного уровня, не подвергая их опасности заражения.

Обеспечение двойного просмотра и третьего экспертного мнения уменьшает количество ложноположительных результатов и потребность в посещении женщинами специализированных онкологических учреждений для проведения биопсии и необходимости в дополнительных исследованиях.

Снижение ложноположительных результатов и максимальное исключение ложноотрицательных результатов снижает стоимость скрининговой программы, повышает точность диагностики и соответственно приводит к улучшению качества жизни женщин, а также обеспечивает в последующем адекватное щадящее, органосохраняющее лечение, высокое качество оказания медицинской помощи и увеличение продолжительности жизни.

Привлечение информационной поддержки в СМИ обеспечила высокую информированность и заинтересованность женского населения в прохождении обследования на РМЖ.

С 04.2018 г. по 12.2019 г. в Калужской области по такой скрининговой программе на мобильных маммографических комплексах обследованы 35063 пациентки, эти комплексы обеспечили максимальную доступность и близость диагностики для пациентов. Средний возраст пациенток $57,33 \pm 8,07$ лет (38–93).

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

При анализе распределения РМЖ по стадиям, стоит отметить

увеличение процентного соотношения выявления заболевания на T0 и T1 стадиях, размерами до 10мм, по сравнению предыдущих годов между собой и на порядок чем количество выявленных случаев в областном и всероссийском скрининговых проектах по выявлению РМЖ.

Выводы. Ретроспективный анализ нашего подхода к проведению программы скрининга РМЖ показал готовность к работе в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации по COVID-19 на 90%. Оставшиеся 10% это обеспечение ужесточения правил санитарной обработки помещения и усилении мер по индивидуальной защите рентген лаборанта.

Именно использование передвижных маммографических комплексов в условиях эпидемии позволит обеспечить диспансерное скринингового наблюдение за женщинами старше сорока лет без возможности инфицирования.

– Е –

РЕГУЛЯЦИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ ИНТРАБУЛЬБАРНОЙ ЧАСТИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПРИ ГЛАУКОМЕ

Егорян Л.Б., ординатор кафедры офтальмологии

Куратор: Алексеев И.Б. д.м.н. проф. ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России, г. Москва

Зав. Кафедрой: д.м.н. проф. Академик РАН,

Заслуженный врач РФ Мошетова Л.К.

Глаукомная оптическая нейропатия является наиболее распространенной оптической нейропатией. Она характеризуется прогрессирующей потерей ганглиозных клеток сетчатки и тканевым ремоделированием интрабульбарной части зрительного нерва. Также глаукома связана с низким перфузионным давлением, высокими колебаниями перфузионного давления и аномальной ауторегуляцией. Поэтому важную роль играют сосудистые факторы - артериальное давление (АД) и глазное перфузионное давление (ГПД). ГПД можно оценить как разницу между артериальным давлением и внутриглазным давлением (ВГД). Как высокое ВГД, так и низкое системное артериальное давление могут привести к снижению ГПД и глазного кровотока и, в свою очередь, к ишемии и/или гипоксии ганглиозных клеток сетчатки.

Ауторегуляция - это способность сосудистого русла «приспосабливать» сосудистое сопротивление к изменениям перфузионного давления таким образом, чтобы кровоток оставался относительно постоянным. Охарактеризовать сосудистое русло можно как саморегулируемое и несаморегулируемое. В несаморегулируемом сосудистом русле любое изменение перфузионного давления приводит к изменению перфузии, а в саморегулируемом сосудистом русле это не так до тех пор, пока перфузионное давление изменяется в пределах ауторегуляторного плато. А также при

использовании термина «ауторегуляция» необходимо различать статическую и динамическую ауторегуляцию.

В настоящее время принято считать, что в регуляции кровообращения интрабульбарной части зрительного нерва, сетчатки, хориоидеи участвует несколько механизмов ауторегуляции кровотока. Нейрональный механизм принимает участие в регуляции хориоидального кровотока. Метаболический механизм играет ключевую роль в регуляции концентрации газов крови: (кислорода (O₂), углекислого газа (CO₂), угарного газа (CO), оксид азота (NO)) Кроме того, он контролирует экспрессию изоформ NO-синтаз (NOS), концентрацию аденозина и эндотелина -1. Роль миогенного и гормонального механизмов в регуляции кровотока интрабульбарной части зрительного нерва остаётся неизученной.

В результате исследований, проведённых E. Nagel и W.Vilser, S.Park и J.Kim, L.Wang и B.Fortune было выявлено повышение эндотелина-1, экспрессия изоформ NO-синтаз в водянистой влаге, нарушение сосудистой реакции у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой. Эти сдвиги привели к возникновению окислительного стресса, связанного с интенсивной продукцией активных форм кислорода, что сопровождалось нарушением ретроградного аксонального транспорта, ишемией, гибелью аксонов ГКС.

На основании приведенных исследований, представляется разумным предположить, что низкое ГПД является фактором риска развития глаукомы. Это приводит к развитию ишемии интрабульбарной части зрительного нерва и сетчатки при изменениях системного артериального давления и скачках ВГД и, соответственно, к сосудистой дисауторегуляции. Терапевтическое снижение ВГД, а также нормализация показателей системного артериального давления не только увеличивает ГПД, но и может улучшить регуляторную способность глазной сосудистой системы.

Все вышеизложенное требует необходимости рассмотрения новых концепций и стратегий в вопросах нейропротекции у больных с глаукомой. Они могут включать ингибирование образования АФК, эндотелина-1,

активацию продукции NO, аденозина для повышения восстановительной способности клеточных элементов и устойчивости ГКС путем активации механизмов ауторегуляции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ FOUR В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ В УСЛОВИЯХ НЕЙРОРЕАНИМАЦИИ. КЛЮЧЕВЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА

Елиферов Д.Д., ординатор кафедры нейрохирургии,

Ким В.Э., ординатор кафедры нейрохирургии

Руководитель: Шагинян Г. Г., д.м.н., профессор, проф. кафедры нейрохирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва,

ГБУЗ ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗ, г. Москва

Актуальность. Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) является одной из наиболее частых причин глубокого нарушения сознания больных, которое не всегда возможно адекватно оценить привычными способами. Шкала комы Глазго (ШКГ), несмотря на всеобщее распространение и применение в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) содержит критерии, не адаптированные под неврологическую симптоматику при ТЧМТ, когда пациент диагностированный с «синдромом запертого человека», находится на искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Шкалы, схожие с ШКГ, имеют аналогичную проблему. Данные особенности максимально учитываются в шкале FOUR (Full Outline of UnResponsiveness), что позволяет предельно точно спрогнозировать исход и подобрать соответствующее лечение для пациентов с ТЧМТ в условиях нейрореанимации.

Цель исследования. Продемонстрировать эффективность оценки степени угнетения сознания больных с ТЧМТ при помощи русскоязычной версии шкалы FOUR.

Материалы и методы. Отбор пациентов с последующим определением тяжести их состояния производился на протяжении трех месяцев в условиях ОРИТ нейрохирургического профиля. При подтверждении клинического диагноза «тяжёлая черепно-мозговая травма» пациентов включали в категорию исследуемых. Пациенты с травмами спинного мозга либо в состоянии глубокой комы автоматически исключались. Каждому пациенту выполнялись клинические и инструментальные исследования в необходимом объеме. Степень нарушения сознания пациентов оценивалась при помощи ШКГ и шкалы FOUR. Принимались во внимание все пункты. Каждый критерий FOUR оценивался до 4 (в сумме – максимум до 16) баллов: глазные реакции, двигательный ответ, стволовые рефлексы и дыхательный паттерн. Градация уровней сознания: ясное – 16 баллов, умеренное оглушение – 15 баллов, глубокое оглушение – 13-14 баллов, сопор – 9-12 баллов, кома I – 7-8, кома II – 1-6, кома III – 0.

Результаты. В нашем исследовании был задействован 21 пациент, средний возраст которых 46 лет. В структуру диагноза ЧМТ вошли: ушибы головного мозга, внутричерепное кровоизлияние, субарахноидальное кровоизлияние, субдуральная/эпидуральная гематома. Смещение срединных структур головного мозга более 5 мм относительно средней линии обнаружено у четверых больных. Преимущества шкалы FOUR перед ШКГ в процессе исследования оказались неоспоримыми, что выразилось в более детальной оценке сознания пациентов в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Наличие критериев «дыхательный паттерн» и «стволовые рефлексы», в отличие от ШКГ, расширило возможности в диагностике «синдрома запятого человека». Отсутствие критерия «речевая реакция» оказалось своеобразным плюсом, поскольку помогло избежать занижения оценки сознания у пациентов, находящихся на ИВЛ. Одинаково оцениваемые параметры шкалы FOUR

создавали более линейную зависимость между исходом и уровнем сознания нежели ШКГ.

Выводы. Исследование показало, что шкала FOUR обладает более высокой прогностической ценностью в оценке сознания пациентов с тяжёлой черепно-мозговой травмой в условиях ОРИТ нейрохирургического профиля благодаря наличию параметров, отсутствующих в ШКГ и подобных ей шкалах. Данное положение должно способствовать ее активному внедрению.

– Ж –

ОБЩЕЕ КРИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Жидков Д.А., преподаватель каф. мед. техники

Колышкин Л.М., инженер каф. мед. техники

Саакян Н.Ю., студентка МГТУ им. Н.Э. Баумана, каф. Э4.

Руководитель: Морозова Н.В., к.п.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Общее криотерапевтическое воздействие на человека охлаждающим газом (ОГКВ) – физиотерапевтический метод, положительный эффект которого доказан более чем 40 годами использования. Он применяется в различных областях профилактики и медицинской помощи, вызывает как локальные эффекты (на суставы, кожный покров и т.п.), так и общеукрепляющие (эффект нейрокриостимуляции – воздействия на нервную систему с целью закаливания организма). ОГКВ остается перспективным, но дорогим в применении и недостаточно оптимизированным с точки зрения точности дозирования методом. Цель данного исследования – обзор и анализ текущего состояния и технического обеспечения данного метода.

Материалы и методы. Обзор и анализ источников, проиндексированных в базах данных Pubmed, Web of Science, Scopus и РИНЦ. Всего в данных базах количество статей, касающихся ОГКВ, составляет около 750. Треть статей была опубликована за последние пять лет, что отражает динамику интереса исследователей к данному вопросу.

Результаты и выводы. Наиболее перспективные задачи данного метода – не допустить угрожающего ухудшения здоровья пациента, либо без использования фармакологических лекарственных средств осуществлять локальное лечение покровных тканей, что обязательно должно быть среди приоритетных задач медицины будущего. Дальнейшее развитие ОГКВ

ограничивают в первую очередь: недостаточная точность проведения воздействий (для учета индивидуальных особенностей различных пациентов и различных направлений применения метода, каждое из которых имеет свои особенности), что лежит в общем тренде потребности в повышении степени автоматизации криовоздействий, и относительно высокая стоимость как процедур, так и оборудования. Ключевым в данном направлении является развитие возможностей технического обеспечения воздействия, которое бы позволило практикующим специалистам осуществить следующий импульс развития методик применения ОГКВ в направлении массового использования данного физического фактора в медицине.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ АБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Журбенко А.А., аспирант 2-го года обучения

кафедры эндоскопической урологии ФГБОУ ДПО РМАНПО

Минздрава России г. Москва

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

эндоскопической урологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

г. Москва

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из наиболее распространенных злокачественных заболеваний у мужчин, что является большой социальной и медицинской проблемой. В мире ежегодно диагностируют свыше 1,5 миллионов случаев, среди которых около 366 тысяч мужчин умирают вследствие несвоевременной диагностики и лечения.

Наиболее высокие показатели заболеваемости РПЖ отмечены в США, Канаде и ряде стран Европы, где он выходит на первое место в структуре онкологических заболеваний у мужчин.

В Российской Федерации заболеваемость РПЖ также неуклонно растет.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у мужчин в России занимает второе место, что составляет 14,5% от всех диагностированных новообразований.

В 2017 г. впервые выявлено 40785 новых случаев РПЖ, стандартизованный показатель составил 40,47 на 100 тыс. населения. Прирост заболеваемости с 2007 по 2017 гг. – 70,61% при среднем темпе прироста за 2017 г. – 5,09%. Смертность от РПЖ в России увеличивалась в течение истекших 10 лет. В 2017 г. в России от РПЖ умерло 12565 мужчин. За 10 лет (с 2007 по 2017 гг.) прирост показателя смертности составил 13,85% при среднегодовом темпе прироста 1,29%.

Несмотря на совершенствование методов диагностики РПЖ и внедрение ПСА-мониторинга, заболеваемость запущенными формами РПЖ в России остается высокой. По данным 2018 г., метастатический РПЖ IV стадии, при которой уже невозможно проведение радикального лечения, верифицирован у 18,9% пациентов. Местнораспространенный РПЖ без наличия регионарных и отдаленных метастазов (III стадия РПЖ) диагностирован у 21,5% пациентов, локализованный РПЖ I–II стадии выявлен у 58,5% пациентов.

Цель. Оценить эффективность применения интерстициальной лазерной абляции на примере Nd:YAG (ниодимового) лазера у пациентов с локализованным раком предстательной железы в стадии T1-T2a.

Материалы и методы. С 2019 года на базе кафедры эндоскопической урологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России было выполнено 12 интерстициальных лазерных абляций у пациентов с локализованной формой рака предстательной железы. Средний возраст пациентов составлял 74 года. Средние значения ПСА – 8.5 нг/мл. Размеры опухоли от 5 до 11 мм, располагающиеся в одной из долей предстательной железы.

Всем пациентам после выполнения ТРУЗИ предстательной железы и МРТ с в\в контрастированием выполнялась прицельная трансректальная Fusion биопсия предстательной железы для получения гистологического заключения. После подтверждения диагноза пациенту проводилось оперативное

малоинвазивное вмешательство трансперинеальным доступом под контролем ТРУЗИ, количество вколов и энергия воздействия рассчитывались индивидуально для каждого случая. На следующий день после оперативного вмешательства пациенту проводился УЗИ мониторинг, с контролем через 1.5 и 3 месяца соответственно. Проводился мониторинг уровня ПСА также через 1.5 и 3 месяца после операции. Через 3, 6 и 12 месяцев выполнялась контрольная МРТ с в\в контрастированием.

У всех пациентов через 3 месяца после проведенной интерстициальной лазерной абляции отмечалось значительное снижение уровня ПСА, по данным ультразвуковой диагностики и МРТ отмечались образование фиброза и отсутствие накопления контрастного вещества в зоне лазерного воздействия.

В результате наблюдения в течение 13 месяцев уровень ПСА оставался в пределах нормальных значений, по данным контрольных МРТ, прогрессирования процесса не выявлено.

Выводы. Интерстициальная лазерная абляция является эффективным и безопасным методом лечения локализованного рака предстательной железы. Продолжаются дальнейшие наблюдения за состоянием здоровья пациентов.

– 3 –

**КЛИНИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГЕСТАЦИОННОЙ МОРФОМЕТРИИ
ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ
У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ
НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Завьялов О.В., аспирант кафедры анестезиологии – реаниматологии

ЦГМА УДП РФ, г. Москва.

Руководители: Пасечник И.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой
анестезиологии – реаниматологии ЦГМА УДП РФ, Москва;

Игнатко И.В., чл. – корр. РАН., д.м.н., профессор, заместитель заведующего
кафедрой акушерства, гинекологии и перинатологии Первого МГМУ имени
И.М. Сеченова, Москва;

Научные консультанты: Дементьев А.А., к.м.н., доцент, заведующий учебной
частью кафедры неонатологии им. проф. В.В. Гаврюшова ФГБОУ ДПО
РМАНПО Минздрава России, Москва;

Чабаидзе Ж.Л., к.м.н., доцент кафедры неонатологии им. проф. В.В. Гаврюшова
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Актуальность. Единая система «мать-плацента-плод» – основа внутриутробного и перинатального развития организма. Инфекция и особенности акушерского анамнеза – основные факторы досрочного прерывания беременности. Оптимальный стандарт респираторной поддержки в раннем неонатальном периоде – неинвазивные методы искусственной вентиляции легких.

Цель исследования. Изучить клиническую роль гестационной морфометрии при выборе тактики респираторной терапии у глубоконедоношенных детей в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. Исследование проводится на клинической базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН)

родильного дома Перинатального центра ГКБ им. С.С. Юдина города Москвы. Основа – ретроспективно-проспективный анализ единой системы «мать-плацента-плод-новорожденный» с 2018 по 2020 гг.: комплексное изучение 80 матерей и 80 недоношенных детей. Клинический протокол одобрен локальным Этическим комитетом больницы, разработаны критерии включения и исключения из исследования. Все пациенты были разделены на 3 группы. На основании анализа соматического и акушерско-гинекологического анамнезов выделены 4 группы рожениц.

Результаты. Определены показания и противопоказания, а также предикторы эффективного и безопасного проведения пИВЛ в режиме DUOPAP в комплексном лечении респираторной патологии в условиях ОРИТН. Изучено: 58 % – рост и масса соответствует сроку гестации; 22 % – малый размер плода; 15 % – маловесный; 5 % – замедленный рост плода. Установлено, что клиническая эффективность и безопасность проведения пИВЛ в режиме DUOPAP через назальные канюли у детей малого гестационного возраста определяются анатомо-патогенетической и морфо-функциональной зрелостью легочной ткани и выражается активными спонтанными и «продуктивными» дыхательными движениями, а не только компенсированными показателями кислотно-основного состояния и газового состава капиллярной крови.

Выводы: 1) отдельные элементы дифференцированного подхода к респираторной терапии у детей с ЭНМТ, внедренные в состав комплексной интенсивной терапии отделения неонатальной реанимации в первые часы и сутки жизни глубоконедоношенных детей позволили снизить раннюю неонатальную летальность в ОРИТН с 2,4 промилле в 2018 году до 1,8 промилле в 2019 году. 2) изучение возможностей и ограничений проведения пИВЛ в режиме DUOPAP является важным подготовительным этапом на пути создания клинического протокола (проекта алгоритма) респираторной терапии в раннем неонатальном периоде в условиях ОРИТН. 3) завершение работы по формированию и внедрению проекта алгоритма персонализированной тактики респираторной терапии у детей с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде в

практическую деятельность ОРИТН будет способствовать снижению перинатальных потерь и повышению качества жизни новорожденных детей.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Заяева Е.Е., аспирант кафедры медицинской генетики

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Врожденные пороки развития представляют собой широкий спектр аномалий строения или функции организма, которые присутствуют при рождении и возникают в результате патологических процессов в пренатальном периоде.

В последние десятилетия в большинстве стран мира ВПР лидируют среди причин таких важных показателей состояния общественного здоровья, как уровни мертворождения, младенческой и детской смертности, детской заболеваемости и инвалидности. Согласно данным Росстата 2017 года в структуре младенческой смертности ВПР занимают второе место. В среднем частота ВПР среди новорожденных детей достигает 2-4%, определяя существенную часть генетического груза в популяциях человека. Именно этими фактами объясняется актуальность и большой практический интерес органов здравоохранения к научным исследованиям, посвященным изучению различных аспектов ВПР.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является изучение эпидемиологических характеристик и клинико-генетической структуры врожденных пороков развития в Московской области для оптимизации профилактических программ, направленных на снижение груза врожденных пороков развития в популяции.

Материалы и методы исследования. Для проведения данного исследования использовались данные эпидемиологического мониторинга ВПР Московской области за период с 2011 по 2019 годы. Полученные данные были обработаны с использованием эпидемиологического и математико-статистического анализов данных.

Результаты. Общее количество ВПР, обнаруженных за 9-летний период, составило 15304 случая. За этот период учитывались все случаи живорождений, мертворождений и прерываний беременности с подтвержденным диагнозом ВПР. Частота всех учтенных ВПР на 1000 рождений составила 24,99. Наиболее распространенной группой стали врожденные пороки сердца с частотой (5,89 на 1000 рождений), затем пороки конечностей (3,79 на 1000 рождений), пороки мочеполовой системы (3,76 на 1000 рождений) и нервной системы (2,84 на 1000 рождений). Общая частота хромосомных аномалий составила 5,21 на 1000 рождений. Большую часть в этой группе занимает синдром Дауна, с частотой 3,79 на 1000 рождений. Из них 61% представлено случаями прерываний беременностей, 38% живорожденные и 1% мертворожденные.

Выводы. Мониторинг ВПР в Московской области позволяет достоверно оценить распространенность ВПР в данном регионе. Полученные данные важны для планирования медицинской помощи семье и рожденным детям, а также для проведения мер профилактики. Распространенность ВПР в Московской области сопоставима с международными данными.

– К –

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК

Каболова К.Л., аспирант кафедры детской эндокринологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Руководитель: Самсонова Любовь Николаевна, д.м.н., профессор, заведующий
кафедрой

Цель исследования. Изучить клинико-лабораторную характеристику конституциональной задержки полового созревания у девочек.

Материалы и методы. В исследование включены 52 пациентки с задержкой полового созревания (средний возраст $14,5 \pm 0,83$ лет).

Критерии включения: отсутствие вторичных половых признаков в возрасте ≥ 13 лет или отсутствие менархе в возрасте ≥ 15 лет, или отсутствие менархе в течение 3 лет и более от начала появления эстрогензависимых признаков полового созревания.

Критерии невключения: возраст ≥ 18 лет, неправильное строение наружных половых органов

Всем пациенткам оценивали стадию полового созревания по шкале Таннер, антропометрические показатели, костный возраст по методу Грейлиха – Пайля, генитометрические показатели, содержание лютеинизирующего гормона (ЛГ; 1,9-14,2 мМЕ/мл), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ; 2,5-11,2 мМЕ/мл), эстрадиола (Э2; 30-393 пмоль/л), ингибина В (20-177 пг/мл), антимюллерова гормона (АМГ; $< 8,9$ нг/мл), тиреотропного гормона (ТТГ; 0,465-4,680 мМЕ/мл), свободного Т4 (7,86-14,41 пмоль/л), пролактина (70-600 мМЕ/л), тестостерона (0,29-1,67 нмоль/л), инсулиноподобного фактора роста (ИФР-1; 188,4-509,9 нг/мл) в сыворотке крови, результаты теста с аналогом ГнРГ (трипторелин 0,1 мг), собирали сведения о соматических

заболеваниях, изучали наследственность по задержке полового созревания в семье. В качестве диагностических критериев конституциональной задержки полового созревания считали максимальный ЛГ по данным теста с аналогом ГнРГ > 10 мМЕ/мл, отягощенный анамнез по наличию позднего пубертата в семье.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью методов вариационной статистики с использованием программы статистического анализа StatSoft Statistica 2018, Microsoft Excel 2010. Согласно дизайну исследования, каждые 6 месяцев проводился телефонный контакт. Законными представителями пациенток было подписано информированное согласие на обследование и обработку полученных результатов.

Результаты. Конституциональная задержка полового созревания среди пациенток с задержкой полового созревания выявлена у 23,1% (12/52): отсутствие вторичных половых признаков в декретированные сроки имели 16,7% (2/12), первичную аменорею - 83,3% (10/12) девочек.

Представлены результаты обследования девочек с конституциональной задержкой полового созревания, проявляющейся первичной аменореей.

Средний возраст девочек с первичной аменореей составил $15,6 \pm 0,33$ лет. Как минимум один из членов семьи имел конституциональную задержку полового созревания в 9/10 семей. По результатам оценки физического развития Me SDS роста составила -0,18 [-2,43; 0,49], патологическая задержка роста выявлена в 10 % (1/10) случаев, Me SDS отклонения от целевого роста - 0,6 [-1,96; -0,11], Me SDS индекса массы тела составила -0,84 [-1,3; 1,7], избыток массы тела выявлен у 20% (2/10) девочек. По данным оценки костного созревания Me SDS костного возраста -0,65 [-3,7; 0,9], частота патологической задержки костного возраста составила 10% (1/10). Me стадии полового развития по Таннер не соответствовала В 4. По результатам гормонального обследования медиана: ЛГ 5,21 мМЕ/мл [3,6; 13,5], ФСГ 5,16 мМЕ/мл [3,31; 8,1], Э2 210 пмоль/л [59,3; 252], ингибин В 86 пг/мл [67,3; 103,8], АМГ 3,5 нг/мл [2,1; 7,78], ТТГ 1,94 мМЕ/л [0,63; 3,38], свободный Т4 11,1 пмоль/л

[10,23; 14,5], пролактин 277 мМЕ/л [161; 505], тестостерон 0,76 нмоль/л [0,58; 1,4], ИФР-1 402,1 нг/мл [296,4; 431], ЛГ максимальный 68 мМЕ/мл [40,45;68], ФСГ максимальный 28,65 мМЕ/мл [8,48;114]. По данным генитометрических показателей медиан: объем матки 16,5 мл [6,7; 19,25], средний объем яичников 11,72 мл [5,95; 21,3], линейное М-ЭХО 7 мм [1; 11].

Во всех случаях, за исключением одного наблюдения, пациентки продемонстрировали самостоятельное наступление менархе, одна пациентка получала терапию препаратом из группы гестагенов. Средний возраст менархе $16,7 \pm 0,81$ лет. Среднее время от верификации диагноза до менархе составило $0,92 \pm 0,4$ лет.

Выводы. В результате проведенного исследования установлено, что среди девочек с задержкой полового созревания каждая восьмая пациентка имела конституциональную задержку полового созревания, которая главным образом представлена первичной аменореей (83,3%). Девочки данной группы в подавляющем большинстве случаев имели средние показатели роста, у каждой пятой пациентки выявлен избыток массы тела. Во всех клинических наблюдениях девочек с первичной аменореей уровень гонадотропных гормонов, эстрадиола и генитометрические показатели соответствовали стадии полового созревания. В среднем прошло 10 месяцев от момента верификации конституциональной задержки полового созревания до менархе. Средний возраст менархе составил $16,7 \pm 0,81$ лет.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТЕЗИРУЮЩЕЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ В ХИРУРГИИ ГРЫЖ ЖИВОТА M1-3W1-2R1-2

Казакова В.В., аспирант кафедры неотложной и общей хирургии

Руководитель работы: Ярцев П.А., проф., д.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва;

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

Актуальность. Лечение пациентов со срединными грыжами передней брюшной стенки является актуальной проблемой хирургии. В настоящее время в хирургии срединных грыж распространены «открытый» (традиционный) метод пластики с размещением сетчатого эндопротеза в ретромускулярном пространстве «SRM» (sublay retromuscular), лапароскопический с внутрибрюшным размещением эндопротеза «IPOM» (intraperitoneal onlay mesh repair) и метод гибридной герниопластики, объединяющий «открытое» грыжесечение с лапароскопическим доступом и внутрибрюшным размещением эндопротеза с антиадгезивным покрытием. По данным зарубежной и отечественной литературы частота рецидивов после «открытой» пластики составляет 1% - 24%, после лапароскопической - до 7%. Среди перспективных направлений выделяют методы эндоскопической герниопластики, в частности эндоскопическую тотальную экстраперитонеальную пластику eTEP (endoscopic total extraperitoneal hernioplasty). Несмотря на имеющиеся показания и противопоказания к использованию различных технологий, общий алгоритм, подразумевающий стандартизированный подход к выбору способа герниопластики, отсутствует.

Цель. Сравнительный анализ хирургических доступов и способов пластики в хирургии срединных грыж живота.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты лечения 95 пациентов с грыжами живота M1-3W1-2R1-2, оперированных в НИИ СП имени Н.В.Склифосовского в период с 2016 по 2021 год. Средний возраст больных составил $50,4 \pm 14,6$ лет (22 – 79 лет), мужчин было 48 (50,5%), женщин – 47 (49,5%). В плановом порядке оперировано 80 больных (84,2%), в экстренном – 15 (15,8%). Пациенты были разделены на 3 группы: в 1-ую группу вошли больные, оперированные с использованием лапароскопического доступа «IPOM», во 2-ую группу – методом гибридной герниопластики, в 3-ю группу – «открытым» доступом «SRM». Пациенты были распределены по подгруппам в соответствии с классификацией послеоперационных и первичных вентральных

грыж (2008г).

Результаты. Проведен сравнительный анализ периоперационного периода групп пациентов, лечение которых проводилось в соответствии с утвержденными технологиями. Средняя продолжительность традиционного метода пластики составила $130 \pm 48,7$ мин, что превышает продолжительность минимально инвазивных методов (гибридная герниопластика - $117,8 \pm 58,9$ мин, интраабдоминальная абдоминопластика - $64 \pm 38,7$ мин). Выполнена оценка продолжительности наркотической анальгезии в послеоперационном периоде: ее более длительное применение наблюдали во 3-ей группе ($1,83 \pm 0,93$ сутки), меньшее количество – в группе пациентов, оперированных лапароскопическим доступом ($0,65 \pm 0,77$ дней), средняя продолжительность наркотической анальгезии во 2 группе составила $1,2 \pm 1,0$ сутки. Ранняя активизация больных характерна для пациентов 1-ой группы ($1,1 \pm 0,48$ сутки), во 2 группе пациенты могли самостоятельно передвигаться на $1,1 \pm 0,48$ сутки после операции, во 3-ей группе - на $2 \pm 1,41$ сутки. Средняя продолжительность стационарного лечения в 1-ой группе составила $5,22 \pm 1,88$ койко-дней, во 2-ой группе – $6,36 \pm 2,12$ койко-дней, в 3-ей группе – $8,36 \pm 3,21$ койко-дней. Интраоперационных осложнений не было ни в одной группе. Во 3-ей группе в ближайшем послеоперационном периоде были отмечены 4 наблюдения местных раневых осложнений (образование сером, нагноение послеоперационной раны), не потребовавших дополнительных инвазивных вмешательств (I класс согласно классификации Clavien–Dindo, 2009г.), 1 наблюдение послеоперационного пареза кишечника, 1 наблюдение аллергического дерматита, 1 наблюдение гипостатического осложнения в виде неокклюзионного тромбоза вен нижних конечностей (I класс согласно классификации Clavien–Dindo, 2009г.). Летальных исход имел место во 2-й группе, причиной которого стала ТЭЛА.

Заключение. Таким образом, применение малоинвазивных хирургических техник (лапароскопический доступ с интраабдоминальной пластикой, метод гибридной герниопластики) в лечении пациентов с грыжами живота M2-3 W1-2, как правило первичными или послеоперационными R1-2,

более целесообразно, что позволяет уменьшить продолжительность оперативного вмешательства, наркотической анальгезии, риск ранних послеоперационных осложнений, ускорить реабилитацию пациентов, тем самым сокращая сроки стационарного лечения.

КОЭФФИЦИЕНТ ПРЕДИКЦИИ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА В ВОЗМОЖНОМ ПРОГНОЗЕ СРОКА ДОЖИТИЯ ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ВИЧ/ТБ

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

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

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

Часто выявляемая при коинфекции ВИЧ и туберкулез (ВИЧ/ТБ) множественная лекарственная устойчивость *Mycobacterium tuberculosis* (МЛУ МБТ) ассоциирована с высокой летальностью. В 2019 году нами был предложен способ прогнозирования летального исхода при клиническом течении коинфекции ВИЧ-туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью *Mycobacterium tuberculosis* и коэффициент предикции летального исхода ($KП = IgE \times IgM \times IgA \times sIgA / CD4$) [1,2].

Цель работы. Исследовать КП в сравнении с другими иммунными факторами в прогнозе возможного срока дожития при клиническом течении ВИЧ/ТБ.

Материал и методы. Обследованы 113 больных ВИЧ/ТБ в возрасте от 24 до 58 лет, находившиеся на стационарном лечении в ГКУЗ Кемеровской области «Новокузнецкий клинический противотуберкулезный диспансер» г. Новокузнецка. Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ) выявлена у 50 пациентов стандартно.

Сведения о количестве CD4-лимфоцитов в 1 мкл крови у всех больных получены в ГБУЗ КО «Новокузнецкий Центр-СПИД» (CD4). В момент забора образцов крови на исследование пациенты находились на интенсивной фазе лечения туберкулеза. В образцах плазмы крови определяли концентрацию неспецифических (общих) иммуноглобулинов E (IgE, МЕ/мл), M (IgM, мг/мл), A (IgA, мг/мл) и секреторного A (sIgA, мг/л) с использованием стандартных наборов реагентов (ВЕКТОР БЕСТ, Новосибирск) методом твердофазного иммуноферментного анализа на автоматическом анализаторе Лазурит (Dunex Technol., США). Для обработки результатов использованы лицензионные программы InStatII, Microsoft Excel, IBM SPSS 22. Корреляционную связь оценивали критерием Спирмена (r). Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05. Сроки дожития для умерших пациентов определяли в днях с даты взятия крови на количественное определение антител до срока смерти, а живущих пациентов – до даты исследования.

Результаты. Показатель CD4 слабоположительно связан со сроком дожития ($r=0,2255$, $p=0,0184$), уровень иммуноглобулинов и КП – отрицательно и более выражено: IgE ($r= -0,3324$, $p=0,0005$), IgA ($r= -0,2291$, $p=0,0155$), sIgA ($r= -0,3384$, $p=0,0004$), КП ($r= -0,4087$, $p=0,0008$). Корреляционные связи исследуемых показателей у больных при МЛУ МБТ усиливались: CD4 ($r=0,3844$, $p=0,0070$), IgE ($r= -0,4404$, $p=0,0019$), IgA ($r= -0,3846$, $p=0,0076$). Наибольшая корреляционная связь со сроками дожития выявлена у КП больных с ВИЧ/ТБ и МЛУ МБТ ($r= -0,6507$, $p=0,0001$).

Вывод. Выявленная высокая корреляционная связь КП со сроками дожития госпитализированных больных с ВИЧ/ТБ указывает, что КП может быть использован как фактор прогноза продолжительности жизни больных с момента взятия крови на количественное определение антител.

МОНОТЕРАПИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ: СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ДВУХ ПРЕПАРАТОВ

Казанцева Э.П., ординатор кафедры офтальмологии
Абрамова О.И., аспирант кафедры офтальмологии
Руководитель: Алексеев И. Б., д.м.н., профессор
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель. Сравнительная оценка гипотензивного эффекта и переносимости двух препаратов биматопроста 0,03% (биматан) и латанопроста 0,005% (ксалатан) при их применении в качестве препарата выбора у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой I-II стадий.

Методы. Изучение действия препарата латанопроста 0,005% (ксалатан) проводилось на примере 51 пациента с ПОУГ (59 глаз) так же в течение 3 месяцев. Мужчин в группе наблюдения – 17, женщин – 34. Средний возраст мужчин – 65,2 года, средний возраст женщин – 64,1 года. Все пациенты страдали впервые выявленной первичной открытоугольной глаукомой: I стадии – 29 пациент (56,9% от 51 пациента), II стадии – 22 пациентов (43,1% от 51 пациента). Степень ширины УПК по классификации Schaffer составлял 3–4, степень пигментации угла по А.П. Нестерову – 1–2. Острота зрения пациентов варьировалась от 0,4 до 0,8 без коррекции.

Результаты данной группы пациентов, сравнивались с результатами проведенного ранее исследования использования биматопроста 0,03% (биматан). Группа состояла из 46 пациентов с ПОУГ (64 глаз), которая в течение 3 месяцев использовала данный препарат. Мужчин в группе наблюдения было 26, женщин – 20. Средний возраст мужчин – 61,3 года, средний возраст женщин – 65 лет. Все пациенты страдали впервые выявленной первичной открытоугольной глаукомой: I стадии – 31 пациент (67,4% от 46 пациентов), II стадии – 15 пациентов (32,6% от 46 пациентов). Степень

ширины УПК по классификации Schaffe составлял 3-4, степень пигментации угла по А.П. Нестерову – 1-2. Острота зрения пациентов варьировалась от 0,2 до 0,8 без коррекции.

Пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование.

Результаты. Через 3 месяца после использования биматопроста 0,03% ВГД снизилось с $17,2 \pm 3,1$ мм рт.ст до $13,8 \pm 1,6$ мм рт.ст в основном за счет увеличения легкости оттока с $0,081 \pm 0,042$ мм³/мин/ мм рт. ст до $0,198 \pm 0,038$ мм³/мин/ мм рт.ст., а так же отмечена тенденция к уменьшению продукции водянистой влаги с $0,91 \pm 0,18$ мм³/мин до $0,76 \pm 0,11$ мм³/мин ($p < 0,05$). Нормализация коэффициента Беккера (КБ), а именно снижение с $161,9 \pm 36,1$ до $63,1 \pm 9,3$, обусловлена снижением P0 и уменьшением ретенции камерной влаги.

Через 3 месяца после использования латанопроста 0,005% ВГД снизилось с $21,5 \pm 2,3$ мм рт.ст до $18,4 \pm 1,7$ мм рт.ст за счет увеличения легкости оттока с $0,097 \pm 0,064$ мм³/мин/ мм рт.ст до $0,201 \pm 0,043$ мм³/мин/ мм рт. ст. Коэффициент Беккера (КБ) снизился с $159,7 \pm 37,4$ до $60,1 \pm 10,5$. Отмечается тот факт, что не было отмечено достоверного уменьшению продукции водянистой влаги ($p > 0,05$).

Выводы. Биматопрост 0,03% (Биматан) обладает выраженным гипотензивным эффектом у пациентов с впервые выявленной открытоугольной глаукомой I и II стадий, что доказывает снижение ВГД с $17,2 \pm 3,1$ мм рт. ст. до $13,9 \pm 1,8$ мм рт. ст в основном за счет увеличения легкости оттока (с) с $0,081 \pm 0,042$ мм³/мин/ мм рт.ст до $0,198 \pm 0,044$ мм³/мин/ мм рт. ст. Латанопрост 0,005% (ксалатан) также обладает выраженным гипотензивным эффектом, что доказывает снижение ВГД с $21,5 \pm 2,3$ мм рт. ст. до $18,4 \pm 1,7$ мм рт.ст в основном за счет увеличения легкости оттока (с). Однако в реализации высокого гипотензивного эффекта биматопроста участвует не только увеличение легкости оттока, но и достоверное уменьшение продукции водянистой влаги.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Калашникова Д.Д., ординатор кафедры дерматовенерологии и косметологии

Руководитель: Мураховская Е.К., к.м.н., асс. кафедры дерматовенерологии и

косметологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Данные о первых случаях заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вызываемой SARS-CoV-2, появились в декабре 2019 года. Вирус передается воздушно-капельным путем, основными симптомами заболевания являются повышенная температура тела, кашель, одышка, миалгии, нарушение или потеря обоняния, потеря вкуса. Тяжесть течения заболевания у пациентов варьирует от легких форм до острой дыхательной недостаточности и летальных исходов. С увеличением количества заболевших стали появляться данные о разнообразии клинических симптомов и о поражении не только дыхательной системы, но и сердечно-сосудистой, нервной, мочеполовой систем, желудочно-кишечного тракта и кожи. Поражения кожи можно разделить на несколько групп: поражения, вызванные использованием средств индивидуальной защиты; дерматологические проявления лекарственной непереносимости; обострение ранее имевшихся дерматологических патологий; кожные проявления в результате непосредственного воздействия вируса.

Цель исследования: определить спектр возможных кожных проявлений инфекции у пациентов с COVID-19.

Материалы и методы: нами изучена научная литература, посвященная кожным проявлениям коронавирусной инфекции, включающая описания клинических случаев, систематические обзоры, оригинальные исследования, письма редактору.

Результаты: по клинической картине поражения кожи при коронавирусной инфекции условно можно разделить на несколько групп.

К первой группе относятся эритематозно-везикулезные высыпания и уртикарии. Они характеризуются появлением на коже лица, туловища, конечностей элементов, имитирующих в некоторых случаях корь или опоясывающий лишай и ветрянную оспу. Уртикарные элементы возникают у пациентов без отягощенного аллергологического анамнеза, похожи на острую крапивницу, однако существуют дольше суток. Иногда элементы могут сопровождаться зудом и болью. Это один из самых часто встречающихся типов высыпаний при коронавирусной инфекции, который наблюдается у пациентов с легкой и средней тяжестью течения болезни.

Ко второй группе относятся очаги по типу обморожения. По данным литературы, они наблюдаются у молодых пациентов с асимптомным или легким течением заболевания и представляют собой эритематозные очаги, папулы темно-вишневого цвета, пузыри или корочки, цианоз и отек в области дистальных отделов ног и рук. Элементы могут сопровождаться болью или зудом и появляются в поздний период заболевания.

Третья группа кожных проявлений инфекции – васкулиты и некрозы кожи. Такое поражение характерно для пациентов старшего возраста с тяжелым течением COVID-19. Клиническая картина различна, возможно поражение в виде петехиальных элементов, сетчатого ливедо, пурпуры, в том числе некротической, ишемии и сухой гангрены пальцев рук и ног.

Четвертая группа – редко встречающиеся поражения кожи, такие как многоформная эритема, мультисистемный воспалительный синдром у детей, протекающий по типу болезни Kawasaki. Также проявления могут имитировать болезнь Гровера, острый генерализованный эритематозный путстулес, синдром Джанотти-Крости и лихорадку Денге.

Вывод: на основании анализа современных сведений, COVID-19 является генерализованным вирусным васкулитом, при котором происходит поражение эндотелиальных и гладкомышечных клеток мелких сосудов. Кожные проявления могут являться дополнительным диагностическим критерием при развитии коронавирусной инфекции.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОГМ В СОСТОЯНИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ

Калганов А.В., ординатор кафедры нейрохирургии

Руководитель: Сошин Ю.В., врач-нейрохирург

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. В большинстве случаев операции по поводу ОГМ являются плановыми. Однако регулярно встречаются пациенты, нуждающиеся в экстренной медицинской помощи и поступающие в стационар по каналу СМП. У них болезнь принимает декомпенсированный характер – общемозговой синдром, в виде остро развивающегося состояния угнетения сознания, появление грубого неврологического дефицита, злокачественный судорожный синдром, который чаще всего является дебютом заболевания. В таких ситуациях грамотная тактика, выбранная нейрохирургом на госпитальном этапе, позволит спасти жизнь пациенту, снизить риск его инвалидизации и увеличить длительность продуктивной жизни пострадавшему человеку в послеоперационном периоде.

Цель работы. Сформировать наиболее оптимальный алгоритм тактики ведения пациентов с неотложными нейроонкологическими состояниями при поступлении в хирургический стационар в экстренном порядке.

Материалы и методы. В работу включены 50 больных с опухолевыми поражениями головного мозга, прооперированные в экстренном порядке (42 оперировано до 24 часов и 8 до 2-х часов от момента поступления), в период с 2012 г. в ГКБ им. С. П. Боткина. Выделено 3 группы больных: 1. полушарные опухоли с выраженным дислокационным синдромом – 23 пациента, 2. глубинные полушарные опухоли с компрессией и вовлечением ликворопроводящих путей – 21 и 3. опухоли ЗЧЯ с окклюзионной

гидроцефалией, обусловленной компрессией 4 желудочка – 6 пациентов. Уровень сознания больных от оглушения до комы I (при экспозиции не более 6 часов, включая догоспитальный этап) от 14 баллов по ШКГ до 7. Опухоли локализующиеся в функционально невосполнимой области с прорастанием мозолистого тела, подкорковых ядер, ствола головного мозга не оперировались. Возраст пациентов был до 70 лет. Оперативное вмешательство проводилось если противоотечная фармакотерапия не приносила клинического эффекта. Виды оперативных вмешательств включали в себя: КПТЧ, установка датчика ВЧД в противоположное от поражение полушарие при ШКГ 9 баллов и менее, обязательные декомпрессивные вмешательства при опухолях ЗЧЯ.

Результаты. Удалось сформулировать наиболее оптимальный пошаговый алгоритм оказания медицинской помощи пациентам с данной патологией. Применение нашей тактики позволило сохранить жизнь абсолютному большинству пациентов, поступивших в стационар в декомпенсированном состоянии. Строгий подход к определению показаний для проведения оперативного вмешательства дал возможность, в ряде случаев, уменьшить объем и тяжесть предстоящей операции, что увеличивало выживаемость больных и сокращало период их послеоперационного восстановления.

Выводы. Наш опыт показывает, что данный подход и строгое определение показаний к тем или иным видам медицинской помощи, а также своевременность ее оказания пациентам, находящимся в декомпенсированном нейроонкологическом состоянии, позволяет значительно сократить летальность больных и ускорить реабилитационный период. Наш алгоритм позволяет принимать решения на основе клинических исследований, а значит гарантирует, что помощь будет оказана на основе доказательной медицины.

ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ МОЛОДОГО КЛИНИЧЕСКОГО МОРФОЛОГА ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ЦИТОЛОГИИ НА КАФЕДРЕ КЛД ФГБОУ ДПО РМАНПО МИНЗДРАВА РОССИИ

Карпова А.Е., аспирант кафедры клинической лабораторной диагностики
Научный руководитель: Шабалова И.П., д.м.н., проф., проф. кафедры КЛД
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. С ноября 2019 г. ежемесячно на кафедре КЛД ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (зав. кафедрой профессор Годков М.А.) проводятся занятия «Школа молодого клинического морфолога» (куратор – И.П. Шабалова). Школа предназначена для подготовки специалистов по клинической цитологии. В связи с пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19, Школа, а также ставшими традиционными на кафедре заседания Круглого стола (КС) по клинической цитологии с марта 2020 года проходят в он-лайн формате.

Цель. Совершенствование цитологической диагностики неопухолевых поражений и опухолей.

Материалы и методы. База – кафедра КЛД ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Микроскопы Zeiss (Германия); трансляционный микроскоп Микроскрин по mosaic с камерой и ПО, видеокамера со встроенным микрофоном Mlchrome 5Pro (Хоспитекс Диагностикс, РФ), ноутбук Hewlett Packard, (USA). Смартфон Samsung Galaxy 4J, проектор, LCD-монитор, выделенная линия связи, сеть Интернет, веб-площадки Webinar.ru; Pruffme.com; медиaprостранство YouTube. Традиционные и виртуальные препараты, микрофотографии, система Vision Cyto (WEST MEDIKA, РФ-Австрия). Автомат фиксации и окраски мазков АФОМК-16-ПРО (Россия). Цитоцентрифуга Rotofix 32 (Hettich, Германия).

Результаты. В рамках Школы молодого клинического морфолога было проведено 16 занятий длительностью 3-4 часа. Общее число курсантов более 1000. Среднее число специалистов, присутствующих ежемесячно на занятиях

Школы и КС 150 человек, из них около 80% составили жители России, и 20 % – стран СНГ и Евросоюза.

На занятиях Школы приводился анализ результатов, полученных в ходе одного из направлений научной деятельности кафедры – «Комплексное цитологическое исследование в диагностике неопухолевых поражений и опухолей эндометрия и яичника», представлены критерии цитологической диагностики на основе полученных результатов. Был проведен обзор клинических наблюдений и разбор критериев цитологической диагностики заболеваний женской репродуктивной системе по цитологическим препаратам.

Кроме этого, на занятиях Школы освещались вопросы основ клинической морфологии, гистологии, эмбриологии, клинической цитологии, а также цитологического исследования в гинекологической и урологической практике, при заболеваниях ЛОР-органов, в диагностике заболеваний легкого, желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы, жидкостей серозных полостей, опухолей мягких тканей. Большое внимание было уделено роли цитологического исследования в профилактике и выявлении онкологических и инфекционных заболеваний.

Вывод. Опыт проведения Школы молодого клинического морфолога показал состоятельность и существенную востребованность подобных проектов как для подготовки молодых специалистов-морфологов, так и для усовершенствования цитологической диагностики и поддержки практикующих врачей. Во время пандемии проявилась значимость информационных технологий и телемедицины в практической и образовательной медицине.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОЧНОСТИ ОЦЕНКИ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ
НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ
РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ, РАЗРАБОТАННОЙ В ФГБНУ НИИР
ИМ. В.А. НАСОНОВОЙ (РОССИЯ) И АЛГОРИТМА FRAX**

Кожевникова П.О., аспирант лаборатории изучения коморбидных инфекций и мониторинга безопасности лекарственной терапии;

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

ФГБНУ НИИ Ревматологии им. В.А. Насоновой, г. Москва

Введение. Алгоритм FRAX разработан международным фондом остеопороза (IOF) для определения 10-летней вероятности возникновения остеопоротических переломов. Однако, FRAX имеет ряд ограничений в оценке риска переломов у больных РА. В ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой была разработана математическая прогностическая модель оценки риска возникновения низкоэнергетических переломов при ревматоидном артрите (РА), включающая 2 основных фактора - кумулятивную дозу глюкокортикоидов (ГК) и наличие остеопороза (ОП) в области шейки бедренной кости и 2 дополнительных факторов: для пациентов моложе 65 лет – наличие ишемической болезни сердца, а для лиц старше 65 - язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки.

Цель. Сравнить прогностическую точность оценки риска возникновения низкоэнергетических переломов у больных РА с использованием прогностической модели, разработанной в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой и алгоритма FRAX.

Материалы и методы. В проведенном проспективном многолетнем исследовании обследовано 70 женщин, страдающих РА, в возрасте от 40 до 80 лет. Длительность наблюдения составила $8,0 \pm 1,2$ лет. При включении в исследование средний возраст пациентов составил $55,4 \pm 7,8$ лет, а средняя

длительность РА - $14,7 \pm 10,2$ лет. Всем пациентам ретроспективно произведен расчет 10-летней вероятности возникновения переломов с использованием FRAX (Россия), также ретроспективно определен риск возникновения переломов с использованием прогностической модели, разработанной в НИИР им. В.А. Насоновой. Всем пациентам проведено общее клиническое обследование с оценкой анамнестических данных, а также данных рентгеновской денситометрии, выполненной при включении в исследование.

Результаты. Данные FRAX (Россия) исходно: низкий риск возникновения основных остеопоротических переломов имели 32 (46%) пациентов, высокий – 38 (54%). Исходные показатели согласно прогностической модели НИИР им. В.А. Насоновой: 33 (47%) пациентов имели низкий риск низкоэнергетических переломов, 37 (53%) - высокий. Прогноз математической модели, разработанной в НИИР им. В.А. Насоновой в 73% случаях совпадал с прогнозом алгоритма FRAX. За период наблюдения низкоэнергетические переломы произошли у 18 (26%) женщин, из них у 14 (78%) риск переломов, согласно прогностической модели НИИР им. В.А. Насоновой был высокий, в то время как по прогнозу FRAX высокий риск был установлен у 13 (72%) пациентов. Чувствительность и специфичность алгоритма FRAX составила 34% и 84% соответственно, чувствительность и специфичность прогностической модели НИИР им. В.А. Насоновой – 38% и 88% соответственно.

Выводы. Прогностическая модель, разработанная в НИИР им. В.А. Насоновой, показала более высокую чувствительность и специфичность в определении риска низкоэнергетических переломов у больных РА в сравнении с алгоритмом FRAX.

МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА С ПОМОЩЬЮ ВВЕДЕНИЯ РАСТВОРА ФЕНОЛА

Козырева С.Б., ординатор кафедры колопроктологии

Руководитель: Костарев И.В., д.м.н., доцент кафедры колопроктологии

ФБГОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с хроническим воспалением эпителиального копчикового хода.

Введение: в течении последних 30 лет отмечается повышение популярности миниинвазивных методов лечения ЭКХ. Наиболее популярными на сегодняшний день являются методы с коагуляцией стенок копчикового хода без хирургического иссечения. Применяются 3 основные методики: лазерная коагуляция, монополярная коагуляция под контролем видеоассистенции (E.P.Si.T.), химическая коагуляция путем введения раствора фенола. Основным преимуществом фенола является возможность заполнения всех полостей ЭКХ с воздействием на всю выстилку, тогда как при методиках лазерной и монополярной коагуляции воздействие осуществляется вслепую только в зонах, расположенных рядом с контактным электродом/световодом.

Вышеизложенные данные свидетельствует о крайней актуальности данной проблемы.

Материалы и методы: планируется проведение проспективного рандомизированного контролируемого исследования для сравнения эффективности методики ликвидации ЭКХ с помощью инъекций 80% фенол и радикального иссечения ЭКХ с подшиванием краев раны ко дну, в которое будут включены 80 пациентов с хроническим воспалением ЭКХ.

В процессе исследования будут оценены следующие параметры: продолжительность оперативного вмешательства; интенсивность послеоперационного болевого синдрома (по шкале VAS, баллы); ранние

послеоперационные осложнения; длительность пребывания пациентов в стационаре; сроки восстановления социальной и трудовой активности пациентов; качество жизни в послеоперационном периоде у больных, перенесших хирургическое лечение ЭКХ (шкала SF-36); сроки заживления раны; оценка динамики заживления раны; частота рецидивов.

Результаты: в результате использования разработанного метода лечения планируется достичь сокращения периода или же полного отсутствия койко-дня в стационаре после операции, сокращения сроков заживления раны, отсутствие периода временной нетрудоспособности.

Выводы: планируемое исследование позволит оценить преимущества введения фенола в сравнении с традиционными, а также внедрить данный метод в клиническую практику.

АНАЛИЗ МОРФОЛОГИИ ГАНГЛИОЗНЫХ КЛЕТОК СЕТЧАТКИ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кокорева Э.Р., ординатор кафедры офтальмологии

Руководители: Сабирова И.Х., врач-офтальмохирург высшей категории

Зайнутдинова И.И., к.м.н. асс. кафедры офтальмологии, врач-офтальмолог

КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань.

Ганглионарная клетка (ГК) – нервная клетка сетчатки глаза, генерирующая нервные импульсы, собирает информацию от всех слоев сетчатки, является основной мишенью при витреоретинальной патологии макулярной области сетчатки. При эпилетинальном фиброзе (ЭФ) на внутренних слоях центральной сетчатки образуется мембрана, состоящая из клеток соединительной ткани. Возникает отёк макулярной области, ведущий к ишемии и гипоксии всех слоёв сетчатки и слоя ГК. Неполный макулярный разрыв - это дефект внутренних слоёв сетчатки с сохранением наружных и

приводящий к повреждению и уменьшению количества ГК. Полный макулярный разрыв – это дефект в макуле с отсутствием слоёв сетчатки и слоя ГК.

Цель. Оценить зрительные функции, светочувствительность сетчатки, сохранность ГК в раннем послеоперационном периоде у пациентов прооперированных по поводу патологии макулярной области.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГАУЗ РКОБ МЗ РТ им. проф. Е.В. Адамюка. В условиях стационара прооперированны 10 пациентов с патологией макулярной области: 8 с ЭФ, 1 с ламеллярным разрывом, 1 полным макулярным разрывом с давностью заболеваний 1 год и сроком наблюдения в послеоперационном периоде 30 дней. Всем пациентам в предоперационном и раннем послеоперационном периодах на 14 и 30 день проводился комплекс обследований: визиометрия, определение светочувствительности на компьютерном периметре Humphrey, спектральную когерентную оптическую томографию на оборудовании Spectralis HRA+ОСТ(Heidelberg) для оценки морфологии ГК. Оперативное лечение выполнялось по стандартной методике с использованием системы «Constellation Vision System (Alcon)», набор инструментов калибра 25Ga. На завершающем этапе операции использовалась воздушная тампонада.

Результаты. В результате проведённых исследований выявлена тенденция к снижению количественного состава ГК сетчатки по сравнению с исходным уровнем в раннем послеоперационном периоде на 14 день. На 30 день количественный состав ГК не восстанавливается по сравнению с исходным уровнем. Однако у пациентов в раннем послеоперационном периоде на 14 день увеличивается острота зрения в среднем на 17 %, а при дальнейшем исследовании на 30 день увеличивается на 69% по сравнению с исходным уровнем остроты зрения. У пациентов с ЭФ в раннем послеоперационном периоде уменьшается толщина сетчатки, а у пациентов с полным и не полным макулярным отверстием происходит восстановление профиля сетчатки. Улучшение светочувствительности было выявлено у пациента,

прооперированного по поводу макулярного разрыва. Для значимого восстановления светочувствительности требуется более длительное время и связано с сохранением диффузного отека в ранний послеоперационный период.

Выводы. У пациентов с витреомакулярной патологией происходит снижение количества ганглионарных клеток после хирургического лечения, что свидетельствует об их травмировании во время операции. Однако в послеоперационном периоде у пациентов увеличивается острота зрения и светочувствительности по сравнению с исходным уровнем, что улучшает качество жизни пациентов.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕЛЯ НА ОСНОВЕ НАНОБИОКОМПОЗИТА ДИГИДРОКВЕРЦЕТИНА И АРАБИНОГАЛАКТАНА

Колмакова Е.С., аспирант кафедры фармации

Руководитель: Ковальская Г.Н., д.ф.н., профессор.

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

Введение. В настоящее время в медицине широко используют разнообразные по характеру и назначению лекарственные препараты для лечения хронической венозной недостаточности. Тем не менее, потребность в новых, эффективных и доступных лекарственных препаратах на основе сырья растительного происхождения, обладающих противовоспалительным действием, применяемых для восстановления реологических свойств крови и микроциркуляции, удовлетворяется не полностью. Нами была разработана мягкая лекарственная форма – гель для наружного применения, содержащий нанобиокомпозит дигидрокверцетина и арабиногалактана, для лечения хронической венозной недостаточности.

Одной из важных составляющих обеспечения качества и безопасности таких лекарственных препаратов является эффективность используемых

антимикробных консервантов, поэтому является актуальным исследование с целью определения оптимального консерванта в составе геля нанобиокомпозита дигидрокверцетина и арабиногалактана для наружного применения.

Цель исследования: Определение оптимального антимикробного консерванта в составе геля нанобиокомпозита дигидрокверцетина и арабиногалактана.

Материалы и методы. Объектом изучения являлись 5 проб геля с различными консервантами - сорбиновая кислота, бензиловый спирт, бензойная кислота, пропиленгликоль и образец геля без консервантов. Микробиологическое исследование проводилось в соответствии с общей фармакопейной статьей ОФС 1.2.4.0002.18 «Микробиологическая чистота» Государственной Фармакопеи РФ 14 издания (ГФ 14) и включало определение микробиологической чистоты проб геля с различными консервантами. Испытание включало количественное определение жизнеспособных бактерий и грибов, а также выявление определенных видов микроорганизмов (*P.aeruginosa*, *S.aureus*, семейство *Enterobacteriaceae*).

Согласно представленной в ГФ 14 классификации, гель для наружного применения на основе нанобиокомпозита дигидрокверцетина и арабиногалактана относится к категории 2.

Испытание проводилось в асептических условиях, с целью предотвращения контаминации исследуемых образцов.

Результаты. Согласно требованиям ГФ, образцы геля, относящиеся к категории 2 – лекарственные препараты для наружного применения, должны отвечать следующим требованиям: общее число аэробных бактерий и дрожжевых и плесневых грибов (суммарно) не более 10^2 КОЕ, отсутствие *P.aeruginosa*, *S.aureus*, семейство *Enterobacteriaceae* в 1 г препарата. Все образцы геля соответствуют представленным требованиям, а лучшие результаты установлены при использовании таких консервантов, как пропиленгликоль и сорбиновая кислота.

Выводы. В качестве оптимального вспомогательного компонента с антимикробным действием в составе геля нанобиокомпозита дигидрокверцетина и арабиногалактана для наружного применения нами определен консервант пропиленгликоль. Он также обладает свойствами пластификатора, что оказывает положительное влияние на структурно-механические свойства геля, и обладает увлажняющим действием на кожу.

МЕТОД ЭЛЕКТРОННОГО МОНИТОРИНГА СИМПТОМОВ ПАРКИНСОНИЗМА У БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ И РАЗВЕРНУТОЙ СТАДИЕЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

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

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Болезнь Паркинсона (БП) является хроническим заболеванием нервной системы. Одним из кардинальных моторных симптомов БП является тремор покоя, который в начале заболевания встречается примерно у половины больных, а по мере прогрессирования наблюдается примерно у 85% пациентов и может приводить к значительному снижению качества жизни больных.

Целью исследования является оценка суточного мониторинга симптомов паркинсонизма и его использование для разработки подходов к хронотерапии при БП.

Материал и методы. Обследование 19 больных с 1–3 стадиями БП включало: сбор анамнеза, неврологический осмотр, заполнение унифицированной шкалы для оценки тяжести БП (UPDRS-MDS), Монреальской шкалы когнитивной оценки (MoCA), теста 3-КТ, госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы вегетативных нарушений, шкалы

качества жизни при БП (PDQ-39), а также суточный мониторинг тремора при помощи гироскопа Apple Watch и анализ полученных данных при помощи приложения CYPD.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $63,05 \pm 1,86$ лет, М:Ж=10:9, средняя длительность заболевания – $4,21 \pm 1,78$ года.

Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от стадии заболевания (ранняя и развернутая), показатели этих двух групп достоверно отличались по эквивалентной дозе леводопы (393,75 и 683,92, $p=0,02$), а также максимальному значению тремора (19,65 и 62,8 $p=0,006$) и длительности тремора (3,8% и 19,95%, $p=0,031$) за период измерения. При сравнении групп пациентов в зависимости от стороны преобладания симптомов были выявлены достоверно значимые различия в отношении постурального тремора ($p<0,01$) и кинетического тремора ($p<0,05$) по шкале UPDRS-MDS. Корреляционный анализ показал наличие взаимосвязи между максимальными значениями тремора по отчетам CYDP и уровнем депрессии по шкале HADS ($r=0,50$, $p<0,05$) и общим баллом UPDRS-MDS ($r=0,51$, $p<0,05$), а также между длительностью тремора и постоянством тремора покоя по UPDRS-MDS ($r=0,45$, $p<0,05$).

Выводы. Более высокая продолжительность тремора на развернутых стадиях БП и его корреляция с показателями шкалы MDS-UPDRS говорит о возможности более тщательной оценки данного симптома при помощи электронного мониторинга по сравнению с амбулаторным приемом. Использование электронного мониторинга также позволяет оценить асимметрию данного симптома у пациентов на различных стадиях заболевания. Объективизация динамики состояния больного с выраженным тремором создает перспективы для коррекции медикаментозного лечения пациента, а также повышает его приверженность к терапии.

ГИБРИДНЫЕ ЛАПАРО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Колосов А.В., аспирант очной формы обучения кафедры колопроктологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Ачкасов С.И., д.м.н., профессор кафедры колопроктологии ФГБОУ ДПО
РМАНПО Минздрава России

ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России,

г. Москва

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности гибридных лапаро-эндоскопических операций у пациентов с новообразованиями ободочной кишки, не подлежащими эндоскопическому удалению.

Материалы и методы.

В ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России с июля 2019 года по январь 2020 года было проведено сравнительное ретроспективное исследование, посвященное оценке результатов применения гибридных лапаро-эндоскопических операций при новообразованиях ободочной кишки. В исследование были включены пациенты 18 лет и старше, с новообразованиями ободочной кишки без признаков инвазивного роста, не подлежащими эндоскопическому удалению (III, Vi тип; отсутствие или лифтинг образования менее 3 мм; рецидив после эндоскопического удаления; размер более 5 см в диаметре). Критериями невключения стали: поражение регионарных лимфатических узлов; пациенты с семейным аденоматозом; наличие кишечной стомы; ASA > III, пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника. В основную группу вошли 18 больных, которым выполнялась гибридная лапаро-эндоскопическая операция, контрольную группу составили 17 пациентов, у кого была выполнена резекция ободочной кишки. При анализе данных пациенты обеих групп по полу, возрасту и другим характеристикам статистически значимо не различались.

Конечной точкой исследования была выбрана длительность стационарного лечения в послеоперационном периоде. Дополнительно оценивалась частота R0 резекции по данным патоморфологического исследования, частота возникновения послеоперационных осложнений в обеих группах.

Результаты.

Послеоперационных осложнений не было выявлено ни в одной группе.

Длительность стационарного лечения больных после операции в группе гибридных лапаро-эндоскопических операций составила 5 дней против 6,3 ($p=0,01$) в группе резекции кишки.

Как в основной, так и в контрольной группе во всех наблюдениях удалось соблюсти границы резекции – частота R0 по данным патоморфологического исследования составила 100%.

Стоит отметить, что при выполнении гибридных лапаро-эндоскопических операций, ни в одном наблюдении не потребовалось конверсии в лапароскопическое или открытое вмешательство.

Выводы.

Применение гибридных операций продемонстрировало статистически значимое сокращение длительности стационарного лечения больных в послеоперационном периоде с 6,3 до 5 дней ($p=0,01$), при этом частота резекции R0 достигнута у всех больных обеих групп.

Таким образом, гибридные лапаро-эндоскопические методики у пациентов с новообразованиями ободочной кишки, не подлежащими эндоскопическому удалению, могут рассматриваться как альтернатива резекции кишки.

В настоящее время в мировой литературе отсутствуют сообщения о рандомизированных проспективных исследованиях, посвященных изучению данной проблемы, выполненных на достаточной для корректного анализа выборке пациентов. В этой связи на базе ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России инициировано выполнение

одноцентрового проспективного рандомизированного исследования.

СРАВНЕНИЕ ДВУХ ДИАГНОСТИКУМОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ PD-L1-СТАТУСА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кузнецова О.А., аспирант кафедры патологической анатомии

Руководитель: Франк Г. А., д.м.н., профессор, академик РАН

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования – сравнение двух анализов для выявления PD-L1-статуса в раке молочной железы: клон 22C3 с оценкой методом Combined Positive Score (CPS) и клон SP142 с оценкой методом Immune Cells (IC).

Материалы и методы. В данное исследование включены 72 пациентки с раком молочной железы в возрасте от 36 до 86 лет (медиана 60, средний возраст 61,36 лет). На момент проведения хирургического вмешательства у 38 пациенток были метастазы в лимфатические узлы, в таких случаях исследование проводилось не только на первичном очаге, но и на ткани регионарного метастаза. Для определения PD-L1 статуса опухоли использовалось 2 антитела: клон 22C3 (производство Agilent) и клон SP142 (Ventana).

Согласно рекомендациям по оценке реакций с антителами PD-L1 для маркера SP142 использовалась методика IC, позитивный статус присваивался опухоли с уровнем IC $\geq 1\%$, а для клона 22C3 - CPS с точкой отсечения CPS10.

Статистический анализ производился в программе R-Studio, при помощи критерия Мак-Немара, также были определены чувствительность и специфичность методов (за «истину» принимался анализ SP142, как зарегистрированный для рака молочной железы).

Результаты. Положительный PD-L1-статус с использованием антитела 22C3 был выявлен в 19 из 72 первичных опухолей (26,39%). Для тканей

метастаза доля позитивных опухолей составила 18,42% (7/38). Анализ с клоном SP142 позволил выявить больше позитивных опухолей 26/72 (36,11%) в молочной железе и 18/38 (47,37%) в лимфатических узлах. Несмотря на видимую разницу между количеством позитивных опухолей в первичном очаге это различие не было доказано, $p\text{-value} = 0,0707$. В то же время результаты анализа материалов метастаза достоверно различались ($p\text{-value} = 0,002282$). Хотя различия между клонами не достигли статистической значимости чувствительность анализа 22С3 относительно SP142 для первичного очага составила 80,77%, а специфичность – 63,04%. Для метастаза данные показатели составили 66,67% и 70,00% соответственно.

Также был проведен анализ данных, полученных при сравнении результатов анализа первичной опухоли и ее метастаза в подмышечный лимфатический узел. Статистически достоверных данных, позволяющих воспринимать экспрессию PD-L1 в лимфатическом узле и в первичной опухоли как различные показатели, обнаружено не было. Чувствительность и специфичность анализов для теста производства Agilent в данном случае составили 66,67% и 70,00% соответственно. Для реактивов производства Roche выше упомянутые показатели составили 82,61% и 93,33%.

Выводы. Изучаемые диагностикумы и разрабатывались для разных иммунотерапевтических препаратов полученные данные свидетельствуют о схожести получаемых результатов, однако антитела не взаимозаменяемы ввиду низких чувствительности и специфичности. В то же время значительной разницы между материалом первичного очага и метастаза выявлено не было.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Куприева М.В., Младший научный сотрудник отделения

неотложной хирургии и оперативной онкологии
ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
Руководитель работы: Ярцев П.А., проф., д.м.н.
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва;
ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Актуальность. Несмотря на внедрение в практику новых хирургических, эндоскопических и медикаментозных методов лечения, летальность колеблется от 5 до 15%, а в группе пациентов с рецидивирующим кровотечением достигает 30-40%.

Цель. Изучение роли эндоваскулярной эмболизации при гастродуоденальных кровотечениях различной этиологии.

Материалы и методы. С 2019 года в НИИ СП им Н.В. Склифосовского были пролечены 426 пациентов с желудочно-кишечным кровотечением. Среди них 15 мужчин(55,56%) и 12 женщин(44.4%). Возраст пациентов от 19 до 84 лет. Средний возраст 63 года (56; 78.5). У 10(37.04%) из 27 пациентов источником кровотечения явилась язва двенадцатиперстной кишки, у 7(25.93%) язва желудка, у 8(29.63%) рак желудка, у 2(7.41%) опухоль двенадцатиперстной кишки.

Всем пациентам была выполнена диагностическая эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и трехэтапный эндоскопический гемостаз: паравазальная инфильтрация 0,01% раствора адреналина, аргоноплазменная коагуляция (АПК) и клеевая аппликация (клей «ГемоКомпакт»).

Показаниями к эмболизации левой желудочной и гастродуоденальной артерий являлись: кровотечения различной этиологии с сохраняющимся высоким риском рецидива, после выполненного эндоскопического гемостаза у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, с непереносимостью хирургического лечения.

Эндоваскулярное вмешательство осуществлялось через артериальный бедренный доступ. В роли эмболизирующих материалов выступали: желатиновая

губка, поливинил алкоголь (PVA), полимерные микросферы, гидрогель цилиндрический, спирали.

Результаты. 27(6.34%) пациентам было выполнено эндоваскулярное вмешательство. Попытка эмболизации левой желудочной артерии у 15(55.56%) больных; гастродуоденальной артерии у 11(40.74%), правой желудочной артерии у 1(3.7%).

Из 27 больных успешная эмболизация выполнена у 18(66.67%) пациентов, рецидивов не было. Провести эмболизацию не представилось возможным у 9(33.33%) больных. В 4(44.44%) случаях отмечался выраженный спазм сосуда, в 2(22.22%) – диаметр сосуда был менее 1мм, в 2(22.22%) имелись патологически извитые, измененные сосуды, в 1(11.11%)- возникла опасность попадания эмболов в сосуды печени в связи с тем, что из бассейна гастродуоденальной артерии контрастировались ветви VII-VI сегментов печени. Повторное ЭГДС с трехэтапным гемостазом с положительным эффектом выполнено 7(77.78%) пациентам. 2 (22.22%) выполнена экстренная операция с достижением гемостаза (лапаротомия, дуоденотомия, прошивание кровоточащего сосуда, дренирование брюшной полости).

Из пациентов, которым была выполнена эмболизация умерло 6 (33.3%). Непосредственной причиной смерти явилась: полиорганная недостаточность у 3 (50%) больных, внебольничная пневмония у 1 (16.6%), прогрессирование онкологического процесса у 1 (16.6%). 1 (16.6%) пациент умер в послеоперационном периоде от внебольничной пневмонии, постгеморрагической анемии тяжелой степени тяжести, сердечно-сосудистой патологии.

Заключение. Эндоваскулярная эмболизация высокоэффективный метод гемостаза и является альтернативой хирургическому лечению пациентов с тяжелой сопутствующей патологией. Эффективность метода в нашем исследовании составила 100.0%. Рецидива желудочно-кишечных кровотечений и каких-либо осложнений после мы не наблюдали.

– Л –

АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ И ПОЛИМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Лавренова М.А., аспирант кафедры терапии, кардиологии,
функциональной диагностики и ревматологии

Руководитель: Лохина Т.В., д.м.н., проф.

ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Полиморбидность – одна из самых сложных и актуальных проблем современной медицины. Взаимное влияние полиморбидной патологии затрудняет лечебно-диагностический процесс, способствует полипрагмазии, модифицирует количество и спектр осложнений, часто ухудшает качество жизни и прогноз. Своевременное выявление полиморбидности, в том числе у больных с патологией суставов, способствует оптимизации комплексной терапии и снижению риска неблагоприятных эффектов лечения.

Цель. Изучить частоту и характер полиморбидной патологии у пациентов с анкилозирующим спондилитом.

Материалы и методы. В исследование - одномоментное, ретроспективное, было включено 32 пациента, проходивших стационарное лечение в отделении ревматологии Пензенской областной клинической больницы имени Н.Н. Бурденко по поводу анкилозирующего спондилоартрита (выборка среди пациентов отделения в период с 03.2018 по 10.2020). Для выявления сопутствующей патологии со стороны других органов и систем оценивались клиничко-anamnestические данные, а также результаты стандартных методов лабораторно-инструментальной диагностики: общий анализ крови и мочи, биохимические и иммунологические показатели крови, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография грудной клетки, костей таза, кистей и стоп, фиброгастродуоденоскопия. Проводился анализ выявленной патологии и оценка полиморбидности в данной группе пациентов.

Результаты и обсуждение. В группе больных анкилозирующим спондилитом (АС) (диагноз выставлен согласно модифицированным Нью-Йоркским критериям 1984 г.) абсолютно преобладали мужчины (31 из 32 пациентов), возраст от 26 до 57 лет (средний возраст $41,4 \pm 8,04$ лет), средняя продолжительность заболевания $19,9 \pm 9,52$ лет. Анализ характеристик основного заболевания: у 20 больных (62,5%) выявлена поздняя стадия, у 11 (34,37%) – развернутая и у одного (3,13%) ранняя стадия АС; по степени активности АС: 3 случая (9,37%) с I степенью, 5 (15,63%) – II, 23 (71,88%) – III и 1 случай (3,13%) IV степени. Диагностирован сакроилеит II стадии у 7 (21,88%) больных, у 21 (65,7%) – III, IV стадия у 4 (12,5%); распределение по функциональной недостаточности суставов: в 68,75% установлена вторая, в 25% – III и в 6,25% – IV степень.

Лекарственная терапия основного заболевания представлена следующим образом: метотрексат (MTX) назначался в 18,75% случаев, НПВП в 6,25%, комбинированная терапия сульфасалазином и НПВП проводилась в 59,4% случаев, генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) применялась в 37,5% случаев.

Сопутствующие заболевания выявлены у большинства пациентов с АС - 96,87%. Отмечена транссистемная и транснозологическая полиморбидность. Чаще всего встречалась патология желудочно-кишечного тракта (75%): ГЭРБ, функциональная желудочная диспепсия, катаральные и эрозивно-язвенные гастропатии и дуоденопатии, в 15,62% случаях выявлена язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки вне обострения, в 3,13% поражение печени: вирусный гепатит С.

Патология сердечно-сосудистой системы занимает значимое место среди полиморбидных поражений: артериальная гипертензия (АГ) (34,37%), гиперхолестеринемия (31,25%). Кроме того, в 21,87% встречались анемии, хронический холецистит (6,25% пациентов), нарушение к толерантности к глюкозе (3,13%); поражение легких (3,13%). Среднее количество нозологических форм (транснозологическая полиморбидность)

на одного больного составляло $2,37 \pm 1,09$, а пораженных систем организма (транссистемная полиморбидность) $1,46 \pm 0,56$. Показатели транснозологической и транссистемной полиморбидности коррелировали с возрастом пациентов: в группе до 39 лет данные показатели составили $2,07 \pm 0,95$ и $1,307 \pm 0,48$, тогда как у лиц 40-59 лет соответственно $2,72 \pm 1,01$ и $1,66 \pm 0,48$.

Заключение. Таким образом, проведенный анализ сопутствующей терапевтической патологии у больных АС показал высокую частоту системной и нозологической полиморбидности, корреляцию числа хронических заболеваний с возрастом больных. С целью улучшения прогноза и качества жизни полиморбидных пациентов необходимы своевременное выявление и тщательный анализ всей сопутствующей патологии, что позволяет индивидуально оптимизировать лечение (уделяя особое внимание межлекарственным взаимодействиям и полипрагмазии), прогнозировать соответствующие осложнения, эффективно использовать профилактические медикаментозные и немедикаментозные средства.

АНАЛИЗ ОСТАТОЧНЫХ НАПРЯЖЕНИЙ В МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНКАХ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ УГЛА НАКЛОНА СТЕНКИ АБАТМЕНТА И ЕГО ВЫСОТЫ

Лапушко В.Ю., аспирант кафедры ортопедической
и общей стоматологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Кабиев М.Ш., студент 5-ого курса Института стоматологии
им. Е.В. Боровского

Руководитель: Абакаров С.И., д.м.н., проф.
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель. Изучить остаточные напряжения в металлокерамических коронках на дентальных имплантатах, в зависимости от степени угла наклона стенки абатмента и его высоты.

Материалы и методы исследования. Было проведено математическое моделирование в программном комплексе «Ansys Workbench 2020R2» комбинаций моделей металлокерамических коронок и абатментов с высотой 3, 5, 7, 9 мм с углами наклона стенок абатментов от 0° до 10° с шагом в 2° и диаметром в пришеечной части 4,5 мм с шириной уступа 0,5 мм. Так как при высоте абатментов 7 и 9 мм и диаметре 4,5 мм невозможно использовать угол наклона стенок 8° и 10° из-за сходимости стенок абатментов в конус, были дополнительно смоделированы абатменты с увеличенным диаметром пришеечной области до 6 мм. Всего было рассмотрено 24 модели.

В данном исследовании изучались остаточные напряжения в процессе цементирования металлокерамической коронки на абатмент. На абатмент устанавливалась модель металлокерамической коронки с жидким цементным слоем, с внешней вертикально направленной силой 50Н, что соответствует средней силе нажатия пальца на коронку при цементировке. Контакт между коронкой и стенкой абатмента с коэффициентом трения принимался равным 0. После снятия внешней нагрузки в 50Н, произошло распределение внутренних напряжений, называемых остаточными напряжениями. Данное исследование позволяет описать возникновение и распределение остаточных напряжений в процессе цементировки металлокерамической коронки на абатмент.

Результаты. Результаты исследования показали, что при неравномерном распределении слоя цемента возникают области с напряжениями, превышающими уровень напряжений, возникший при равномерно распределенной нагрузке на конструкцию. Данные области называются концентраторами напряжений. Концентрация напряжений является начальным разрушающим механизмом. Максимальная концентрация напряжений керамики и каркаса возникла в пришеечной области. Так при высоте 3 мм максимальные показатели в керамике при угле наклона стенки

абатмента 0° – 8,54 МПа; в каркасе при 0° – 12,4 МПа, минимальные при угле наклона стенки абатмента 10° – 6,42 МПа, в каркасе при 10° - 10 МПа. При высоте 5 мм в керамике максимальные напряжения возникают при угле наклона 0° – 7,9 МПа; в каркасе при 0° – 12,2 МПа; минимальные напряжения в керамике при 10° - 6 МПа; в каркасе при 10° – 9,6 МПа. При высоте 7 мм максимальные концентрации напряжений в керамике при угле наклона стенок 0° , 2° и 4° – от 6,8 МПа до 6,9 МПа; в каркасе при 2° – 10 МПа, минимальные напряжения при 8° - 6,3 МПа; в каркасе при 8° – 9 МПа. При высоте 9 мм максимальные напряжения возникают при угле наклона стенки абатмента 2° – 7,9 МПа; в каркасе при 0° – 8,1 МПа, минимальные напряжения при 10° – 4,2 МПа; в каркасе при 6° – 7 МПа. Высокая концентрация напряжений в абатментах возникает в его верхней части, особенно при высоте 7 мм, где максимальное напряжение при угле наклона 8° – 39,7 МПа, минимальное при угле наклона 0° – 3,3 МПа; и 9 мм при 6° – 32,4 МПа, при 0° – 3,4 МПа.

Выводы. Увеличение угла наклона стенки абатмента приводит к снижению остаточных напряжений в элементах конструкции (керамики и титанового каркаса) после застывания цементного слоя, однако с увеличением угла наклона стенки абатмента возникают в его верхней части концентрации напряжений, которые могут повлиять на качество ортопедического лечения, вследствие чего следует выбирать оптимальный угол наклона стенки абатмента.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО УГЛА НАКЛОНА СТЕНКИ АБАТМЕНТА

Лапушко В.Ю., аспирант кафедры ортопедической

и общей стоматологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Кабиев М.Ш., студент 5-ого курса Института стоматологии им. Е.В. Боровского

Руководитель: Абакаров С.И., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель. Изучить оптимальный угол наклона стенки абатмента при припасовке металлокерамической коронки в зависимости от высоты абатмента.

Материалы и методы исследования. Было проведено математическое моделирование в программном комплексе «Ansys Workbench 2020R2» комбинаций моделей металлокерамических коронок и абатментов с высотой 3, 5, 7, 9 мм с углами наклона стенок абатментов от 0° до 10° с шагом в 2° и диаметром в пришеечной части 4,5 мм с шириной уступа 0,5 мм. Так как при высоте абатментов 7 и 9 мм и диаметре 4,5 мм невозможно использовать угол наклона стенок 8° и 10° из-за сходимости стенок абатментов в конус, были дополнительно спроектированы модели с увеличенным диаметром пришеечной области абатментов до 6 мм. Всего было рассмотрено 24 модели. После определения остаточных напряжений в процессе цементирования металлокерамических коронок на абатменты, к предварительно напряжённым собранным конструкциям прикладывались внешние нагрузки:

1. Вертикальная нагрузка 400 Н.
2. Нагрузка 200 Н под углом 30 градусов.
3. Поперечная нагрузка 100 Н.

В качестве анализируемой компоненты напряжений для керамики были использованы максимальные растягивающие напряжения. В качестве анализируемой компоненты напряжений для титанового сплава Ti6Al4v были использованы эквивалентные напряжения по Мизесу, для определения прочности цементного слоя рассматривались максимальные растягивающие напряжения и максимальные напряжения сдвига. Для определения рекомендуемого угла наклона стенки абатмента рассматривались прочностные свойства элементов всей конструкции.

Результаты. В результате решения в программном конечноэлементном комплексе «Ansys WorkBench 2020R2» были получены распределения напряжений по элементам конструкции (керамика, каркас, абатмент), а также

контактные давления и величины сдвиговых напряжений в цементном слое. В качестве оценки рекомендуемой конусности абатмента была рассмотрена совокупность прочностных свойств всей конструкции по каждому элементу. Таким образом, после приложения обозначенных внешних нагрузок на исследуемые нами конструкции, результаты исследования показали, что для высоты абатмента 3 мм допустимыми являются углы наклона стенки абатмента от 3° до 6° , оптимальным углом конусности является угол 6° . Для абатмента высотой 5 мм допустимыми являются углы от 3° до 8° , оптимальный угол наклона 6° . При высоте абатмента 7 мм и диаметром 4,5 мм допустимыми углами наклона стенок являются от 3° до 6° , оптимальный угол составляет 5.2° . При увеличении диаметра до 6 мм абатмента высотой 7 мм предпочтительный угол наклона стенки 10° . Для высоты абатмента 9 мм при диаметре 4,5 мм оптимальными углами наклона стенок являются от 2° до 4° , оптимальный угол наклона 3° , при увеличении диаметра до 6 мм оптимальные угла наклона стенок от 8° до 10° .

Выводы.

1. Влияние степени угла наклона стенки абатмента на возникновение напряжений в конструкции при воздействии нагрузок наиболее выражено у абатментов высотой 7 мм и 9 мм.

2. Следует использовать максимально возможный диаметр абатмента в пришеечной области, поскольку чем шире абатмент, тем больше снижается концентрация напряжений в элементах конструкции.

3. Были определены оптимальные и допустимые углы наклона стенки абатментов для металлокерамических коронок в зависимости от высоты абатмента.

– М –

ВОЗМОЖНОСТИ МИКРОИМПУЛЬСНОЙ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Максимов И.В., врач-офтальмолог ФГБУ «Клиническая больница» УДП РФ

Руководитель: Иошин И.Э., д.м.н., профессор

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Особое место в лечении рефрактерной глаукомы занимают циклодеструктивные вмешательства, в том числе, контактная непрерывная диод-лазерная циклофотокоагуляция (ЦФК) с длиной волны 810 нм, механизм действия которой направлен на подавление продукции водянистой влаги [Дробница А.А., 2015; Поступаев А.В. и др., 2015; Роустова О.В. и др. 2003; Пиев М. Е. et al., 2007; Бойко Э.В. и др., 2012; Егоров В.В. и др., 2007; Egbert P.R. et al., 2001; Walland M. J. 2000]. Однако высокий уровень послеоперационных осложнений из-за коагуляционного некроза цилиарного тела и его отростков в результате лазерного воздействия ограничивает широкое внедрение данной технологии. Это послужило поводом для разработки более щадящей методики - микроимпульсной циклофотокоагуляции (мЦФК), преимущественным отличием которой является использование повторяющихся коротких импульсов лазерной энергии со стандартным рабочим циклом 31,3% [Tan A.M. et al., 2010; Lee J.W. et al., 2015; Aquino M.C. et al., 2011]. Предложенная методика микроимпульсной ЦФК может стать альтернативным методом в лечении рефрактерных форм глаукомы.

Цель: оценить возможности применения микроимпульсной циклофотокоагуляции при лечении пациентов с рефрактерной глаукомой различной стадии.

Материал и методы. Обследовано 70 пациентов (51 мужчин и 24 женщин) в возрасте $68,5 \pm 13,2$ лет с развитой (14), далеко зашедшей (44) и

терминальной (12) стадией первичной открытоугольной рефрактерной глаукомы (ПОУГ). Процедура мЦФК проводилась под местной анестезией (прибор SUPRA 810, Quantel Medical, Франция) при базовом режиме: мощность лазера – $W=2000$ мВт, скважность – 31,3%, время воздействия – 160 сек., что соответствовало 100 Дж лазерной энергии. До и после операции мЦФК всем пациентам проводилось комплексное офтальмологическое обследование.

Результаты. Операции и послеоперационный период протекали без осложнений. Через одну неделю гипотензивный эффект был достигнут во всех случаях наблюдения и сохранялся в течение 12 месяцев в 79,3% у пациентов с развитой и далеко зашедшей стадией заболевания. У 12 (20,9%) пациентов 2 и 3 стадии потребовалось проведения повторной процедуры мЦФК с лазерной энергией 125Дж, что впоследствии также привело к стойкому гипотензивному эффекту к 12 месяцам наблюдения. Снижение ВГД произошло на 37,9% ($p<0,05$) от исходного уровня при развитой и на 33,1% ($p<0,05$) при далеко зашедшей стадии. При терминальной стадии глаукомы после проведения первой и у 5 больных повторной процедуры существенного снижения ВГД не произошло (снижение на 20,7%; $p<0,05$), однако отмечалось субъективное и клиническое улучшение со стороны глазного яблока. Количество гипотензивных препаратов после проведенной процедуры мЦФК сократилось во всех группах (на 20,4% при развитой, на 16,1% при далеко зашедшей и на 12,1% при терминальной стадии).

Заключение. Стабилизация ВГД в течение 12 месяцев после проведения однократной процедуры мЦФК у больных с рефрактерной глаукомой различной стадии отмечалась в 53 (75,7%) случаях, в 17 случаях (24,3 %) потребовалось проведение повторной процедуры. Проведение однократной и повторной процедуры мЦФК в значениях лазерной энергии от 100Дж до 125Дж показало эффективность и безопасность данного метода. Дальнейшее изучение микроимпульсного лазерного воздействия в различных клинических ситуациях у пациентов с глаукомой, возможно, расширит границы ее применения и при других формах заболевания.

COVID-19 КАК ПРИЧИНА ПОРАЖЕНИЯ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА ГЛАЗА

Масная С.Р., ординатор кафедры офтальмологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Во всем мире в ВОЗ было зарегистрировано 122 млн подтвержденных случаев COVID-19. Наиболее распространенным клиническим проявлением COVID-19 является двусторонняя пневмония. У части больных развивается гиперкоагуляционный синдром, при котором поражаются многие органы и системы. Возбудителем инфекции является SARS-CoV-2–вирус. Входные ворота возбудителя является эпителий верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта. Вирус SARS-CoV-2 проникает в клетки-мишени через рецепторы ангиотензинпревращающего фермента II типа (АПФ2) в присутствии клеточной сериновой протеазы 2 типа. В соответствии с современными представлениями АПФ2 экспрессируется на поверхности клеток различных органов, в частности, в сетчатке глаза. Гистопатологические исследования выявили РНК SARS-CoV-2 в сетчатке пациентов умерших от данного заболевания. Ключевыми патофизиологическими механизмами вируса являются: прямая вирусная токсичность, повреждение эндотелиальных клеток и тромбовоспаление, нарушение регуляции иммунного ответа, нарушение регуляции ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Анализ современных литературных данных выявил, что при инфекции COVID-19 происходит поражение сетчатки глаза и зрительного нерва. В работах Paula M Marinho et al. и M.F. Landecho et al. (2020 г.) сообщается о результатах оптической когерентной томографии (ОКТ) у пациентов с подтвержденной инфекцией COVID-19. У большого числа пациентов наблюдались гиперрефлективные поражения на уровне ганглиозных клеток сетчатки.

В исследовании Alessandro Invernizzi et al. (2020 г.) сравнивались средние диаметры артерий и вен у пациентов с перенесенным COVID-19 и у здоровых людей. На сетчатке глаза у пациентов с COVID-19 были также обнаружены кровоизлияния, ватообразные очаги, изменения хода и калибра сосудов. При этом средние диаметры артерий и вен были выше у пациентов с COVID-19. Предполагается, что диаметр вен сетчатки напрямую зависит от тяжести заболевания.

Miguel Ángel Zapata et al. (2020 г.) проанализировали показатель индекса плотности капилляров поверхностного сплетения центральной части сетчатки у пациентов, перенесших COVID-19. Выявлено статистически значимое снижение данного показателя в умеренных и тяжелых случаях инфекции COVID-19. Считается, что это отражает аналогичные сосудистые изменения в других органах и тканях и свидетельствует о снижении их функций. Одним из проявлений поражения сосудов сетчатки у пациентов с короновиральной инфекцией является окклюзия вен сетчатки. В частности, описаны случаи окклюзии центральной вены сетчатки (ЦВС) и ее ветвей у пациентов до 55 лет, без сопутствующей сосудистой патологии, в период от 10 до 30 дней с момента появления первых симптомов COVID-19.

В литературе описаны клинические случаи оптикомиелит-ассоциированных повреждений в виде двустороннего ретробульбарного неврита на фоне недавно перенесенного COVID-19, что было подтверждено выявлением повышенного титра IgG к миелин-олиго-дендроцитарному гликопротеиду на фоне высоких титров IgG к SARS-CoV-2.

Возможно, у относительно молодых пациентов без клинически значимой системной патологии инфицирование вирусом SARS-Cov-2 может привести к значимым поражениям органа зрения, которые проявляются в виде: неспецифических изменений сетчатки, васкулита, окклюзии, неврита, что требует дальнейшего изучения патофизиологических механизмов данных поражений.

НЕВОСПРИИМЧИВОСТЬ ЭНДОМЕТРИЯ – ПРЕПЯТСТВИЕ НА ПУТИ К УСПЕХУ ВРТ. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Масс Е.Е., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Колода Ю.А., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Определить клиническое значение одного из новейших методов лабораторной диагностики дефектов рецептивности эндометрия.

Материалы и методы. Обзор литературы.

Результаты. Несмотря на значительный рост эффективности программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), наблюдаемый за последние 10 лет, доля безрезультатных циклов по-прежнему остается существенной и может достигать 60-70%.

Роберт Эдвардс однажды написал, что эндометрий – последнее препятствие на пути прогресса вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Частота безрезультативных циклов по причине нарушения имплантации, ранних потерь, невынашивания или самопроизвольных выкидышей существенно превышает количество успешных беременностей.

Способность эндометрия допускать нормальную имплантацию называется восприимчивость, а оптимальная восприимчивость приводит к нормальным процессам имплантации, которые служат основой для здоровой беременности.

Эмбрионы способны легко имплантироваться во многие участки тканей, в то время как эндометрий уникален своей способностью блокировать имплантацию эмбрионов, за исключением этого узкого окна восприимчивости.

Нарушение механизмов имплантации в результате смещения периода

«имплантационного окна» – времени, когда эндометрий максимально готов к интеграции эмбриона, – считается одной из наиболее вероятных причин неудачных попыток.

Для определения рецептивности эндометрия разработаны и используются различные методы. Однако точность и эффективность существующих подходов существенно разнятся.

Новейшим тестом на восприимчивость эндометрия является тест *ReceptivaDx*, основанный на выявление сверхэкспрессии *BCL6* эндометрия у женщин с эндометриозом.

В отличие от ERA (*Endometrial receptivity analysis*-тест для установки оптимального дня переноса эмбриона в программе ВРТ), *ReceptivaDx* идентифицирует дефекты восприимчивости эндометрия, связанные с резистентностью к прогестерону, обычно из-за эндометриоза. Белок *BCL6* соединяется с гистоновой деацетилазой, *SIRT1*, чтобы препятствовать передаче сигналов прогестерона. Клиническое исследование предполагает, что положительный результат теста на *BCL6* (высокая экспрессия) является надежным предиктором неудовлетворительных репродуктивных результатов при ВРТ, и также предполагает, что таких женщин можно эффективно лечить с помощью подавления агонистов ГнРГ или хирургического вмешательства по поводу эндометриоза перед экстракорпоральным оплодотворением (ЭКО).

Полученные данные при зарубежных клинических исследованиях подтверждают и идею о том, что некоторых женщин с такими дефектами можно лечить без применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Рецептивность эндометрия кажется многомерной, хотя большинство необъяснимых дефектов может быть связано с эндометриозом. Подходы, направленные на диагностику нарушения рецептивности эндометрия воспалительного генеза могут быть более направленными и открывать возможности для наступления беременности женщинам вне программ ВРТ. Новые подходы диагностики, включая ERA и *ReceptivaDx*, по-видимому, показывают хорошие результаты по улучшению исходов беременности. В

частности, было показано, что лечение женщин с дефектами BCL6 эффективно, и позволяет снизить частоту выкидышей после лечения эндометриоза.

Заключение. Безусловно, необходимы дополнительные проспективные исследования с использованием конечных точек исходов беременности, прежде чем мы сможем преодолеть «последний барьер» к успеху ВРТ.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МАССИВНЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Матякубов Б.Б. – аспирант, кафедра акушерства и гинекологии
Руководитель: Ниязметов Р.Э. – д.м.н., доц. кафедра акушерства и гинекологии,
ЦРПКМР г. Ташкент

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
г. Ташкент, республика Узбекистан

Цель исследования. Улучшение техники тотальной гистерэктомии и консервативной терапии при массивных акушерских кровотечениях (МАК) для снижения материнской смертности.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения акушерского кровотечения в сравнительном аспекте в ретроспективной и в проспективной группе с 2014 по 2019 гг. на базе перинатального центра в г. Ургенче и 3-х родильных комплексах Хорезмской области в республике Узбекистан. В ретроспективную группу вошли 72 беременных, с кровопотерей в среднем $2450,0 \pm 80,0$; а в проспективную 78 беременных, кровопотеря составила в среднем $2530,0 \pm 70,0$ мл.

Обсуждение. В ретроспективной группе, произошли 22896 родов, и из них 1419 (6,2%) случаев сопровождалась патологической кровопотерей, а частота МАК более 1500,0 мл составил 0,3% случаев из всех родов. Из 8 случаев материнской летальности 5 (62,5%) случаев непосредственно была

связана с МАК. В ретроспективной группе проведена тотальная гистерэктомия традиционным методом по поводу: преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) тяжелой степени – 31(48,4%) случаев, раннего послеродового атонического кровотечения – 24 (37,5%), центрального предлежания плаценты -6(9,3%), эмболии амниотической жидкостью – 2(3,1%) и разрыва матки – 1(1,5%), при этом интероперационная кровопотеря составила $860,0 \pm 110,0$ ($p < 0,05$). В данной группе, качественный и количественный состав инфузионной терапии в среднем составил: физиологический раствор натрия хлорида $4350,0 \pm 350,0$; Гелоплазма (МНН) – $500,0 \pm 100,0$; гидроксипропилированный крахмал (ГЭК) $1800,0 \pm 150,0$; Реосорбилакт $400,0 \pm 50,0$ и свежемороженая плазма (СЗП) $1650,0 \pm 110,0$. В проспективной группе частота МАК и родов была идентична с ретроспективной группой. В проспективной группе применяли оптимизированный вариант операции тотальной гистерэктомии, который отличается от традиционного тем, что накладывают один «гемостатический шов» на все три образования (маточную трубу, собственную и круглую связки), сначала в дистальных отделах, затем в проксимальных, а также по ходу операции накладывают «гемостатический шов» на нисходящий и восходящий отделы *a.uterinae*. Проведенный оптимизированный вариант тотальной гистерэктомии, способствовало уменьшению интероперационной кровопотери в среднем на $340,0 \pm 60,0$ мл при МАК и сокращение времени выполнения самой операции на $22,0 \pm 4,0$ мин, тем самым улучшился исход операции. В проспективной группе количество физиологического раствора натрия хлорида в среднем на 1900,0; Рефортана на 600,0; СЗП на 230,0 меньше, а МНН, Гелофузина на 500,0 и Реосорбилакта на 400,0 больше вводили, чем в ретроспективной группе.

Выводы. Улучшенный вариант тотальной гистерэктомии, а также оптимизация состава инфузионной терапии при МАК в исследуемой группе способствовал снижению материнской летальности на 19,7%, чем в ретроспективной группе.

ПРЕДИКТОРЫ КОЛЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СВЕРХТЯЖЕЛОЙ АТАКОЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Мингазов А.Ф., аспирант кафедры колопроктологии

Руководитель: Ачкасов С.И., д.м.н., профессор

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Определить предикторы колэктомии у больных со сверхтяжелой атакой ЯК.

Материалы и методы. В ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» проведен ретроспективный анализ 74 пациентов с тяжёлой атакой язвенного колита, поступивших в клинику в 2017 году. Вследствие неэффективности проводимой терапии и развития осложнений в течение госпитализации, оперировано 54/74 (73%) пациентов (I группа). При этом у 20/74 (27%) пациентов (II группа) консервативная терапия оказалась эффективной. С целью выделения группы пациентов высокого риска колэктомии, исследовались лабораторные и инструментальные предикторы, такие как уровень гемоглобина, сывороточного альбумина, С-реактивного белка, также оценивалась и эндоскопическая картина воспалительных изменений в толстой кишке.

Результаты. Первым этапом проведен однофакторный анализ предикторов колэктомии. Так, среднее значение уровня альбумина в группе колэктомии составило 28,3 г/л, что статистически значимо меньше по сравнению с группой консервативного лечения - 33,5 г/л ($p=0,0002$). Уровень гемоглобина в I и II группах был 96 г/л и 118 г/л ($p<0,0001$), соответственно. Эндоскопическая картина «обширных язвенных дефектов» обнаружена у 42/54 (78%) больных, которые были оперированы и у 1/20 (5%) в группе пациентов, ответивших на лечение ($p<0,0001$). Уровень С-реактивного белка

также статистически значимо различался в I и II группах - 67 мг/л и 35 мг/л ($p=0,02$), соответственно.

Следующим этапом был проведен многофакторный анализ предикторов колэктомии. Уровень альбумина (ОШ = 0,67, ДИ 95% (0,48-0,9), $p=0,017$) и наличие обширных язвенных дефектов (ОШ=83,6 (9,9-699,8), $p=0,0003$) достоверно коррелировали с фактом колэктомии. Проведен ROC-анализ, выявлено пороговое значение уровня альбумина менее 31 г/л, при котором наблюдалась оптимальная диагностическая точность предиктора: чувствительность – 78%, специфичность - 90% (AUC=0,775, $p<0,001$). Проведен анализ логистической регрессии: при уровне альбумина менее 31 г/л, риск колэктомии возрастал в 17 раз (ОШ = 16,6, $p= 0,003$), а при наличии обширных, сливающихся язвенных дефектов риск повышался в 135 раз (ОШ =134,8, $p= 0,00007$). Построена логистическая модель риска колэктомии в зависимости от выбранных предикторов. Установлено, что при отсутствии вышеописанных предикторов риск колэктомии составил 13%. При наличии обширных сливающихся язвенных дефектов – 94%, а при наличии лишь уровня альбумина менее 31 г/л – 67%. При сочетании двух предикторов, риск колэктомии составил 99%. Данная логистическая модель является устойчивой и достоверной (AUC=0,95, $p= 0,006$).

Выводы.

В результате проведенного анализа доказано, что наличие обширных, сливающихся язвенных дефектов при колоноскопии у больных тяжелым ЯК, а также уровень сывороточного альбумина менее 31 г/л являются достоверными предикторами колэктомии, обладая при этом высокой прогностической ценностью. Полученные результаты использованы при планировании дизайна Российского многоцентрового обсервационного исследования «Предикторы колэктомии у пациентов со сверхтяжёлой атакой язвенного колита», которое было зарегистрировано в системе clinicaltrials.gov (NCT03947931).

ОДНОНУКЛЕОТИДНЫЕ ПОЛИМОРФИЗМЫ ГЕНА *IL-33* В ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ФЕНОТИПОВ ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

Моисеева Ю.П., аспирант кафедры оториноларингологии

Руководитель: Пискунов Г.З., профессор кафедры, д.м.н., проф., чл.-корр. РАН,

Заслуженный врач РФ, Заслуженный деятель науки РФ.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Полипозный риносинусит (ПРС) является мультифакториальным заболеванием и имеет сложный патогенетический механизм развития. В связи с этим существуют разные варианты клинического течения этой патологии, называемые клиническими фенотипами. ПРС в сочетании с бронхиальной астмой (БА) обладает наиболее тяжелым течением с рецидивирующим ростом назальных полипов, поэтому актуально раннее выявление таких пациентов для своевременной профилактики. Перспективным направлением для решения этой задачи является генотипирование.

Цель исследования. Установить возможность прогнозирования формирования определенных клинических фенотипов ПРС на основании однонуклеотидных полиморфизмов гена *IL-33* rs3939286 и rs1342326.

Материалы и методы. Было проведено наблюдательное проспективное исследование, включающее 103 пациентов с разными клиническими фенотипами полипозного риносинусита и группу контроля из 50 здоровых лиц без atopических заболеваний в анамнезе у себя и близких родственников. Методом ПРЦ в реальном времени осуществлялось выявление мутантных аллелей в однонуклеотидных полиморфизмах гена *IL-33* rs3939286 и rs1342326. Для выявления определенных аллелей, изучаемых SNPs в качестве предикторов развития клинических фенотипов ПРС, использовался расчет отношения шансов (OR) с 95% доверительным интервалом. Статистическая значимость устанавливалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Полиморфизм rs3939286 оказался связан с развитием ПРС у здоровых лиц OR= 2,484 (95% CI, 1,184-5,212, p-value = 0,0235), а также с хроническим гнойным воспалением слизистой оболочки полости носа и ОНП OR= 2,788 (95% CI, 1,068-7,276, p-value = 0,04848), отражающем суть второго клинического фенотипа полипозного риносинусита по классификации Г.З. Пискунова (2003 г.). Гетерозиготный вариант AG ассоциирован с течением заболевания, хорошо поддающимся хирургическому и медикаментозному лечению с достижением длительной стойкой ремиссии, а последовательность AA предрасполагает к формированию бронхиальной астмы, усугубляющегося эозинофильного воспаления с возникновением выраженной симптоматики и снижением качества жизни пациента. Носительство G-аллеля rs1342326 является предиктором развития круглогодичного аллергического ринита OR=3,637 (95% CI, 1,404-9,370, p-value=0,01247), БА OR=3,048 (95% CI, 1,136-8,179, p-value=0,04574), а также связано с рецидивирующим ростом назальных полипов OR=2,788 (95% CI, 1,068-7,276, p-value=0,04848).

Выводы. Исследование показало, что однонуклеотидные полиморфизмы гена *IL-33* могут быть использованы не только для выявления группы лиц с предрасположенностью к ПРС, но и для прогнозирования формирования конкретных клинических фенотипов, в частности ПРС в сочетании с БА. Определение группы риска рецидивирующего роста назальных полипов на ранних этапах заболевания открывает перспективы в своевременной профилактике развития тяжелого течения этой патологии.

БИОМЕТРИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ РЕШЕТЧАТОЙ ПЛАСТИНКИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ СТАДИЯМИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Морозова Ю.С. аспирант кафедры офтальмологии.

Руководитель: Арутюнян Л.Л., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Изменение механической устойчивости, точнее, снижение податливости и адаптивности решетчатой пластинки (РП), наблюдаемое с возрастом, а также индивидуальные вариации механических свойств склеры, также изменяющиеся в процессе старения, могут быть факторами риска развития глаукомы. С появлением оптической когерентной томографии (ОКТ), оценка деформации решетчатой пластинки *in vivo* в глазах с глаукомой вызвала значительный интерес.

Целью нашего исследования стало сравнение толщины преламинарного слоя нервных волокон (ТПСНВ) и глубины решетчатой пластинки (ГРП) у пациентов с разными формами открытоугольной глаукомы по данным ОКТ.

Нами было обследовано 23 пациента (46 глаз) с различными стадиями первичной открытоугольной глаукомы и 10 пациентов (19 глаз) без офтальмопатологии, которые составили группу контроля. Возраст пациентов основной и контрольной групп был идентичен и составил 63–82 лет. Все пациенты были обследованы стандартными офтальмологическими методами. Для оценки биометрических и морфометрических параметров решетчатой пластинки всем пациентам на приборе ОСТ проводилось сканирование диска зрительного нерва в режимах DISC MAP Y-X и DISC RADIAL 6LINE (ОСТ Optopol (Revo 60)).

Для расчётов были отобраны вертикальные сканы, которые располагались наиболее близко к центру диска зрительного нерва и не включали никаких основных сосудов (центральная артерия или вена сетчатки). Глубина решетчатой пластинки (ГРП) определялась как вертикальная линия, соединяющая переднюю поверхность решетчатой пластинки и плоскость открытия мембраны Бруха. Толщину преламинарного слоя нервных волокон (ТПСНВ) определяли как линию, соединяющую переднюю поверхность преламинарной ткани и переднюю поверхность

решетчатой пластинки в вертикальном скане и в зоне ее наименьшей толщины – минимальная толщина преламинарного слоя нервных волокон (ТПСНВ мин). Статистический анализ проводился с использованием Statistica версия 13.3 EN (Statsoft Russia). Полученные данные представлены в виде среднего значения \pm стандартное отклонение ($M \pm \delta$), а уровень статистической значимости был установлен на уровне $P < 0,05$.

Результаты. У пациентов с I и II стадиями ПОУГ (386 ± 77 мкм $p < 0,18$ и 380 ± 50 мкм соответственно $p < 0,81$) не было статистически значимого различия ГРП в сравнении с группой контроля (389 ± 96 мкм). Средняя глубина решетчатой пластинки относительно нормы была больше у пациентов с III стадией ПОУГ и составила (595 ± 162 мкм), что может говорить о декомпенсации глаукомного процесса при далеко зашедших стадиях, однако статистической значимости выявлено не было ($p < 0,13$). В то время как ТПСНВмин (158 ± 106 мкм) и ТПСНВ (205 ± 94 мкм) в центральном скане при I стадии ПОУГ была статистически значимо меньше толщины ТПСНВ и ТПСНВмин группы контроля (334 ± 187 мкм и 238 ± 203 мкм соответственно).

Выводы. Оптическая когерентная томография позволяет с высокой точностью провести оценку биометрических параметров всех структур ДЗН, включительно РП. Глубина залегания решетчатой пластинки значимо не отличается у пациентов с начальными стадиями первичной открытоугольной глаукомы относительно группы контроля. В то время как такой параметр как ТПСНВ может играть важную роль в оценке диска зрительного нерва при дифференциальной диагностике начальной стадии ПОУГ.

ВАЖНОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ МЕТОДОМ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Мошенский А.А., аспирант кафедры сурдологии

Руководитель: Маркова Т.Г., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Кохлеарная имплантация является сегодня наиболее эффективным методом реабилитации детей с врожденной тяжелой тугоухостью и глухотой. Своевременно проведенная операция способствует нормальному речевому и интеллектуальному развитию детей. Доказано, что мутации в гене *GJB2* - это самая частая причина врожденной несиндромальной тугоухости. Способны ли генетические тесты и медико-генетическое консультирование предсказывать благополучный исход операции и результаты реабилитационных мероприятий предстоит изучить. Детям с врожденной *GJB2*-обусловленной глухотой при условии отсутствия сопутствующей патологии возможно проведение кохлеарной имплантации в течение первого года жизни без предварительного ношения слуховых аппаратов. Поскольку динамика порогов слышимости при данной форме тугоухости отсутствует. Ношение слуховых аппаратов до операции рассматривается как подготовительный этап и требует не менее 6 месяцев.

Целью данного исследования является повышение эффективности слухоречевой реабилитации пациентов после кохлеарной имплантации при мутациях в гене *GJB2*.

Материалами для исследования послужила медицинская документация пациентов в возрасте от 5 до 18 лет, которым произведена кохлеарная имплантация более 5 лет назад. Обследование проходят дети, которые обращаются для настройки или замены речевого процессора. **Методы обследования:** общий ЛОР-осмотр, сбор анамнеза, речевая аудиометрия, анкетирование родителей, консультация сурдопедагога. Для оценки эффективности реабилитации создана специальная анкета, которая была скорректирована после пробного предъявления 15 родителям. На данный момент проводится набор пациентов, которые соответствуют критериям включения.

Результаты. Особое внимание уделено анализу результатов

универсального аудиологического скрининга новорожденных у обследуемых детей. Полученные данные позволят обосновать алгоритм маршрутизации, оценить и сравнить результаты реабилитации пациентов с мутациями в гене *GJB2* в отдаленном периоде после кохlearной имплантации. Будет изучен вопрос о влиянии опыта использования ребенком слухового аппарата на результаты кохlearной имплантации.

Выводы. Важность генетического анализа для родителей ребенка с нарушением слуха в первую очередь обусловлена прогнозом потомства, но знание генетического статуса может повлиять на сроки принятия решения о проведении операции. Результат генетического анализа при врожденной глухоте так же может быть использован как прогностический критерий, дающий возможность рассчитывать на успех реабилитации с помощью кохlearной имплантации, при соблюдении всех других условий.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Муллаева Л.Д., Муллаева Ф.Б.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Узбекистан, Ташкент

Низкие показатели эффективности вакцинации детей раннего возраста обусловлены, главным образом, длительными отводами детей от прививок в связи различными заболеваниями, одними из которых являются дети с перинатальным поражением ЦНС (ППЦНС). Неврологические расстройства, связанные с перенесенной ишемией мозга влияют на формирование иммунитета, функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта и др. Реакция иммунологической системы на гипоксически-ишемические повреждения ЦНС имеет огромное влияние на

течение и исход заболевания у ребенка, и возможно в последующем на результаты вакцинации против управляемых инфекций.

Цель исследования. Изучение течения вакцинального периода у детей с перинатальным поражением ЦНС.

Материалы и методы исследования: Обследованы дети с перинатальным поражением ЦНС (n=80), которые были привиты АКДС-вакциной в стандартные сроки национального календаря профилактических прививок (основная группа). Контрольную группу составили дети с неблагоприятными последствиями после иммунизации (НППИ), но без ППЦНС. В работе использованы современные математические методы статистической обработки данных клинических исследований – клинические испытания «случай-контроль» с оценкой относительного шанса (OR) и относительного риска (RR), для установления, которых были оценены анте-интра и постнатальные факторы.

Результаты исследования. У обследуемых детей из общих поствакцинальных реакций высокая температура свыше 38,6°C наблюдалась значимо чаще у детей с ППЦНС, относительный шанс и риск развития которой был в 4,0 и 1,75 раз выше. У детей основной группы относительный шанс и риск развития следующих симптомов общих поствакцинальных осложнений значимо был выше: токсических (чрезмерно сильных) - OR и RR повышался в 2,86 и 2,8 раз соответственно; судорожного синдрома на фоне гипертермии > 38°C (первые 1-3 дня) – OR и RR повышался в 7,29 и 7,7 раз; судорожного синдрома на фоне нормальной или субфебрильной температуры тела <38°C (в течение 1-2 недели) – OR и RR повышался в 2,82 и 3,0 раз; пронзительный крик, длящийся до 3 часов у 3-х детей основной группы, относительный шанс и риск, которого был в 4,28 и 4,57 раз выше. Обострение основного заболевания у детей с перинатальным поражением ЦНС было 5,0 раз достоверно выше – OR и RR повышался в 2,03 и 1,91 раз соответственно. У детей основной группы сочетанные НППИ регистрировались достоверно чаще, относительный шанс и риск их развития повышался в 3,5 и 1,87 раз.

Выводы. Таким образом, у детей с перинатальным поражением центральной нервной системы клиническое течение поствакцинального периода характеризовалось высокой частотой и высоким относительным шансом и риском развития поствакцинальных осложнений (токсических, судорожного синдрома, пронзительного крика), обострений основного заболевания, а так же сочетанных НППИ.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА CYP2C8 У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ КЕТОРОЛАК

Мурадян А.А., ассистент кафедры неотложной и общей хирургии,
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Созаева Ж.А., м.н.с. отдела молекулярной медицины НИИ молекулярной и персонализированной медицины ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Руководители: 1) д.м.н., проф. Благовестнов Д.А.

2) чл.-корр. РАН, д.м.н., проф. Сычев Д.А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Послеоперационный болевой синдром является важнейшим фактором, влияющим на процесс ранней реабилитации и длительность послеоперационного пребывания пациента в стационаре. Одним из препаратов группы НПВП, обладающим выраженной анальгетической активностью и применяющимся в послеоперационном периоде, является кеторолак. Для многих НПВП генами-кандидатами для изучения метаболизма в печени являются *CYP2C8* и *CYP2C9*.

Цель. Определить частоту встречаемости однонуклеотидных полиморфизмов *CYP2C8 T>C* (rs10509681) и *CYP2C8 C>T* (rs11572080) у

больных, перенесших холецистэктомию, получающих для послеоперационного обезболивания трамадол и кеторолак.

Материалы и методы. В исследование было включено 107 пациентов с неосложненным острым калькулезным холециститом, перенесших холецистэктомию, средний возраст $48,1 \pm 14,4$ лет, от 21 до 82 лет; 23 мужчины (21%) и 84 женщин (79%). Послеоперационное обезболивание осуществлялось с применением трамадола 5% 2,0 в/м через 6 часов после операции и кеторолака 2,0 в/м х 4 раза в день в первые 2-3 дня после операции, далее при необходимости перорально до купирования болевого синдрома. Помимо стандартных методов лабораторного и инструментального исследования, проводился забор цельной крови с последующим выделением ДНК из лейкоцитов и ПЦР в реальном времени для фармакогенетического тестирования по *CYP2C8 T>C* (rs10509681) и *CYP2C8 C>T* (rs11572080).

Результаты. У 109 (97,3%) пациентов выявлен генотип СТ по полиморфизму *CYP2C8 rs10509681*, у 3 (2,7%) больных обнаружен генотип СС. Выявлено отклонение от равновесия Харди-Вайнберга ($\chi^2=100,6$ $p=0,000$). Частота аллельного варианта С *CYP2C8 rs10509681* составила 51,3%. По полиморфизму *CYP2C8 rs11572080* генотип СС обнаружился у 81 (72,3%) пациента, генотип СТ – у 31 (27,7%) больного, отклонений от равновесия Харди-Вайнберга не обнаружено ($\chi^2=2,89$; $p=0,09$). Частота аллельного варианта Т *CYP2C8 rs11572080* составила 13,8%.

Выводы. Изучено распределение генотипов по *CYP2C8 T>C* (rs10509681) и *CYP2C8 C>T* (rs11572080) у больных, перенесших холецистэктомию, получающих обезболивающую терапию трамадолом и кеторолаком. Планируется изучить эффективность и безопасность послеоперационного обезболивания трамадолом и кеторолаком у носителей полиморфизмов *CYP2C8*.

Исследование выполнено при финансовой поддержке Гранта Президента Российской Федерации для научных школ № НШ-2698.2020.7.

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ PTGS1 И PTGS2 У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ

Мурадян А.А., ассистент кафедры неотложной и общей хирургии

Созаева Ж.А., м.н.с. отдела молекулярной медицины

НИИ молекулярной и персонализированной медицины

Качанова А.А., м.н.с. отдела молекулярной медицины

НИИ молекулярной и персонализированной медицины

Руководители: Благовестнов Д.А., д.м.н., профессор;

Сычев Дмитрий Алексеевич, член-корр. РАН, д.м.н., профессор

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Для генов ЦОГ-1 (PTGS-1) и ЦОГ-2 (PTGS-2) описаны несколько однонуклеотидных полиморфизмов, которые могут детерминировать изменение ответной реакции на препараты из группы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), включая степень обезболивания и частоту побочных нежелательных явлений со стороны сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной систем. Данные клинические маркеры эффективности и безопасности НПВП могут иметь критическое значение для пациентов в послеоперационный период и, таким образом, определять длительность реабилитации в стационаре.

Цель. Определить частоту встречаемости однонуклеотидных полиморфизмов PTGS-1 (*rs10306135* и *rs12353214*) и PTGS-2 (*rs20417*) у больных, перенесших холецистэктомию, получающих для послеоперационного обезболивания кеторолак и трамадол.

Материалы и методы. В исследование было включено 107 пациентов с неосложненным острым калькулезным холециститом, перенесших холецистэктомию, средний возраст $48,1 \pm 14,4$ лет, от 21 до 82 лет; 23 мужчины

(21%) и 84 женщин (79%). Послеоперационное обезболивание осуществлялось с применением трамадола 5% 2,0 в/м через 6 часов после операции и кеторолака 2,0 в/м х 4 раза в день в первые 2-3 дня после операции, далее при необходимости перорально до купирования болевого синдрома. Материалом для выделения ДНК являлась венозная кровь. Для фармакогенетического тестирования по выбранным полиморфизмам использовался метод полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Результаты. По полиморфизму *rs10306135* (A>T) гена *PTGS-1* гомозиготный генотип AA выявлен у 70 (65,4%) пациентов, гетерозиготный генотип AT – у 26 (24,3%), генотип TT – у 10 (10,3%) пациентов, выявлено отклонение от равновесия Харди-Вайнберга ($\chi^2=9.754$; $p=0.0076$). Генотип CC по полиморфизму *rs12353214* (C>T) гена *PTGS-1* выявлен у 79 (73,8%) пациентов, гетерозиготный генотип CT у 26 (24,3%) и гомозиготный TT у 2 (1,9%) пациентов, отклонений от равновесия Харди-Вайнберга не обнаружено ($\chi^2=0.006$; $p=0.9968$). По полиморфизму *rs20417* (G>C) гена *PTGS-2* у 106 (99,1%) пациентов выявлен генотип CC и у 1 (0,9%) – генотип GG; распределение генотипов по полиморфизму не соответствовало равновесию Харди-Вайнберга ($\chi^2=99.999$; $p<0.0001$).

Выводы. Изучено распределение генотипов полиморфизмов *PTGS-1* и *PTGS-2* у больных, перенесших холецистэктомию, получавших обезболивающую терапию трамаadolом и кеторолаком. Выявлено отклонение от равновесия Харди-Вайнберга по полиморфизмам *PTGS-1 rs10306135* и *PTGS-2 rs20417*.

Исследование выполнено при финансовой поддержке Гранта Президента Российской Федерации для научных школ № НШ-2698.2020.7.

К ВОПРОСУ ОБ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПРОМЕЖНОСТИ У РОДИЛЬНИЦ

Мустафазаде Д.Т., ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Ванурина И.А., к.м.н., доц.

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

Инфильтрационная анестезия промежностей местными анестетиками является общепринятой методикой обезболивания перед ушиванием разрывов. Несмотря на то, что инфильтрационная анестезия является общепринятой при ушивании разрывов промежностей, местные анестетики в форме гелей и кремов становятся хорошей альтернативой инъекционной анестезии.

Крем содержащий лидокаин и прилокаин является эмульсией типа масло в воде, в которой маслом является эвтектическая смесь лидокаина (2.5 %) и прилокоина (2.5%) в массовом соотношении 1:1. Данные анестетики быстро всасываются через слизистую гениталий и вызывают анестезию уже через 5-10 мин. с момента нанесения. Применение крема, содержащего эвтектическую смесь лидокаина (2.5%) и прилокаина (2.5%), хорошо изучено при малоинвазивных гинекологических процедурах.

Цель исследования. Сравнить обезболивающий эффект крема, содержащего лидокаин и прилокаин, с инфильтрационной анестезией лидокаином при ушивании разрывов промежностей после родов через естественные родовые пути.

Материалы и методы. В исследование включались женщины со случайными разрывами промежностей во время родов, находящиеся в одноплодных родах не ранее, чем на 37 неделе гестации с нормальными предлежанием плода.

Группа I – 30 рожениц для обезболивания ушивания разрывов промежностей после родов проводилась инфильтрационная анестезия. Средний возраст: $28,1 \pm 0,3$.

Группа II – 32 родильницы местная анестезия кремом, содержащим лидокаин и прилокаин. Средний возраст: $29,6 \pm 0,3$.

Оценка эффективности накожной анестезии

- 1 Общеклиническое состояние
- 2 Анкетирование родильниц (19 вопросов)
- 3 Визуальная аналоговая шкала длиной 10 см:
0 – отсутствие боли до 10 – невыносимая боль

Инфильтрационная анестезия: 1) разрыв промежности I ст – 0,5; 2) разрыв промежности II ст – 0,4; 3) разрыв клитора – 0,1.

Местная анестезия кремом: 1) разрыв промежности I ст – 0,53; 2) разрыв промежности II ст – 0,41; 3) разрыв клитора – 0,06

Длительность анестезии: 1) аппликации эвтектической смеси – 9; 2) анестезия лидокаином – 12

Восстановление промежности: 1) ушивание по Донати – 0,433; 2) Косметический шов – 0,566.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов анкетирования пациентов выявил, что по аналоговой шкале боли, степень болевых ощущений варьировали от 0 до 2 баллов.

При плановом кесаревом сечении у 7 (24%) беременных при выполнении спинномозговой и эпидуральной анестезии не отмечалась боль после нанесения Ксилокрема, тогда как в контрольной группе беременных со стандартным обезболиванием - по типу «лимонной корки», степень болевых ощущений при первой инъекции кожи был значительно выше.

Выводы. Аппликационное использование эвтектической смеси лидокаина 2,5 % и прилокаина 2,5 % при восстановлении промежности положительно влияет на психоэмоциональный статус родильниц, устраняя болевые ощущения при перинеррафии. Нанесение эвтектической смеси на раневую поверхность родовых путей значительно сокращает время наступления анестезии по сравнению с инфильтрационной анестезии лидокаином при формировании «лимонной корки».

**ОЦЕНКА УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ
ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ С ПОМОЩЬЮ РАЗЛИЧНЫХ
УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЭХО-КГ У ПАЦИЕНТОВ
С КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ**

Мушкамбаров И.Н., соискатель кафедры клинической физиологии и
функциональной диагностики

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

Цель исследования. Повышение информативности Эхо-КГ путем оценки упруго-эластических свойств грудной аорты у лиц с коронарным атеросклерозом.

Материалы и методы. С помощью различных ультразвуковых технологий Эхо-КГ произведена оценка упруго-эластических свойств грудного отдела аорты у 109 пациентов: 64 пациента с коронарным атеросклерозом и 45 пациентов без коронарного атеросклероза по результатам коронарографии.

Результаты. Получены показатели движения ближней стенки восходящего отдела грудной аорты в режиме импульсно-волнового тканевого доплера: S - скорость систолического смещения, E - скорость раннего диастолического смещения, A - скорость позднего диастолического смещения. Рассчитаны функциональные показатели упруго-эластических свойств с помощью цветового тканевого доплеровского изображения в стандартном М-режиме: коэффициент растяжимости, коэффициент податливости, модуль эластичности (жесткости) Петерсона, индекс жесткости. Получен показатель скорости распространения в нисходящем отделе грудной в цветовом М-режиме (СРП).

По результатам импульсно-волновой тканевой доплерографии ближней стенки восходящего отдела грудной аорты выявлено значимое

снижение скорости систолического смещения S ($8,13 \pm 2,77$ см/с), скорости раннего диастолического смещение E ($5,07 \pm 1,80$ см/с) в группе пациентов с выявленными коронарным атеросклерозом ($p=0,02$ и $p<0,01$ соответственно). Показатели скорости позднего систолического смещение в сравниваемых группах значимо не отличались ($p=0,41$)

В группе пациентов с выявленным коронарным атеросклерозом определялось значимое снижение коэффициента растяжимости ($229,63 \pm 107,21$ мм рт. ст. $^{-1} * 10^{-1}$) и коэффициента податливости ($158,53 \pm 65,10$ см $^2 * мм$ рт. ст. $^{-1} * 10^3$) по сравнению с группой пациентов без выявленного коронарного атеросклероза ($p=0,02$ и $p=0,03$ соответственно). Модуль эластичности (жесткости) Петерсона и индекс жесткости наоборот были значимо выше в группе пациентов с выявленным коронарным атеросклерозом ($1048,32 \pm 440,52$ мм рт. ст., $p=0,02$ и $851,845 \pm 383,887$ мм рт. ст., $p=0,01$ соответственно).

Выявлено значимое снижение СРП (360 ± 129 мм/с) в группе пациентов с выявленными коронарным атеросклерозом ($p < 0,01$).

Установлено, что о повышении абсолютного и относительного рисков наличия значимого коронарного атеросклероза свидетельствует снижение коэффициента податливости менее $170,416$ мм рт. ст. $^{-1} * 10^{-1}$ (AR 0,2, RR 0,41), снижение коэффициента растяжимости менее $222,222$ см $^2 * мм$ рт. ст. $^{-1} * 10^3$ (AR 0,12, RR 0,23), снижение скорости E менее $5,25$ см/с (AR 0,3, S RR 1,7), снижение скорости S менее $8,2$ см/с (AR 0,19, RR 1,40), снижение СРП < 392 мм/с (AR 0,42, RR 2,09), повышение модуля эластичности (жесткости Петерсона) более 900 мм рт. ст. (AR 0,17, RR 1,53), повышение индекса жесткости более 4 (AR 0,19, RR 1,62)

Выводы. Показатели движения ближней стенки восходящего отдела аорты в режиме импульсно-волновой тканевой доплерографии, стандартные показатели упруго-эластических свойств восходящего отдела грудной аорты в режиме цветового тканевого доплеровского изображения в сочетании с М-режимом, скорость распространения потока нисходящей аорты в цветовом

M-режиме значительно различаются по признаку наличия коронарного атеросклероза. Их оценка позволяет повысить информативность Эхо-КГ путем выделения рисков наличия значимого коронарного атеросклероза.

– Н –

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Назарова Е.В., ординатор кафедры нейрохирургии

Руководитель: Древаль О.Н., д.м.н., профессор кафедры нейрохирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Определение тактики лечения у пациентов с аневризматическим субарахноидальным кровоизлиянием(САК) должно быть выполнено в максимально короткие сроки с целью уменьшения риска повторного кровоизлияния. Учитывая комплекс патогенетических факторов, часто недостаточно использования только одного из реконструктивных методов и требуется комбинированный подход к лечению САК.

Цель. Оценить результаты лечения при использовании комбинированного подхода к лечению субарахноидальных кровоизлияний в остром периоде в зависимости от массивности САК.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 40 пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием, находящихся на лечении в ГБУЗ ГКБ им.Ф.И. Иноземцева в период с апреля 2016 г. по февраль 2021г, у которых применялись эндоваскулярные методы выключения аневризмы. В остром периоде были прооперированы 38 человек. В возрасте от 28 до 83 лет, в среднем $48,21 \pm 15,18$ лет. Мужчин было 34,2%(13), женщин 65,8%(25).

По локализации аневризмы распределялись следующим образом: супраклиноидный отдел ВСА – 9(23,7%); клиноидный отдел ВСА — 1(2,6%); ПМА-ПСА – 18(47,4%); вертебробазиллярный бассейн – 5(13,2%); СМА — 5(13,2%). Массивность САК по КТ оценивалась по шкале Fisher (1980г.): II – 6(15,8%), III – 4(10,5%), IV – 28(73,7%). Исходы оценивались по Шкале исходов Глазго(ШИГ) и модифицированной шкале Рэнкин(МШР).

Результаты. У 23(60,5%) больных выключение аневризмы из кровотока в остром периоде выполнялось только посредством эндоваскулярной эмболизации, у 15(39,5%) вторым этапом выполнялось клипирование. Клипирование в остром периоде проводилось у 10(26,3%) пациентов, в среднем на $6,2 \pm 4,6$ сут. По показаниям в остром периоде выполнялись хирургические вмешательства: установка наружного вентрикулярного дренажа – 6(15,8%), удаление внутримозговой гематомы – 4(10,5%), декомпрессивная трепанация черепа — 4(10,5%), санация и дренирование базальных цистерн – 12(31,6%).

При использовании только эндоваскулярной эмболизации в зависимости от выраженности САК, при Fisher 4 удовлетворительные результаты ШИГ 4–5 отмечались у 4(10,5%), МШР 2 – 1(2,6%); неудовлетворительные ШИГ 3 – 1(2,6%), МШР 3-4 – 4(10,5%), ШИГ 1 – 4(10,5%), при Fisher 2 ШИГ 5 – 3(7,9%), МШР 1 – 3(7,9%), ШИГ 3 – 1(2,6%), МШР 3 – 1(2,6%). В группе пациентов, которым дополнительно выполнялись хирургические вмешательства, при Fisher 4 ШИГ 4-5 у 4(10,5%) МШР 1 – 2(5,3%), ШИГ 3 – 3(7,9%), МШР 3-4 – 5(13,2%), ШИГ 1 — 5(13,2%), МШР 6 – 5(13,2%) ; при Fisher 3 ШИГ 4-5 у 3(7,9%), МШР 1 – 2(5,3%), ШИГ 3 — 1(2,6%) МШР 3-4 — 2(5,3%); при Fisher 2 ШИГ 4-5 – 2(5,3%), МШР 1 – 1(2,6%), ШИГ 3 – 1(2,6%), МШР 4 – 2(5,3%); ШИГ 1 – 1(2,6%).

Заключение. Комбинированный подход у пациентов с массивным САК в остром периоде, включающий патогенетически обоснованные хирургические вмешательства, сопряжен с более высокой частотой благоприятных исходов, по сравнению с одноэтапной эндоваскулярной эмболизацией. Но необходимо учитывать, что принятие решения о выборе тактики лечения должно учитывать комплекс факторов, основными из которыми являются тяжесть состояния больных и анатомо-морфологические характеристики аневризмы.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА

Назарова Е.В., ординатор кафедры нейрохирургии

Руководитель: Древаль О.Н., д.м.н., профессор кафедры нейрохирургии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Церебральный венозный тромбоз(ЦВТ) является редким заболеванием, на долю которого приходится менее 1% от всех нарушений мозгового кровообращения. Чаще встречается у лиц молодого возраста и детей, особенно среди женщин. Антикоагулянты считаются препаратами выбора. Эндovasкулярное вмешательство рассматривается как альтернативный метод лечения. На данный момент в литературе нет ни одного рандомизированного контролируемого исследования по оценке эффективности и безопасности эндovasкулярной механической тромбэктомии при ЦВТ. В данном клиническом случае продемонстрирован опыт успешного применения эндovasкулярной тромбэктомии и локального тромболизиса при ЦВТ.

Клинический случай. Пациентка П., 19 лет, поступила в РСЦ ГБУЗ ГKB им.Ф.И.Иноземцева 20.10.2020 с жалобами на диффузную головную боль переводом из инфекционной клинической больницы №2, куда поступала с подозрением на менингит. Из анамнеза, с 12.10.2020 беспокоила головная боль, с 19.10.2020 отмечала нарастание интенсивности головной боли, головокружение, тошноту, рвоту. При поступлении в реанимационное отделение РСЦ, состояние тяжелое, АД=110/70 мм.рт.ст., ШКГ=15 баллов, температура 37,7°C, менингеальный синдром, элементы сенсо-моторной афазии. Явные парезы конечностей не определялись. Глазодвигательных, чувствительных расстройств нет. Координаторные пробы: с атаксией с двух сторон. По данным КТ головного мозга и КТ-веносинусографии от 20.10.2020: КТ-признаки ОНМК по ишемическому типу, вызванного венозным тромбозом, с геморрагической трансформацией в левой теменной доле. Тромбоз верхнего

сагиттального (ВСС) и левого поперечного синусов. С целью предупреждения нарастания венозной недостаточности в виде прогрессирования ишемии, геморрагической трансформации и отека головного мозга, учитывая противопоказания к антикоагулянтной терапии, проведено оперативное эндоваскулярное вмешательство по экстренным показаниям. В тромботические массы ВСС медленно введен 1г цефтриаксона, а затем выполнен тромболизис препаратом Эптифибатид 10 мг. Выполнена многократная тромбаспирация с получением большого количества тромботических масс. На контрольной ангиографии — кровоток по ВСС восстановлен. В области конfluence — остаточные тромботические массы, омываемые потоком из ВСС. Левый поперечный синус остается окклюзирован. Был достигнут оптимальный ангиографический результат, частичная реканализация. По данным контрольной КТ головного мозга от 22.10.2020: положительная динамика в виде уменьшения тромботических масс в ВСС. В послеоперационном периоде проводилась антибиотикотерапия, антикоагулянтная, противоотечная, антиконвульсантная терапия. Пациентка выписана на 15-е сутки в удовлетворительном состоянии. В неврологическом статусе полный регресс цефалгического, общемозгового и менингеального синдрома. Через 3 месяца по данным контрольной МР-веносинусографии отмечается полное восстановление кровотока по ВСС, левому поперечному синусу.

Выводы. Эндоваскулярное вмешательство может рассматриваться при нарастании неврологической симптоматики, несмотря на использование антикоагулянтов, при наличии абсолютных противопоказаний для антикоагулянтной терапии, внутримозговых кровоизлияний. В результате эндоваскулярной механической тромбэктомии быстро достигается прямая реканализация, ниже риск развития геморрагических осложнений.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГИПЕРЧУВСТВИТЕЛЬНОГО ПНЕВМОНИТА ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА В Г. ИРКУТСКЕ

Нашатырева М.С., очный аспирант кафедры клинической аллергологии и
пульмонологии

Руководитель: И.Н. Трофименко, д.м.н.

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

Цель исследования. Оценка распространенности, этиологическая и клиничко-рентгенологическая характеристика поражения легких у больных с гиперчувствительным пневмонитом (ГП) по данным регистра пациентов с интерстициальными заболеваниями легких (ИЗЛ) в г. Иркутске.

Материалы и методы. С 2016 по 2019 гг. формировался регистр пациентов с ИЗЛ. В регистр включались пациенты старше 18 лет, с двусторонними интерстициальными изменениями по данным КТВР легких. Критериями исключения являлось наличие онкопатологии или инфекционного генеза заболевания. Данные представлены в виде $M \pm SD$, $Me [Q_1; Q_2]$, абсолютных числах или процентах.

Результаты. В регистр включены 266 пациентов с ИЗЛ в возрасте от 18 до 88 лет. Среди них ГП диагностирован у 20 человек (7,5%), 11 мужчин (средний возраст $56,2 \pm 15,3$ лет) и 9 женщин (средний возраст $50,2 \pm 12,4$ лет), по возрасту различия отсутствовали ($p=0,56$). 5 пациентов имели вариант острого течения, 15 хронического. Среди этиологических факторов по данным анамнеза преобладала гиперчувствительность к протеинам птиц – 8 наблюдений, 4 случая – контакт с плесенью, в 2 случаях профессиональные заболевания (контакт с токсико-аллергенными биополимерными соединениями и канифолью). В 6 случаях выявить явный «виновный» агент не удалось.

Среднее время от появления симптомов до постановки диагноза составило 12 [6,5; 36] месяцев, что не превышало среднее время диагностики других ИЗЛ ($U = 1998,5; p = 0,16$). Только 6 пациентов наблюдались с

диагнозом ГП до включения в регистр, у 5 были диагностированы идиопатический легочный фиброз (ИЛФ), по 2 случая ведения больных с диагнозами диффузного пневмосклероза, пневмонии, туберкулеза, бронхиальной астмы, 1 с неспецифической интерстициальной пневмонией.

Наиболее часто заболевание дебютировало с кашля (9 пациентов – 45%) и одышки (9 человек), по 1 случаю начала с лихорадки и слабости. Одышка и кашель имели место в 100% случаев, что в целом было чаще чем в популяции больных со всеми ИЗЛ ($p = 0,009$ и $0,01$ соответственно).

При исследовании функции внешнего дыхания в 70% наблюдений зарегистрирован рестриктивный паттерн, у 4 пациентов легкие нарушения, у 6 умеренные и у 4 тяжелые. Дыхательная недостаточность I степени по данным пульсоксиметрии зафиксирована у 3 больных, II у 7, III у 2 пациентов.

При анализе результатов компьютерной томографии высокого разрешения выявлены различия между подострым и хроническим течением заболевания, что отображает современные представления о патогенезе и вариантах течения патологии. При остром ГП у 5 пациентов имелись изменения по типу «матового стекла», у 4 зоны консолидации и у 3 пациентов центрилобулярные узелки. При хроническом течении отмечены признаки легочного фиброза (ретикулярная исчерченность, тракционные бронхоэктазы, сотовое легкое), в 9 случаях соответствующие типичному или вероятному паттерну обычной интерстициальной пневмонии.

Морфологическая верификация диагноза проведена у 6 пациентов.

За время наблюдения умерло 4 пациента.

Заключение. ГП является воспалительным заболеванием легких и дыхательных путей, которое развивается в ответ на повторные ингаляции широкого круга различных аллергенов. В настоящее время имеет место поздняя диагностика этого заболевания, что способствует развитию фибротического ГП, формированию ДН и ранней летальности.

МЕХАНИЗМ БИОИНФОРМАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

Нуртдинова Л.Р., преподаватель каф. мед. техники,
Носков И.С., инженер каф. мед. техники,
Аверина К.С., студентка МГМСУ им. А.И. Евдокимова,
лечебный ф-т,
Руководитель: Павлов А.Н., д.ф-м.н., проф.
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель. Целью данной работы является изучение информационных процессов взаимодействия: биообъект – окружающая среда. Показано, что мгновенная передача биоинформационного сигнала на большие расстояния хорошо коррелирует с эфиродинамическими представлениями мироздания. Изучено изменение состояния водосодержащих сред организма человека при воздействии электромагнитного излучения в диапазоне частот 0...400 мегагерц.

Материалы и методы. В работе исследуемым объектом являлись амплитудно – частотные характеристики (АЧХ) компонентов крови человека, водопроводной воды, стандартного физиологического раствора (0,9%NaCl), раствора белка для инъекций при воздействии ЭМИ в частотном диапазоне 0 – 400 МГц. Также использовался анализатор АЧХ марки X1-55. Эксперимент проводился в герметически закрытой фторопластовыми пробками с медными электродами кварцевой ампуле, диаметром 25 мм и длиной 400 мм (оптический волновод). Мощность входного сигнала составляла 250 мВт. В оптическом волноводе при распространении электромагнитного поля (ЭМП) создавалась продольная электромагнитная волна (ПЭМВ).

Результаты. Обнаружено, что в процессе создания продольной стоячей волны во всех исследованных жидкостях возникают окна прозрачности в диапазоне частот 0...300 МГц, характеризующиеся максимумами оптического пропускания, сменяющиеся минимумами. Процессы создания и разрушения

кластеров происходят непрерывно во всём исследуемом спектральном диапазоне. В частотном диапазоне 0... 300 МГц диэлектрическая проницаемость и удельная проводимость имеют постоянное значение и существенно отличаются от тех же характеристик мышечной ткани. Частоты 300 МГц в приведенных АЧХ совпадают в частотном расположении некоторых максимумов оптического пропускания. Однако наличие соли NaCl (физ. раствор) изменяет механизм кластерообразования. Несмотря на сложный состав плазмы крови (белки и другие ферменты и органические соединения) её основным элементом является вода (90-94%), которая служит источником питания всех клеток и тканей организма. Совпадающие пики оптического пропускания, свойственные воде и плазме крови, являются доказательством близости механизмов структурных изменений в этих средах

Выводы. Таким образом, на основании проведенной работы можно утверждать, что все биологические процессы, имеющие белковое происхождение, однозначно связаны с изменением состояния их водной составляющей. Воздействие низкоэнергетической ПЭМВ на кровяную и сердечно – сосудистую систему позволит проводить мониторинг их состояния с целью очистки и коррекции структур без вывода крови из организма. Кроме этого при определённой закрученности магнитной компоненты ПЭМВ можно регулировать перенос электронов в тонкой структуре клеток, и тем самым парализовывать функционирование «вредных» клеток.

Учитывая, что структурные перестройки в тканях организма обусловлены изменением состояния водной составляющей, изменяющей информационное содержание при любом энергетическом воздействии, можно утверждать, что материально – энергетическая схема жизнедеятельности человека реализуется именно через водную составляющую. При этом материальной составляющей присущи пространственные характеристики, а энергетической составляющей свойственны временные характеристики.

– О –

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ОДНОЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ БОТКИНСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Озерова Д.С., очный аспирант кафедры хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

Руководитель: заведующий кафедрой хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, д.м.н., проф., член.-корр. РАН Шабунин А.В.

Введение. На сегодняшний день лечение желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом включает в себя симультанное вмешательство по методике «Rendez-vous» и двухэтапный подход в лечении. Несмотря на явные преимущества симультанного вмешательства, данная методика требует высокого навыка владения лапароскопией, что осложняет возможность ее повсеместного применения. Учитывая вышесказанное, нами была выработана методика комбинированного одноэтапного лечения холецистохоледохолитиаза.

Материалы и методы. Впервые в хирургической клинике Боткинской больницы, в условиях рентген-операционной было выполнено комбинированное одноэтапное вмешательство по лечению холецистохоледохолитиаза. Всего по данной методике было прооперировано 7 пациентов.

Результаты. Средняя продолжительность эндоскопического этапа составила 18+2,1 минут (от 10 до 25 минут). Лапароскопический этап занял 32+5,7 минут (от 25 до 40 минут). Общее время операции в среднем составило 40 + 9,4 минут (от 30 до 65 минут).

Выводы. Комбинированный одноэтапный способ лечения холецистохоледохолитиаза демонстрирует свое преимущество над двухэтапным подходом. Однако, его применение при осложненных формах холедохолитиаза, носит ограниченный характер и диктует необходимость

избирательного подхода в выборе пациентов.

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОСАТЕЛЛИТНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ В ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ И АДЕНОПЛОСКОКЛЕТОЧНЫХ КАРЦИНОМАХ ШЕЙКИ МАТКИ

Олюшина Е.М., аспирант 1-го года кафедры патологической анатомии

Руководитель: Франк Г.А., д.м.н., профессор, академик РАН

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель – исследование MSI-фенотипа плоскоклеточного и аденоплоскоклеточного рака шейки матки (РШМ) иммуногистохимическим (ИГХ) методом и оценка его связи с прогностическими факторами заболевания и морфологическими характеристиками опухоли. Микросателлитная нестабильность (MSI) в опухоли приводит к значительному росту числа мутаций в опухолевых клетках, что сопровождается повышенной экспрессией опухолевых антигенов и увеличением иммуногенности опухолевой ткани. MSI является прогностическим фактором для ряда онкологических заболеваний и предиктивным маркером иммунотерапии.

Материал и методы. На операционном материале, полученном при лечении 43 пациенток с РШМ, был изучен MSI-фенотип ИГХ-методом. Были использованы антитела MutL Protein Homolog 1 (MLH1), Postmeiotic Segregation Increased 2 (PMS2), MutS Protein Homolog 2 (MSH2), MutS Protein Homolog 6 (MSH6) с системой детекции – EnVision FLEX. В случае полной потери ядерного иммуногистохимического окрашивания одного маркера диагностировался MSI-L фенотип, двух и более маркеров - MSI-H фенотип.

Результаты. MSI выявлялась в 5% (2/43) исследованных образцов РШМ. Во всех MSI-положительных случаях был диагностирован MSI-H фенотип, и отсутствовала экспрессия MLH1/PMS2. В первом

MSI-H случае отмечалась аденоплоскоклеточная дифференцировка, высокая степень злокачественности, глубокая инвазия в параметрий. Во втором MSI-H случае отмечалась плоскоклеточная дифференцировка, умеренная степень злокачественности, выраженная интратуморальная лимфоидная инфильтрация. Достоверной связи MSI-H фенотипа опухоли с прогностическими факторами заболевания и морфологическими характеристиками опухоли не было выявлено из-за малого числа этих случаев. В 28% (12/43) РШМ была выявлена потеря экспрессии белков MMR в части клеток опухоли (внутриопухолевая гетерогенность), наиболее часто гетерогенную экспрессию демонстрировала пара MLH1/PMS2, реже всего белок MSH6. Варианты гетерогенного окрашивания были разделены на клональный и внутриклональный, обнаружена тенденция к гетерогенной экспрессии исследуемых белков в зоне инвазивного роста, а также при снижении степени дифференцировки опухолевых клеток. Внутриопухолевая гетерогенность белков MMR и MSI-H отмечались в большинстве исследованных низкодифференцированных карцином, аденоплоскоклеточных раков и большом числе случаев со стадией T2-T4.

Заключение. Анализ результатов ИГХ-исследования экспрессии белков MMR показал, что MSI в РШМ является редким событием. В 28% образцов РШМ была отмечена внутриопухолевая гетерогенность иммуногистохимического окрашивания белков MMR. Отсутствие и/или гетерогенность экспрессии чаще всего были выявлены в паре MLH1/PMS2. Выделены различные варианты гетерогенного иммуногистохимического окрашивания белков MMR. Внутриопухолевая гетерогенность белков MMR и MSI-H отмечались в большинстве исследованных низкодифференцированных карцином, аденоплоскоклеточных раков и большом числе случаев со стадией T2-T4.

ВЛИЯНИЕ АКТИВНОСТИ CYP3A И CYP2D6 НА БЕЗОПАСНОСТЬ ТЕРАПИИ АНТИПСИХОТИКАМИ У ПОДРОСТКОВ С ОСТРЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Осипов А.С.¹; Качанова А.А.²; Акмалова К.А.²; Смирнов В.В.³

1. Кафедра клинической фармакологии и терапии ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, Москва
2. НИИ молекулярной и персонализированной медицины ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, Москва
3. ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)
Минздрава России, Москва

Руководители: Иващенко Д.В., к.м.н, доцент кафедры психиатрии
ПИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва;
Сычев Д.А., чл.-корр. РАН, д.м.н., проф., ректор, заведующий кафедрой
клинической фармакологии и терапии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Установить возможные ассоциации активности изофермента CYP3A и CYP2D6 с параметрами безопасности антипсихотиков при остром психотическом эпизоде у подростков в течение первых 14 дней лечения.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 подростков с острым психотическим эпизодом, принимающие антипсихотики. Средний возраст составил $15,36 \pm 1,7$ года. Наблюдение продолжалось 14 дней. Переносимость терапии оценивалась на 14 сутки при помощи шкал UKU SERS, SAS, BARS, а также с помощью выявления отдельных НПП при беседе с пациентом. Пациентам проводилось измерение активности изоферментов CYP3A и CYP2D6 при помощи измерения метаболических отношений концентраций эндогенных субстратов изоферментов и их метаболитов в утренней моче на 1 и на 14 сутки исследования. Активность CYP3A

оценивалась по отношению 6-бетагидрокортизола к кортизолу, активность CYP2D6 – по отношению 6-гидрокси-1,2,3,4-тетрагидро-бета-карболина к пинолину. Влияние носительства полиморфных вариантов *CYP2D6**4, *9, *10, *CYP3A4**22, *CYP3A5**3 на активность изоферментов было исключено путем выведения носителей из анализа.

Результаты. Не было обнаружено корреляций между активностью CYP3A, CYP2D6 и шкалами SAS, BARS. Была выявлена отрицательная корреляция между баллом подшкалы UKU “Прочие НПР” и активностью CYP3A на 14 день исследования ($p=0.036$; $r=-0,286$). Также была выявлена отрицательная корреляция между общим баллом шкалы UKU и активностью CYP2D6 при включении в исследование ($p=0.048$; $r=-0,273$). Также при регистрации отдельных НПР при беседе с пациентом было выявлено следующее. У пациентов с НПР “сонливость/седация” активность CYP2D6 на момент включения в исследование была статистически ниже, чем у пациентов без данного НПР (1.03 ± 0.62 vs 1.63 ± 0.93 ; $p=0.013$). Также у пациентов с данной НПР происходило повышение активности CYP2D6 к 14 дню исследования, в то время как у пациентов без “сонливости/седации” - уменьшение активности (0.29 ± 1.14 vs -0.4 ± 0.91 ; $p=0.027$).

Выводы. У пациентов с более низкой активностью CYP3A на 14 день исследования НПР имели большую выраженность. А также более выраженные НПР отмечались у пациентов с более низкой активностью CYP2D6 при включении в исследование. Симптом “сонливость/седация” отмечался чаще у пациентов с более низкой активностью цитохрома CYP2D6. Вероятно, медленный метаболизм приводил к более высоким плазменным концентрациям препарата в плазме и, как следствие, к токсичности. Однако тот же симптом (сонливость-седация) наблюдался чаще у пациентов, у которых происходило увеличение активности CYP2D6 к 14 дню исследования. Неясно, почему увеличение активности CYP2D6 у пациентов ассоциировалось с более частым возникновением НПР “сонливость/седация” – это выглядит противоречиво. Необходимы дальнейшие исследования для оценки роли CYP3A и CYP2D6 в

прогнозе безопасности антипсихотиков.

ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Оськин А.Н., аспирант кафедры детских инфекционных болезней

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Определить состояние клеточного иммунитета у детей раннего возраста с ротавирусной инфекцией для прогнозирования исхода заболевания и совершенствования лечения.

Материалы и методы. Было обследовано 20 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет со среднетяжелой формой ротавирусной инфекции, госпитализированных в инфекционные отделения ГБУЗ ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ и ГБУЗ ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ. Диагноз устанавливался путем обнаружения в фекалиях РНК ротавируса методом ПЦР и антигена данного микроорганизма методом иммунохроматографии в лабораториях указанных стационаров. Субпопуляции иммунокомпетентных клеток определялись методом проточной цитометрии сотрудниками кафедры клинической лабораторной диагностики Академического образовательного центра (проф. С.А. Луговская, доц. Е.В. Наумова, доц. М.Е. Почтарь). Контрольную группу составили 20 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет без инфекционной патологии. У всех обследуемых детей исключались сопутствующие тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации, наследственные генетические заболевания, иммунодефицитные состояния, а также прием антибактериальных и/или иммуномодулирующих препаратов, пробиотиков за 1 месяц до настоящего исследования. Пациенты с ротавирусной инфекцией получали лечение согласно официально утвержденным стандартам

и клиническим рекомендациям. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы STATISTICA 8.0 для связанных и независимых выборок с использованием непараметрического критерия Уитни-Манна и χ^2 .

Результаты. Общее количество лейкоцитов у детей к моменту выписки из стационара оказалось достоверно ниже по сравнению как с группой контроля, так и на момент госпитализации ($6,9 \pm 0,4$ против $8,2 \pm 0,4$ и $8,3 \pm 0,5$, соответственно, $p=0,03$). Количество лимфоцитов и в абсолютном, и в относительном выражении в первые дни болезни было ниже относительно контроля, однако на 5-е сутки восстанавливалось до нормальных значений. Аналогичные изменения происходили с CD3 и CD4 клетками. Абсолютное содержание CD8 клеток у детей с ротавирусной инфекцией хотя и несколько увеличивалось к моменту выписки из стационара, но все же оставалось достоверно низким по сравнению с группой контроля ($0,6 \pm 0,1$ против $0,9 \pm 0,1$ в контроле и $0,4 \pm 0,1$ на момент госпитализации, $p=0,01$). В разгар заболевания у детей отмечался рост относительного количества CD16, CD56 клеток с последующей их нормализацией (17 ± 2 против $11,8 \pm 1,1$ и $11,4 \pm 1$, соответственно, $p=0,02$). Такие же изменения происходили с CD19 клетками – $30,9 \pm 2,2$ против $25 \pm 1,5$ и $24,2 \pm 2,4$, соответственно ($p=0,02$). Относительное содержание CD25 клеток постепенно увеличивалось, достигая достоверных различий с контролем на 5-е сутки госпитализации – $11,1 \pm 0,8$ по сравнению с $8,1 \pm 0,5$ ($p=0,002$). Экспрессия TLR3 продемонстрировала неоднозначные результаты: относительное их значение при поступлении в стационар достоверно снизилось ($10 \pm 0,6$ против $13,4 \pm 1,2$, $p=0,01$), тогда как в абсолютных значениях экспрессия TLR3 возросла ($1,5 \pm 1,2$ против $0,6 \pm 0,1$, $p=0,001$). Экспрессия TLR7 как в относительных, так и в абсолютных значениях характеризовалась достоверным снижением к моменту выписки детей из стационара ($11,2 \pm 1,8$ против $13,8 \pm 1,5$ при $p=0,01$ и $0,5 \pm 0,1$ против $0,7 \pm 0,1$ при $p=0,02$, соответственно).

Заключение. Указанные изменения клеточного звена иммунитета носят в большинстве своем адаптивный характер в ответ на течение инфекционного процесса при заражении детей раннего возраста ротавирусом. Оптимизации иммунного ответа, вероятно, могло бы служить включение в комплексную терапию пациентов препаратов рекомбинантного интерферона α_{2b} .

– II –

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Пархоменко Н.В., ординатор кафедры нейрохирургии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Провести анализ послеоперационных летальных исходов тяжелой черепно-мозговой травмы.

Материалы и методы. Клиническим материалом представлены 40 историй болезней пациентов, оперированных в 2018-2019 годах по поводу острых травматических внутримозговых и смежных гематом в НХО ГKB им. И.Ф. Иноземцева. Было сформировано две группы: группа А (пациенты, умершие в раннем послеоперационном периоде – 22 человека) и группа В (пациенты, выжившие после проведенного хирургического лечения – 18 человек).

Результаты. Все пациенты были госпитализированы по экстренным показаниям и получали хирургическое лечение в течение первых суток от момента поступления. Большую часть составили мужчины (80%). Соотношение мужчин и женщин в группе А составило соответственно 65%: 35%. В группе В – 95%: 5% соответственно. В группе А пациенты пожилого возраста составили 35%. В группе В большее количество пациентов составили лица молодого возраста – 70%. Глубину угнетения сознания пациентов при поступлении оценивали по шкале ком Глазго (ШКГ). В группе А среднее балльное значение ШКГ составило 9 баллов. В группе В – 13 баллов, диапазон варьировал в пределах 11-14 баллов. Клинический разбор в нашем исследовании касался больных с травматическими внутримозговыми и смежными гематомами. Изолированные внутримозговые гематомы отмечены в 40% случаев, внутримозговые гематомы в сочетании с субдуральными

гематомами – в 55%. Сочетание травматических острых субдуральных и эпидуральных гематомам наблюдалось в 5% случаев. В нашем исследовании показано, что сопутствующее вентрикулярное кровоизлияние не всегда приводит к летальному исходу. В группе А внутрижелудочковая геморрагия была выявлена в 55% случаев, в группе В – в 25%. Объем травматического субстрата (кровоизлияние+детрит) оценивался по следующей классификации: малый – 2-15 см³, средний – 15-45 см³, большой – более 40 см³. В группе А основную долю – 65% – составили объёмы от 40 см³ и более. В группе В большая половина – 55% – кровоизлияния среднего объёма. Типичная локализация кровоизлияний – левая гемисфера – наблюдалась у 80% всех исследуемых историй болезни. Анализ показал следующие результаты: в группе А более половины кровоизлияний формировалось в левой лобной доле (55%). Реже геморрагии встречались в правой лобной доле, височных долях и одновременно нескольких областях. В группе В травматический субстрат располагался в правой лобной доле (16%), при этом преобладало множественная локализация (75%). Остальную часть составили изолированные гематомы височных, затылочных и теменных областей.

Выводы. При анализе полученных данных выявлено, что исход тяжелых внутричерепных травматических кровоизлияний зависит от ряда факторов. Неблагоприятными являются: исходное нарушение уровня сознания ниже 10 баллов по ШКГ, объем кровоизлияния более 45 см³ и локализация его в левой лобной доле, мужчины старше 60 лет являются группой риска в статистике летальных исходов.

ОЦЕНКА ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА НА ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ

Перетяцько А.Б.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Демидова Т.Ю.

Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Введение. Сахарный диабет продолжает оставаться тяжелым бременем для национальных служб здравоохранения всех стран мира. До настоящего времени не существует эффективных методов излечения сахарного диабета (СД), и целями лечения этого заболевания являются снижение частоты осложнений, улучшение психологической и социальной помощи и обеспечение нормального качества жизни. Наиболее современной технологией в лечении СД 1 типа является инсулиновая помпа, которая вводит ультракороткий инсулин в соответствии с заранее запрограммированными значениями. Это альтернатива для людей с диабетом, использующих интенсифицированную инсулиновую терапию и регулярно измеряющих уровень гликемии. Данная схема введения инсулина в наибольшей степени соответствует ритму секреции здоровой поджелудочной железы.

Цель исследования. Изучить приверженность к помповой инсулинотерапии у больных СД 1 типа, распространенность потенциальных причин отказа от ношения ранее установленной инсулиновой помпы, недостатки и преимущества данного метода лечения с психосоциальной точки зрения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 15 медицинских карт пациентов с СД 1 типа, госпитализированных в эндокринологическое отделение ГКБ им. В.П.Демидова в 2020 году. Во время госпитализации пациентам впервые была установлена инсулиновая помпа Medtronic ММТ-722. Спустя 1-3 месяца после установки инсулиновой помпы, пациенты были повторно приглашены в отделение для проведения анкетирования на предмет субъективных впечатлений об использовании помпы. Опросник, предложенный пациентам, включал в себя вопросы о преимуществах и недостатках инсулиновой помпы в сравнении с базис-

болюсной инсулинотерапией, вопросы о трудностях в использовании прибора, предлагал оценить свое эмоциональное состояние до и после начала использования, а также реакцию окружающих.

Результаты. Средний возраст пациентов 32,2 (19-64) года. 73,3% пациентов продолжили использовать помпу после выписки из стационара, 26,7% отказались от ее использования. 50% отказов было связано со стоимостью расходных материалов, 50% были вызваны трудностями в обучении применению технологии. 100% продолжающих использование не делали перерывов с момента установки помпы. Недостатки: 54,5% опрошенных отметили стоимость расходных материалов, 36,4% – неудобство во время сна, 36,4 % – система трубок цепляется за предметы, 18,2% – звуковые сигналы, издаваемые помпой в том числе при нормогликемии. Преимущества: 72,7% – контроль гликемии, компенсацию СД, 63,6% – легко поменять дозировку инсулина (отсутствие депо инсулина, меньше шаг), 45,5% – взаимодействие с помощником болюса, помощь с расчетом доз, 45,5% – снижение количества инъекций, 36,4% – исчезновение гипогликемий, в том числе при физических нагрузках, 18,2% – снижение суточной дозы инсулина. Без проблем овладели технической частью 81,8%, испытывали затруднения – 18,2%. Эмоциональное состояние улучшилось у 81,8%, не изменилось у 18,2%. Скрывают ношение помпы от окружающих 63,6%, не скрывают 36,4%. 45,5% периодически испытывают тревогу по поводу возможности внезапного выхода помпы из строя.

Выводы. Результаты исследования указывают на необходимость просветительской деятельности среди населения с целью снятия стигмы с больных СД 1 типа, так как пациентам требуется взаимодействовать с помпой в общественных местах, не опасаясь осуждения и повышенного внимания. В программе обучения пациентов особое внимание следует уделить алгоритму действий при повреждении устройства с целью снятия тревожности.

ОЦЕНКА ИСХОДОВ И ПОДБОР ИНДИВИДУАЛЬНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ В ПРОГРАММАХ ВРТ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Петриченко Ю.Г., старший лаборант кафедры акушерства и гинекологии
Руководитель: Колода Ю.А., к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, в г. Москва

Актуальность. Процент бесплодия в Российской Федерации, потребность во вспомогательных репродуктивных технологиях (ВРТ) неуклонно растет, и существует постоянная необходимость в разработке новых наиболее эффективных и безопасных подходов. В структуре бесплодного брака частота эндокринного бесплодия составляет 25%. Большой процент в проблему эндокринного бесплодия вносит синдром поликистозных яичников (СПКЯ). Синдром представляет собой гетерогенную эндокринную патологию с распространенностью приблизительно 5,5–19,9%. Рекомендуется применять в качестве терапии третьей линии программы ВРТ у женщин с СПКЯ и бесплодием при неэффективности стимуляции овуляции и лапароскопии, сопутствующей патологии (трубно-перитонеальный фактор бесплодия, эндометриоз, мужской фактор), необходимости преимплантационной генетической диагностики.

Цель исследования - изучение прогностических факторов, влияющих на исходы программ ВРТ при СПКЯ, и определение персонализированной тактики ведения таких пациенток.

Материалы и методы. Были проанализированы данные 313 пациенток с СПКЯ, у которых было проведено лечение бесплодия с использованием программ ВРТ на базе кафедры в ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России с 2017 по 2019 гг. Критериями включения в исследование являлись возраст женщин от 20 до 42 лет, показание к лечению методами ВРТ и наличие СПКЯ. Пациентки в возрасте моложе 20 лет и старше 42 лет, с противопоказаниями к

проведению лечения методом ВРТ, с тяжелым мужским фактором бесплодия (азооспермия), с наружно-генитальным эндометриозом III-IV ст., с аномалиями развития матки были исключены из исследования. У 59 пациенток (группа I) перенос эмбрионов был выполнен в индуцированном цикле, а у 98 пациенток (группа II) из-за риска развития синдрома гиперстимуляции яичников (СГЯ) перенос был отменен и проведена криоконсервация всех эмбрионов хорошего качества. У 155 пациенток (группа III) был выполнен перенос размороженных эмбрионов, у 35 из них для отбора эмбриона для селективного переноса проводилось преимплантационное генетическое тестирование на хромосомные аномалии (ПГТ-А). Статистическая обработка полученных данных выполнялась при помощи программы IBM SPSS, версии 23.0. Для оценки значимости статистических различий между исследуемыми группами, применяли t-критерий Стьюдента. Статистически значимыми считались различия, начиная от $p < 0,05$.

Для оценки вероятности наступления беременности или ее прерывания использовали расчет отношения шансов. Произведена оценка шансов наступления беременности и невынашивания при переносе размороженных эмбрионов по отношению к переносам в индуцированном цикле, а также отдельно в группе пациенток с переносом размороженных эмбрионов при условии выполнения ПГТ-А. Отношения шансов (ОШ) считали статистически значимыми если обе границы доверительного интервала были больше или меньше 1.

Результаты. Стартовая и суммарная доза гонадотропинов, продолжительность стимуляции не различались между I и II группой ($p > 0,05$), однако общее число полученных ооцитов и количество зрелых ооцитов оказалось больше во II группе (15,0 по сравнению с 11,0, $p < 0,001$) и (12,0 по сравнению с 9,0, $p < 0,001$). Процент оплодотворения оказался выше в I группе (73,6% против 64,4%, $p = 0,014$), а частота формирования бластоцист была сопоставимой в обеих группах (60,05% и 65,81%, $p = 0,1$)

В I группе значимо чаще встречался фенотип В (овуляторная

дисфункция в сочетании с клинической и/или биохимической гиперандрогенией без поликистозной морфологии). В этой группе чаще проводились оперативные вмешательства на яичниках ранее ($p=0,02$), что приводило к получению меньшего числа ооцитов и к снижению риска СГЯ, что и позволило выполнить перенос эмбрионов в этом же цикле. В I группе ИМТ был выше, чем во II группе (24 кг/м^2 по сравнению с $22,7 \text{ кг/м}^2$).

ОШ для наступления беременности при переносе размороженных эмбрионов по сравнению с переносом в индуцированном цикле составило 2,168 (95% ДИ 1,168-4,022). При переносе размороженных эмбрионов риск невынашивания был ниже, чем при переносе в индуцированном цикле (ОШ 0,381, 95% ДИ 0,20-0,72). Частота клинической беременности при переносе в стимулированном цикле составила 52,5%. После выполнения ПГТ-А и соответственно переноса протестированного эмбриона частота клинической беременности составила 82,9%, а без ПГТ-А – 66,9% ($p=0,07$). Вероятность невынашивания беременности при проведении ПГТ-А снижалась в 2 раза (ОШ 0,428; 95% ДИ 0,19-0,97).

Выводы. Для повышения частоты клинической беременности и снижения рисков невынашивания беременности целесообразно не проводить перенос эмбрионов в стимулированных циклах, а выполнять перенос размороженных эмбрионов. Исходя из полученных нами данных, перенос размороженных эуплоидных эмбрионов при СПКЯ позволяет добиться максимальной эффективности программ ВРТ при минимальном риске СГЯ и невынашивании беременности.

СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ АУТОИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ

Пожарский Е.Д., врач-ординатор кафедры гематологии и

трансфузиологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

ГБУЗ ГКБ им.С.П. Боткина ДЗ г. Москвы

Введение. Аутоиммунная гемолитическая анемия (АИГА) – частое осложнение хронического лимфолейкоза, обусловленное появлением аутоантител к антигенам на поверхности эритроцитов. АИГА усложняет ведение ХЛЛ, сопровождается выраженным иммунодефицитом и другими осложнениями, потенциально угрожающими жизни. Оптимальная тактика ведения АИГА на фоне ХЛЛ недостаточно разработана. Опубликовано всего несколько сравнений эффективности разных вариантов лечения АИГА на фоне ХЛЛ.

Цель исследования. Сравнить эффективность иммунохимиотерапии и глюкокортикостероидных гормонов в лечении первого эпизода АИГА в контексте ХЛЛ.

Материалы и методы. В ретроспективное когортное исследование включались пациенты с доказанным на основании критериев iwCLL2008 диагноза хронического лимфолейкоза и аутоиммунной гемолитической анемии, независимо от срока и контекста ее наступления. Анализ бессобытийной выживаемости проводили от даты начала терапии 1 линии, до даты терапии 2 линии. Кривые анализировались методом Каплан-Мейера и сравнивались с помощью лог-ранк теста.

Результаты. В исследование включено 63 пациента (34 мужчины и 29 женщин). Медиана возраста больных составила 74 года (разброс 54 – 91). У 8 пациентов дебют АИГА совпал с дебютом ХЛЛ, у 55 пациентов медиана времени от установления диагноза ХЛЛ до дебюта АИГА составила 41 месяц (0,5 – 192). На момент дебюта АИГА уровень гемоглобина составил 66 г/л (21 – 116). У всех пациентов определялась положительная проба Кумбса, причем у

21 пациента (33%) определялась высокая реактивность антиэритроцитарных антител (более 3 «+»). Ритуксимаб в монотерапии или в комбинации со стероидными гормонами получали 14 (22%) пациентов, иммунохимиотерапию 22 (34%) пациента, глюкокортикостероидные гормоны 27 (42%) больных.

Возраст, пол, степень реактивности антител и исходный уровень гемоглобина не были достоверно связаны с тяжестью гемолиза. При медиане срока наблюдения за пациентами 7,8 мес, события (рецидив гемолиза) произошли у 61 пациента (97%). При сравнении групп пациентов с АИГА, получавших разные варианты терапии принципиальных различий в демографических показателях не выявлено. Получены достоверные различия между временем наступления рецидива у пациентов, получавших в качестве первой линии глюкокортикостероидные гормоны и комбинированную или монотерапию ритуксимабом ($p=0,049$, отношение рисков 1,7 95% ДИ 0,98 – 2,9). Достоверных различий в общей выживаемости не было.

Вывод. Терапия ритуксимабом и ритуксимаб-содержащими режимами достоверно превосходит глюкокортикостероидные гормоны в первой эпизод АИГА у пациентов с ХЛЛ.

ЭПИТЕЛИОИДНАЯ ГЕМАНГИОЭНДОТЕЛИОМА ЯИЧКА. ЧЕТВЕРТЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ

Полякова А.С.¹ - студентка очной формы обучения. Кафедра урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Руководитель: Богданов А.Б. – к.м.н., доцент кафедры урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,

г. Москва

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

Введение. Эпителиоидная гемангиоэндотелиома является редкой

злокачественной опухолью и составляет менее 1% всех сосудистых новообразований. В результате проведенного анализа было выявлено, что мировая литература содержит сообщения всего о трех случаях диагностирования эпителиоидной гемангиоэндотелиомы яичка.

С учетом крайне редкой встречаемости данной опухоли, локализуемой в яичке, отсутствия описания клинических проявлений, патологических характеристик и прогнозов, неясности в тактике хирургического подхода, предоставляется актуальным ознакомление всего медицинского сообщества с данным клиническим случаем.

Клинический случай. В апреле 2018 года мужчина 33-х лет обратился за медицинской помощью. Предъявлял жалобы на некоторое увеличение размеров левой половины мошонки. Около четырех лет назад самостоятельно обнаружил у себя в области левого яичка небольшое опухолевидное образование, которое в последние месяцы стало увеличиваться в размерах. Ранее по поводу данного заболевания за медицинской помощью не обращался.

При обследовании определялось пальпируемое, несколько болезненное опухолевидное образование плотноэластической консистенции в области нижнего полюса левого яичка. Придаток левого яичка, правое яичко и его придаток без особенностей. При МРТ мошонки и малого таза с контрастным усилением на T1 и T2 режимах в задненижних отделах левого яичка определялась гипоинтенсивная, гипervasкулярная опухоль размерами 9,4x6,5x8,7мм. Правое яичко без патологии. Признаков паховой лимфаденопатии и отдаленного метастатического поражения при обследовании обнаружено не было. Лабораторные анализы, в том числе α -фетопротеин, β -субъединица хорионического гонадотропина, ЛДГ и общий тестостерон в пределах референсных значений.

В нашей клинике выполнена резекция левого яичка с опухолью в пределах здоровых тканей. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент был выписан в удовлетворительном состоянии на 2-е сутки после операции.

Контрольное обследование каждые 6 месяцев (лабораторные исследования, УЗИ, МРТ и КТ органов мошонки, малого таза, брюшной полости и забрюшинного пространства, ПЭТ/КТ, а так же МРТ головного мозга). В настоящее время по результатам обследований признаков локального рецидива и системной прогрессии опухоли не выявлено.

Выводы. Представленный нами клинический случай можно считать первым успешным опытом лечения гемангиоэндотелиомы яичка, используя органосохраняющую технику. При небольших размерах опухоли предпочтение может быть отдано именно такой тактике, так как это позволяет минимизировать операционную травму, андрогенный фон и фертильность мужчин, а также значительно снизить негативный эффект на психоэмоциональное состояние. Однако, учитывая малый накопленный опыт и отсутствие опубликованных серий пациентов, решение о выборе тактики хирургического лечения должно приниматься индивидуально.

АССОЦИАЦИЯ УРОВНЕЙ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА С ТРАДИЦИОННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Полякова О.А., аспирант кафедры терапии и полиморбидной патологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Изучить взаимосвязь уровней высокочувствительного

С-реактивного белка (вч-СРБ) с традиционными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у лиц молодого и среднего возраста.

Материалы и методы. Обследовано 427 пациентов в возрасте от 30 до

55 лет (41 [35; 48] лет), проходящих периодический медицинский осмотр (ПМО) на базе ООО «Газпром трансгаз Москва» «Центр диагностики и реабилитации» с ноября 2018 г. по февраль 2020 г. Пациенты с наличием острого воспалительного заболевания или обострением хронического, принимающие гиполипидемическую, противовоспалительную, гормонально-заместительную терапию, исключались из исследования. Уровень вч-СРБ определяли иммунотурбодиметрическим методом с усилением на латексе, с нижним пределом обнаружения 0,1 мг/л. Статистическую обработку результатов осуществляли в программе «STATISTICA 10.0.228.2». Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В группе обследованных лиц часто встречались такие факторы риска ССЗ, как артериальная гипертензия (46,8%), курение (40,5%), ожирение 1-3 степени (27,6%), абдоминальное ожирение (43,6%), гиперхолестеринемия (83,1%) и гипергликемия натощак (36,3%). Пациентов с сахарным диабетом (СД), отягощенной наследственностью по СД и ранним ССЗ было 2,8%, 1,9% и 1,4%, соответственно. Встречаемость повышения вч-СРБ ≥ 2 мг/л также была достаточно высокой и составляла 26,9%. Уровень маркера наиболее значимо коррелировал с индексом массы тела ($r=0,53$, $p<0,05$) и систолическим артериальным давлением ($r=0,28$, $p<0,05$). При построении многофакторной логистической регрессионной модели для повышенного уровня вч-СРБ и факторов риска ССЗ с поправкой на пол и возраст, было выявлено, что вч-СРБ ≥ 2 мг/л статистически значимо был ассоциирован с артериальной гипертензией (ОШ 1,9; 95% ДИ 1,1-3,4; $p=0,03$) и абдоминальным ожирением (ОШ 2,3; 95% ДИ 1,3-4,3; $p=0,01$). При однофакторном расчете модели статистически значимые ассоциации также были выявлены для абдоминального ожирения (ОШ 3,4; 95% ДИ 2,2-5,3; $p=0,0000001$), артериальной гипертензии (ОШ 2,8; 95% ДИ 1,8-4,4; $p=0,00001$), ожирения 1-3 степени (ОШ 6,8; 95% ДИ 3,5-13,1; $p=0,000001$) и СД (ОШ 3,9; 95% ДИ 1,2-12,8; $p=0,02$).

Выводы. Повышение базального уровня вч-СРБ, определяющее

хроническое системное воспаление, ассоциировано с традиционными факторами риска ССЗ и с вероятностью развития артериальной гипертензии среди лиц молодого и среднего возраста. Полученные результаты указывает на клиническую ценность использования этого маркера в рутинной практике у данной категории пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ МАРКЕРА ROR-1 В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ МИНИМАЛЬНОЙ ОСТАТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛИМФОЛЕЙКОЗЕ

Почтарь Е.В., аспирант кафедры клинической лабораторной диагностики
Руководитель: Луговская С.А., д.м.н., профессор ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, г. Москва

Введение. Согласно классификации ВОЗ, 2016 года диагностическими критериями В-ХЛЛ являются наличие более 5000/мкл моноклональных В-лимфоцитов с фенотипом: CD19+CD5+CD23+CD79b+dimCD20+dimCD22+dimIg+dimCD81+dim CD160dim

Тот факт, что некоторые В-клеточные лимфопролиферативные заболевания имеют сходные морфологические и фенотипические характеристики, требует постоянного поиска новых маркеров. Одним из таких маркеров является ROR1, который синтезируется во многих эмбриональных тканях, в течение короткого периода времени экспрессируется на клетках предшественницах В-лимфоцитов. Согласно немногочисленным исследованиям, экспрессия ROR1 регистрируется на опухолевых В-клетках при ХЛЛ, в то время как на нормальных зрелых В-лимфоцитах данный антиген практически не обнаруживается.

Цель исследования. Оценить экспрессию маркера ROR-1 на В-лимфоцитах в динамике течения ХЛЛ и возможность использования его в

оценке минимальной остаточной болезни (МОБ) при ХЛЛ.

Материалы и методы. Анализ экспрессии ROR-1 на В-лимфоцитах проводили в венозной крови, стабилизированной К₂ЭДТА. В исследование включены 91 пациент (40 женщин и 51 мужчин): 30 пациентов - с первично выявленным ХЛЛ, 35 - на фоне терапии ХЛЛ, 20 пациентов с реактивным лимфоцитозом и 10 условно здоровых доноров. Исследование проводилось на проточном цитометре FACS Canto II (фирмы Becton Dickinson) с использованием панели моноклональных антител той же компании. Для исследования минимальной остаточной болезни (МОБ) использовались образцы костного мозга 33 пациентов с ХЛЛ, стабилизированные К₂ЭДТА. Исследование проводилось на проточном цитометре Navios (Beckman Coulter) с использованием набора DuraClone RE CLB Tube (Beckman Coulter), включающего следующие лиофилизированные АТ: CD45, CD20, CD81, ROR-1, CD79b, CD19, CD5, CD43. Референтным методом являлся международный стандартизованный протокол, рекомендованный ERIC (European Research Initiative on CLL) в 2007 году для проточной цитометрии с использованием панели: CD45, CD19, CD5, CD81, CD43 CD38, CD22, легких цепей к и λ типов.

Результаты. Среди доноров и пациентов с реактивным лимфоцитозом процент В-лимфоцитов, экспрессирующих ROR1, у доноров составлял $0,07 \pm 0,02$ % ($M \pm m$), у пациентов с реактивным лимфоцитозом - $0,05 \pm 0,02$ %, в то время как у пациентов с ХЛЛ отмечалась высокая экспрессия этого маркера на большинстве В-лимфоцитов как в дебюте заболевания ($77,7 \pm 2,7\%$), так и на фоне проводимой терапии ($87,0 \pm 1,8\%$). При этом отмечалась высокая корреляция ($r=0,9159$) данного маркера с числом опухолевых CD19+CD5+ В-клеток.

Параллельное определение остаточного опухолевого клона ХЛЛ стандартизированным методом и с помощью набора DuraClone RE CLB Tube показало высокую корреляцию полученных результатов ($r=0,9997$). Использование в панели маркера ROR-1 позволяет упростить исследование, сократить число моноклональных АТ, а также заменить оценку клональности

В-лимфоцитов по рестрикции легких цепей.

Выводы. Таким образом, оценка ROR-1 может быть использована в диагностической панели ХЛЛ. Экспрессия ROR-1 на опухолевых В-лимфоцитах остается высокой на фоне проводимой терапии, что позволяет использовать данный маркер в оценке МОБ при ХЛЛ.

– Р –

ОПТИМАЛЬНЫЙ КРИТЕРИЙ ВЫБОРА ИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НЕВРОМЕ МОРТОНА

Разин М.А., ординатор кафедры нейрохирургии

Руководитель: Мухина О.В., ассистент

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Неврома Мортонa представляет собой патологию стопы, проявляющуюся неврологической и ортопедической симптоматикой. Морфологически указанная патология представляет собой участок фиброзной ткани вокруг и внутри межплюсневого фрагмента ствола подошвенного нерва, локализующийся, как правило, в третьем, реже во втором, межплюсневом промежутке и приводящий к компрессии нерва в указанной области.

В настоящее время имеются как малоинвазивные (инъекционные, радиочастотные, лазерные и криодеструкции, эндоскопические операции), так и открытые хирургические методы лечения данного заболевания. Систематические обзоры эффективности применения малоинвазивных вмешательств не позволяют сделать вывод как о долгосрочной эффективности, так и о превалировании эффективности какого-либо из указанных методов.

На сегодняшний день наиболее эффективным методом лечения невromы Мортонa согласно множеству проспективных исследований является открытое хирургическое вмешательство, представляющее собой иссечение и удаление самой невromы и поражённого участка подошвенного нерва.

Однако, учитывая столь широкое разнообразие предлагаемых методов, до сих пор отсутствует чёткий критерий отбора пациентов для определения степени инвазивности вмешательства, ввиду чего предложена ступенчатая схема лечения данного заболевания.

На наш взгляд, у данной схемы есть существенный недостаток: её применение не учитывает того факта, что чем больше было проведено

вмешательств в межплюсневом промежутке, тем выраженнее в данной области рубцово-спаечные изменения, затрудняющие проведение и снижающие клинический эффект последующих вмешательств.

Цель настоящего исследования – определение критерия выбора того или иного инвазивного вмешательства в лечении невромы Мортона.

Материалы и методы. В наше исследование было включено 47 пациентов, большая часть из которых были женщинами ($n=43$) в возрасте от 22 до 68 лет (49.9 ± 11.1), а также 4 мужчин в возрасте от 45 до 64 лет ($52,3\pm 8,2$). Всем пациентам в предоперационном периоде проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) для уточнения диагноза. Объем образований варьировал от 11 до 1725 мм³ (710 ± 442). 41 пациенту проводилось открытое хирургическое вмешательство дорсальным доступом, 6 пациентам – малоинвазивные вмешательства (радиочастотная деструкция, инъекции дипроспана) под УЗ-контролем. Продолжительность наблюдения в послеоперационном периоде составила в среднем 28 ± 14 месяцев.

Результаты. Положительного клинического эффекта удалось достигнуть у всех пациентов, которым проводилась открытая операция, и у трёх пациентов группы малоинвазивных вмешательств. Трём пациентам из группы минимально инвазивных вмешательств, объём невромы которых превышал 500 мм³, впоследствии проводилось открытое удаление невромы в среднем через 2-3 месяца.

Выводы. По нашему мнению, наиболее эффективным методом лечения невромы Мортона является открытое хирургическое вмешательство, а основным критерием выбора того или иного малоинвазивного вмешательства может являться именно объём невромы, определяемый посредством УЗИ.

ИНТРАКОРПОРАЛЬНЫЙ ИЛЕОТРАНСВЕРЗОАНАСТОМОЗ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАВСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ

Романова Е.М., Клинический ординатор, ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, отдел хирургии и онкологии ободочной кишки.

Руководитель: Ачкасов С.И., д.м.н., проф. ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных со злокачественными новообразованиями правой половины ободочной кишки.

Материалы и методы.

В ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России с сентября 2020 года по февраль 2021 года было проведено пилотное сравнительное исследование, интра- и экстракорпоральной методик формирования илеотрансверзоанастомоза при выполнении лапароскопической правосторонней гемиколэктомии у пациентов, оперированных по поводу рака правой половины ободочной кишки. Критериями невключения были: местно-распространенный характер роста первичной опухоли, а также локализация опухоли в средней и дистальной трети поперечной ободочной кишки.

В основную группу вошли 20 пациентов, которым была выполнена лапароскопическая правосторонняя гемиколэктомия с формированием интракорпорального илеотрансверзоанастомоза. Контрольную группу составили 18 пациентов, илеотрансверзоанастомоз которым был сформирован экстракорпорально.

Формирование интракорпорального анастомоза позволяет выполнить экстракцию препарата через мини-лапаротомный разрез по Пфанненштилю, что по данным литературы сопровождается лучшим косметическим эффектом и достоверно снижает риск формирования послеоперационных вентральных

грыж, в сравнении со средне-срединной лапаротомией при экстракорпоральном формировании анастомоза.

При анализе данных пациенты обеих групп по полу, возрасту и другим характеристикам статистически значимо не различались.

Конечной точкой исследования явилась частота послеоперационных осложнений по шкале Clavien-Dindo.

Также оценивалось время формирования анастомоза, длительность послеоперационного койко-дня.

Результаты.

Послеоперационные осложнения в группе интракорпоральных анастомозов по Clavien-Dindo, соответствующие I–II классам наблюдались в 4 (20%) случаях, в то время как среди пациентов, которым был сформирован экстракорпоральный илеотрансверзоанастомоз – у 5 (28%) больных. По данному параметру группы статистически значимо не различались ($p=0,71$). Несостоятельности анастомоза не отмечено ни в одной из сравниваемых групп.

Медианы длительности формирования анастомоза в обеих группах оказались сопоставимы и составили 50 (45;70) и 45 (40;60) мин., соответственно ($p=0,06$).

Длительность стационарного лечения больных после операции в группе интракорпоральных анастомозов была меньше, чем в контрольной – 5 и 7 дней, соответственно ($p < 0,001$).

Выводы.

Формирование интракорпорального илеотрансверзоанастомоза при лапароскопической правосторонней гемиколэктомии продемонстрировало статистически значимое сокращение длительности стационарного лечения больных в послеоперационном периоде с 7 до 5 дней ($p=0,01$), при сопоставимой частоте послеоперационных осложнений и длительности формирования анастомоза. Для оценки надежности, безопасности интракорпорального илеотрансверзоанастомоза планируется проведение проспективного рандомизированного исследования.

– С –

**ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
ПРЕПАРАТОВ «OFF-LABEL» У ДЕТЕЙ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО
ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ
И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ**

Сафонова В.В., ординатор кафедры неонатологии имени профессора
В.В. Гаврюшова ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва
Руководитель: Дементьев А.А., к.м.н., доц. кафедры неонатологии имени
профессора В.В. Гаврюшова
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной неонатологии является широкое применения «off-label» лекарственных средств, доказавших свою эффективность и безопасность на практике, но не подтвержденных с позиций доказательной медицины, т.к. из-за различных причин (чаще этического характера) у новорожденных детей эти препараты не проверялись в двойных, слепых, плацебо-контролируемых исследованиях.

Цель исследования. Установить частоту применения препаратов «off-label» и оценить обоснованность их назначения у детей в раннем неонатальном периоде в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) новорожденных № 1 Перинатального центра ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена в ОРИТ новорожденных №1 Перинатального центра ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина. Проведен ретроспективный анализ 95 историй болезни новорожденных детей, находившихся на лечении в отделении в период с декабря 2020 года по февраль 2021 года. Из всего числа новорожденных 15 (15,8%) детей были доношенными, 80 (84,2%) - недоношенными с экстремально низкой массой тела. Основными причинами тяжелого/крайне тяжелого состояния новорожденных, потребовавших проведения реанимационной и/или

интенсивной терапии, являлись тяжелая/среднетяжелая асфиксия при рождении, аспирационный синдром, геморрагический синдром, синдром дыхательных расстройств, внутриутробная инфекция. Оценивали медикаментозную тактику лечения новорожденных, соответствие проводимой терапии основным положениям актуальных протоколов и клинических рекомендаций, а также утвержденному в ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ формуляру по использованию лекарственных форм в неонатальных отделениях. Кроме этого анализировали соответствия назначений лекарственных средств их официальным инструкциям. Отдельно оценивали обоснованность применения лекарственных средств, а также правильность оформления документации при назначении препаратов «off-label».

Результаты. Установлено, что 97% всех назначенных лекарственных средств, как у недоношенных, так и у доношенных новорожденных, были применены «off-label». При этом наиболее частым нарушением официальной инструкции препаратов было связано с игнорированием возрастных ограничений по их использованию. Среди групп лекарственных препаратов, наиболее часто назначаемых «off-label», были антибиотики (97%), гемостатики и средства, влияющие на нервную систему (90%), а также салуретики (80%). Установлено, что необоснованного применения лекарственных средств при этом отмечено не было. Во всех случаях решение о терапии препаратами «off-label» принималось медицинским консилиумом, в состав которого входили лечащий врач, заведующий отделением, клинический фармаколог и руководитель родильного дома.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что лекарственные средства, используемые в раннем неонатальном периоде для лечения в условиях ОРИТ тяжелых/крайне тяжелых новорожденных детей, в 97% случаях применяются «off-label». При этом во всех случаях использование препаратов «off-label» в ОРИТ новорожденных № 1 Перинатального центра ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина было обоснованным.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С КОНТРАСТНЫМ УСИЛЕНИЕМ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Сафонова Н.Е., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

Мангал М.Н., врач ультразвуковой диагностики

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Несмотря на успехи, достигнутые в дифференциальной диагностике новообразований придатков матки, проблема ранней диагностики опухолей яичников остается наиболее приоритетной в гинекологии. На ранних стадиях диагностика опухолей затруднена в связи с отсутствием патогномоничных симптомов и недостаточной информативностью существующих диагностических тестов, позволяющих выявить опухоль на начальных этапах развития. Определение точной характеристики новообразований яичников необходимо для создания оптимального алгоритма ведения пациентов.

Цель работы. Изучить метод ультразвукового исследования с контрастным усилением в диагностике опухолей яичников.

Материалы и методы. В исследование включены 100 пациенток, прооперированных в гинекологическом и онкогинекологическом отделениях ГБУЗ «ГКБ им. Д.Д. Плетнева» ДЗМ в период с 09.2019 по 12.2020 годы. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа, соответствовала критериям международной терминологии O-RADS – 0-3 (низкий риск злокачественности) (n=67); 2 группа, соответствовала критериям O-RADS – 4-5 (средний и высокий риск злокачественности) (n=33). Критериями включения были репродуктивный возраст (18-45 лет включительно), односторонний/двусторонний характер поражения яичника, образование яичника существующее не менее 3 месяцев,

подтвержденное данными инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ, МРТ), размеры образования яичника по данным инструментального обследования ≥ 30 мм (УЗИ, КТ, МРТ), нормальный/повышенный уровень биохимического маркера СА-125 (Carbohydrate antigen 125), СА 19-9, РЭА (СЕА), Human Epididymis protein 4 (HE4). Критериями исключения были беременность, грудное вскармливание, наличие в личном/семейном анамнезе ранее диагностированных злокачественных новообразований женских половых органов, тяжелая соматическая патология (инфаркт миокарда, цирроз печени, аритмии, хроническая болезнь почек, сахарный диабет). Всем пациенткам производилось ультразвуковое исследование (УЗИ) в режиме серой шкалы с доплерометрической оценкой кровотока. На втором этапе производилось внутривенное контрастирование с помощью препарата Соновью (SonoVue, Bracco Suisse SA), приготовленного по стандартной методике, в объеме 2,5 мл, с дополнительным болюсным введением 10 мл 0,9% физиологического раствора. УЗИ выполнялось на аппарате Philips EPIQ 7 (Philips Healthcare, USA). Ультразвуковое изображение оценивалась согласно единой терминологической системе O-RADS, 2018г. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета программ Statistica 10.0 (StatSoft) и таблиц Excel. Проверка на распределение осуществлялась с помощью метода Шапиро-Уилка, данное исследование имеет нормальное распределение. Рассчитывались следующие параметры: среднее и стандартное отклонение « $M \pm S$ », доверительный интервал (ДИ), отношение шансов (ОШ). Статистическая значимость между группами оценивалась по формуле: Т-критерий Стьюдента. Статистически значимыми принимали значения $p \leq 0,05$.

Результаты. Средний возраст пациенток составил $32,7 \pm 6,72$ лет (« $M \pm S$ »). Для пациентов 1 группы было характерно накопление контраста в капсуле образования, солидные включения накапливали контрастный препарат в 12 (17,9%) случаев. Для больных 2 группы была характерна выраженная смешанная периферическая и центральная васкуляризация образований у 20 (60,6%) при контрастном усилении. Далее проводили оценку параметров

ТИС («Time-Intensity Curve») у пациентов 1 и 2 групп с помощью построения кривой интенсивности накопления контраста во времени. Время начала накопления контрастного препарата варьировало от 23 до 45 секунд (среднее значение 30 сек.) от начала введения у пациентов 1 группы и от 15 до 30 секунд (среднее значение 20 сек.) у пациентов второй группы. У пациентов 2 группы отмечалось более быстрое накопление и быстрое выведение контрастного препарата. Максимальное накопление контраста образованиями регистрировалось в артериальной и венозных фазах: 40-100 секунд (среднее значение 70 сек.) от начала введения у пациентов из 1 группы и от 30-60 секунд (среднее значение 45 сек.) – из 2 группы. Вымывание контраста из очагов происходило в венозную фазу в промежутке времени от 60 до 120 секунд (среднее значение – 90 сек.) и от 55 до 80 секунд (среднее значение – 59,8 сек.) – из 2 группы. Наиболее раннее начало стадии выведения контраста (wash-out) было характерно для образований, имеющих среднюю и высокую степень риска злокачественности согласно классификации O-RADS. Стоит отметить, что у 13 пациенток (36,4%) 2 группы, при контрастировании, контуры образований были четкими, также солидный компонент по данным УЗИ в В-режиме не окрашивался, а представлял собой неоднородную взвесь (гистологически зрелая тератома).

Выводы. В настоящем исследовании были отмечены изменения гемодинамики и сосудистой архитектоники у пациентов из первой и второй групп. Для опухолей яичников, подозрительных в отношении озлокачествления, характерно повышение васкуляризации патологического образования и интенсивности кровотока в нем.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА *SAA1*-13Т/С (rs12218) У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Сахарова К.В., младший научный сотрудник лаборатории спондилоартритов и
псориатического артрита,

Дибров Д.А., ординатор 2 года очной бюджетной формы обучения

Руководитель: Гусева И.А к.м.н, ведущий научный сотрудник, Эрдес Ш.Ф.,
профессор, д. м. н. ведущий научный сотрудник лаборатории
спондилоартритов и псориатического артрита

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-
исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой»

Введение. Анкилозирующий спондилит (АС) - хроническое системное воспалительное заболевание. Воспаление и высокий уровень сывороточного амилоидного белка А (SAA) являются предрасполагающими факторами для вторичного амилоидоза АА. Роль полиморфизмов гена *SAA1* при АС недостаточно изучена.

Цель. Изучить ассоциацию полиморфизма -13Т/С гена *SAA1* (rs12218) у пациентов с анкилозирующим спондилитом и оценить влияние этого полиморфизма на концентрацию белка SAA.

Результаты. Распределение генотипов ТТ, ТС и СС статистически отличалось между АС и контрольной группой (24,4%, 56,1%, 19,5% и 41,1%, 44,2%, 14,7% соответственно, $\chi^2 = 6,9$, $p = 0,03$). Наличие аллеля С было связано с развитием АС (OR = 1,55 [CI 1,04–2,33], $p = 0,03$). Была выявлена тенденция к взаимосвязи полиморфизма *SAA1*, с уровнем белка SAA у пациентов с АС: генотипы ТТ + ТС – 13,8 мг/л [4,2; 91.0], СС генотип – 7,8 мг/л [1,6; 29,6], $p = 0,07$. Значения СОЭ, СРБ и BASDAI не коррелировали с полиморфизмом *SAA1* - 13Т/С ($p = 0,6$, $p = 0,4$, $p = 0,4$ соответственно).

Выводы. Результаты нашего исследования впервые

продемонстрировали, что полиморфизм гена *SAA1* – 13T/C (rs12218) связан с риском развития АС. Также показано, что этот полиморфизм может влиять на уровень белка SAA. Наши результаты должны быть валидированы на пациентах с АС с высоким уровнем белка SAA в различных этнических и популяционных группах.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕТРОМУСКУЛЯРНОЙ И ТС-ПЛАСТИКИ ПРИ СРЕДИННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Секретарев В.Э., аспирант кафедры хирургии

Руководитель: Привалов Ю.А., д.м.н., заведующий кафедрой хирургии

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

Цель. Изучить результаты лечения пациентов со срединными послеоперационными вентральными грыжами при ретромускулярном расположении протеза и ТС (two-cordlike)—пластике.

Материалы и методы. В проспективное исследование включены 136 пациентов со срединными послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ). Отбор пациентов проводили по следующим критериям: лица мужского и женского пола от 18 до 80 лет, которым проводили плановое оперативное вмешательство по поводу первичной срединной ПОВГ со свободным без натяжения сведением краев грыжевого дефекта, с размерами грыжевых ворот W2 и W3 (SWR-classification, 1999). Критериями исключения являлись рецидивные ПОВГ, тяжелая соматическая патологии и онкологические заболевания. У 69 пациентов группы клинического сравнения (ГКС) выполнена пластика грыжевых ворот с ретромускулярным (sublay retromuscular) расположением сетчатого полипропиленового протеза. 67 пациентам основной группы (ОГ) выполнена ТС – пластика. Критериями

оценки являлись длительность операции, частота ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений, качество жизни через 2 года после операции.

Статистическая обработка результатов исследования произведена с помощью пакетов программы Statistica for Windows 6.1.

Результаты. При оценке длительности операции отмечено, что ТС-пластика существенно увеличивает скорость выполнения вмешательства. При выполнении пластики с ретромускулярным расположением сетки время операции составило $90,2 \pm 15,2$ мин. При использовании ТС-пластики время вмешательства составило $40,3 \pm 12,1$ мин. В ГКС отмечено 8 (11,6%) случаев ранних послеоперационных осложнений. В ОГ отмечено 3 (4,5%) послеоперационных осложнения в виде сером, которые были излечены пункционным методом. Выявлен один рецидив ПОВГ в ГКС в отдаленные сроки после оперативного лечения. При использовании ТС-пластики поздних осложнений и рецидивов не отмечено. Летальных исходов не было. Качество жизни пациентов после протезирующих пластик не различалось.

Заключение. Вариант ТС-пластики сохраняет все преимущества операций при срединных послеоперационных вентральных грыжах с использованием сетчатых протезов и имеет ряд превосходств по сравнению с пластикой sub-lay. Операция менее травматична, поскольку требуется меньшее по площади ложе для размещения протеза, что обуславливает лучшие ближайшие и отдаленные результаты лечения.

ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЛЕГКИХ ГЛАЗАМИ ВРАЧА-ЭНДСКОПИСТА: ВОЗМОЖНОСТИ НАВИГАЦИОННОЙ БРОНХОСКОПИИ ДЛЯ ТРАНСБРОНХИАЛЬНОЙ ЛЕГОЧНОЙ БИОПСИИ В ГКБ ИМ. С.П. БОТКИНА

Степанова В.В., ординатор кафедры эндоскопии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Классическим эндоскопическим методом диагностики периферических образований легкого является трансбронхиальная легочная щипцовая биопсия (ТБЛБ) с использованием электронно-оптической приставки (ЭОП). Однако чувствительность данного метода на сегодняшний день четко коррелирует от многих факторов: правильное описание локализации патологического образования легких по данным компьютерной томографии (КТ); определение «целевого» бронха с использованием виртуальной бронхоскопии; визуализация типа периферического образования по классификации Tsuboi E. для определения возможных условий выполнения ТБЛБ.

Цель исследования. Повышение чувствительности методики проведения ТБЛБ с помощью использования в диагностике виртуальной бронхоскопии.

Материалы и методы. За период с 1 февраля 2021 года по 12 марта 2021 года в торакальное, онкологическое и пульмонологическое отделения ГКБ им С.П. Боткина поступил 21 пациент с периферическими новообразованиями легких для выполнения ТБЛБ, из них мужчин – 14, женщин – 7. Возраст больных варьировал от 45 до 79 лет. Каждому пациенту перед исследованием проводилось развернутое клиническое обследование: анализы крови и мочи, группа крови, резус-фактор, анализы на ВИЧ –инфекцию и вирусный гепатит, ПЦР на COVID-19, рентгенография органов грудной клетки (ОГК) и КТ ОГК (с/без контрастирования). Из 21 пациента ТБЛБ с помощью виртуальной бронхоскопии выполнена 7 пациентам, из-за отсутствия оптимальной эффективной толщины среза ($>1,25\text{мм}$) и наличия дыхательных артефактов. Выполнялась маршрутизация по просвету трахеи через «целевой» бронх к зоне интереса. ТБЛБ выполняли с помощью тонкого бронхоскопа и биопсийных щипцов типа «Аллигатор», положение которых контролировалось с помощью системы ЭОП в различные временные этапы выполнения

процедуры. Количество биоптатов – 5–7.

Результаты и обсуждение. В ГКБ им. С.П. Боткина выполнено 7 ТБЛБ с использованием мультиспектральной КТ высокого разрешения и навигационной бронхоскопии. Информативность исследования периферических образований легких рассматривалась по параметрам локализации и взаимоотношения опухоли к «целевому» бронху, а также размеров образований. Преимущественно поражалось правое легкое – 5 пациентов; 2 пациентов – с поражением левого легкого: в верхних долях патологию обнаружили у 4 больных, в нижних долях – у 3. Размеры патологического образования варьировали от 15 мм до 65 мм в наибольшем измерении. При планировании маршрута и соотношения пути с данными КТ, определяли расположение образования к «целевому» бронху согласно классификации по E. Tsuboi: у 5 пациентов визуализировали тип I; у 1 – тип II; у 1 пациента – тип IV. По результатам гистологического исследования аденокарцинома верифицирована у 5 пациентов, мелкоклеточный рак легкого – у 1, плоскоклеточный рак легкого – у 1. Таким образом, чувствительность метода составила – 100 %.

Выводы. Внедрение в клиническую практику виртуальной бронхоскопии дает возможность выполнить реконструкцию изображений и моделировать объемный рендеринг для исследования внутренней поверхности трахеобронхиального дерева, что существенно повышает информативность ТБЛБ.

ОШИБКИ И ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Страхов Г.Ю., клинический ординатор кафедры нейрохирургии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Несмотря на изученность проблемы диагностики аневризматических внутричерепных кровоизлияний, на сегодняшний день остаётся актуальным вопрос о трудностях постановки диагноза в тех случаях, когда момент разрыва аневризмы сопровождается получением черепно-мозговой травмы. Примером таких ситуаций могут послужить падение с высоты или потеря сознания у водителей за рулем автомобиля, приводящая к ДТП. Большинство таких больных поступают в реанимационные и нейрохирургические отделения травмцентров, и тактика ведения этих пациентов отличается от объёма лечебно-диагностических вмешательств, используемых в региональных сосудистых центрах.

Приводим пример пациента с ЧМТ на фоне разрыва аневризмы перикаллезной артерии, Hunt-Hess 2, Fisher 1, осложнившейся церебральным ангиоспазмом и повторным разрывом на 11-е сутки. Пациент Д., 32-х лет, поступил в отделение нейрореанимации ГКБ им. Ф.И. Иноземцева. Уровень сознания 13 баллов по ШКГ. Со слов бригады СМП: водитель, пострадавший в результате ДТП. На КТ головного мозга при поступлении — субдуральная гематома слева малого объема, субарахноидальное кровоизлияние, локализованное в межполушарной щели толщиной до 3 мм, отек головного мозга, смещение срединных структур вправо до 2 мм. С целью коррекции волевых, электролитных расстройств пациент на сутки оставлен в отделении нейрореанимации. На 2-е сутки состояние средней тяжести, ШКГ 15 баллов, наличие общемозговой симптоматики, слабость VI пары ЧМН слева, снижение критики. Переведен в нейрохирургическое отделение для продолжения консервативного лечения. На 11-е сутки состояние пациента резко ухудшилось, угнетение сознания до оглушения, левосторонний гемипарез. На КТ головного мозга: внутримозговая гематома лобно-теменной области справа с прорывом в желудочковую систему, отек головного мозга. С целью верификации диагноза было проведено МСКТ-ангиография головного мозга. При исследовании выявлена мешотчатая аневризма диаметром до 2 мм

дистальных ветвей ПМА. Учитывая общее состояние пациента, данные осмотра, КТ-ангиографии головного мозга, данные ТКДГ (наличие церебрального ангиоспазма), показаний для экстренного нейрохирургического вмешательства выявлено не было. Решение вопроса об оперативном вмешательстве было отложено до регресса церебрального вазоспазма. После проведения интенсивной терапии, коррекции артериального давления и водно-электролитного баланса состояние пациента стабилизировалось: ШКГ 14 баллов, сухожильные рефлексы: D > S, средней живости; левосторонний гемипарез. В остальном — без значимых изменений. Оперирован в плановом порядке в НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко.

Данный клинический случай демонстрирует важность своевременной диагностики аневризматических внутричерепных кровоизлияний. Особое внимание следует уделять дифференциальной диагностике травматического и спонтанного субарахноидального кровоизлияния: уточнение обстоятельств травмы, сроков появления общемозговой симптоматики, определение механизма травмы с последующим сопоставлением нейровизуализационных и физикальных данных. Данные действия препятствуют возникновению осложнений в остром периоде кровоизлияния, таких как церебральный ангиоспазм и повторный разрыв аневризмы, тем самым улучшая исход заболевания.

– Т –

ХОНДРОМЕЗЕНХИМАЛЬНАЯ ГАМАРТОМА ПЕРЕДНИХ КЛЕТОК РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Тарасова О.Ю., ординатор (очная форма обучения), кафедра
оториноларингологии

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

Введение. Хондромезенхимальная гамартома носа является доброкачественным новообразованием, характерным для детского возраста. В зарубежной литературе представлено лишь 57 клинических случаев заболевания. Этиология возникновения гамартоты окончательно не известна. Одной из вероятных причин развития считают мутацию гена DICER1. Наиболее часто образование локализуется в области носовой перегородки, преддверия носа и клеток решетчатого лабиринта. Дифференциальную диагностику необходимо проводить как с доброкачественными новообразованиями – гемангиомой, ангиофибромой, инвертированной папилломой, глиомой, так и со злокачественными опухолями – рабдомиосаркомой, эстезионейробластомой, хондросаркомой. Тактикой лечения гамартоты носа является эндоскопическое удаление образования, целесообразность лучевой терапии на данный момент не выявлена.

Клинический случай. Пациентка Э., 15 лет, обратилась в клинику с жалобами на затруднение носового дыхания, периодические выделения из носа. Из анамнеза известно, что данные жалобы беспокоят в течение 2 лет, проводилась консервативная терапия топическими кортикостероидами, значительного улучшения пациентка не отмечала.

При эндоскопическом осмотре: справа в среднем носовом ходе визуализировано полиповидное образование, распространяющееся в носоглотку. На компьютерной томограмме носа и околоносовых пазух

выявлено затемнение клеток решетчатого лабиринта справа, округлой формы с неоднородным содержимым (очаговые окостенения и обызвествления), распространяющееся в носоглотку, костно-деструктивных изменений не выявлено.

Пациентке было рекомендовано хирургическое лечение. Интраоперационно визуализировано образование в среднем и общем носовых ходах, произведено вскрытие передних клеток решетчатого лабиринта и удаление образования. Материал был отправлен на гистологическое исследование.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Морфологически образование имело строение гамартомы. Через год после операции пациентка была приглашена на осмотр. Жалоб не предъявляла. При эндоскопии полости носа: общий носовой ход свободно проходим, в области средней носовой раковины на месте гамартомы визуализировался рубец.

Вывод. Данный клинический случай представляет интерес в связи с редкой встречаемостью заболевания. Необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику новообразований полости носа. Установить окончательный диагноз позволяет лишь гистологическое исследование операционного материала.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НЕВРИНОМЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Тарасова О.Ю., ординатор (очная форма обучения), кафедра
оториноларингологии

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

Введение. Невринома лицевого нерва – редкое доброкачественное

новообразование нейроэктодермального происхождения. Первые упоминания о заболевании в литературе появились в 1930–1940 гг. Клинические симптомы, как правило, неспецифичны, включают медленно прогрессирующий парез/паралич лицевого нерва, снижение слуха, шум в ушах, вестибулярные нарушения. Чаще всего невринома локализуется в лабиринтном сегменте лицевого нерва или коленчатом ганглии. Зарубежные авторы отмечают, что от 27 до 50% пациентов имеют сохранную функцию лицевого нерва. Опухоль необходимо дифференцировать с новообразованиями мостомозжечкового угла, такими как акустическая невринома и менингиома.

Клинический случай. Пациентка М., 66 лет, обратилась в клинику с жалобами на прогрессирующее снижение слуха справа. Из анамнеза известно, что впервые снижение слуха возникло 10 лет назад, была выполнена аудиометрия, выявлена правосторонняя кондуктивная тугоухость 2 степени, установлен диагноз «отосклероз» и рекомендовано хирургическое лечение. После чего пациентка к врачу не обращалась.

При внешнем осмотре и оценке функции лицевого нерва выявлена 1 степень по шкале House-Brackmann. При отомикроскопии правого уха визуализировали укороченный световой конус, в задне-нижнем, передне-верхнем и передне-нижнем квадрантах барабанная перепонка перламутрового цвета, в задне-верхнем квадранте за барабанной перепонкой проецировалось образование мягко-эластичной консистенции, без инъекции сосудов. Данные аудиометрии: правосторонняя кондуктивная тугоухость 3 степени. На КТ височных костей в области вершины пирамиды правой височной кости с распространением в среднее ухо визуализировали изоинтенсивное объемное образование. На МРТ головного мозга визуализировали неровное объемное образование изоинтенсивного МР-сигнала в режимах T1 и T2 с пролабированием в среднее ухо. В режиме DWI зоны повышения МР-сигнала не выявлялось. После введения контрастного вещества в образовании пирамиды височной кости отмечалось его гомогенное накопление.

У пациентки диагностирована «невринома лицевого нерва», учитывая

давность патологического процесса, возраст пациентки, медленный рост образования, сохранность функции лицевого нерва рекомендована выжидательная тактика, повторное МРТ головного мозга через 1 год.

Вывод. Невринома лицевого нерва является редким новообразованием, которое трудно диагностировать и выбрать правильную тактику лечения. Основная цель – сохранение жизнеспособности лицевого нерва. Выбор хирургического лечения основывается на степени поражения нерва от 3 и более по шкале House-Brackmann. Для пациентов с сохранной функцией лицевого нерва предпочтительна тактика наблюдения. Лучевая терапия (Гамма-нож) – является альтернативой хирургическому лечению невриномы в случаях, когда отмечается прогрессирующий рост опухоли, при этом функция лицевого нерва сохранна, либо при невозможности проведения хирургического вмешательства у конкретного пациента. А также необходимо учитывать возраст пациента, длительность заболевания, размер образования, наличие компрессии окружающих структур.

МИКРОРНК КАК ПРИЧИНА СТЕРОИДРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЛИПОГЕННЫМ ВАРИАНТОМ ОТЕЧНОГО ЭКЗОФТАЛЬМА

Торопова О.С., врач-офтальмолог МГОЦ ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина

Руководители: Бровкина А.Ф., академик РАН, д.м.н., профессор, Заслуженный
деятель наук РФ

Сычев Д.А., д. м. н., профессор, профессор РАН, чл.-корр. РАН.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

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

Цель исследования. Выявить роль микроРНК-146а в формировании ответа на глюкокортикоидную терапию у больных липогенным вариантом

отечного экзофтальма.

Материалы и методы. Обследовано 20 больных (40 орбит) разными клиническими формами эндокринной офтальмопатии, резистентных к глюкокортикоидам, средний возраст – $52,65 \pm 12,6$ года. Из группы больных эндокринной офтальмопатией выделено 7 человек (14 орбит), имеющих клиническую картину липогенного варианта отечного экзофтальма и получающих глюкокортикоидную терапию по схеме пульс-терапии. Методы обследования: сбор и тщательный анализ жалоб, анамнез заболевания, стандартное офтальмологическое обследование, эхобиометрия, КТ орбит. Уровень экспрессии микроРНК-146а в плазме крови определяли методом ПЦР в режиме реального времени. В качестве контроля использованы показатели уровня экспрессии микроРНК-146а ($0,0135 \pm 0,025$) в плазме крови здоровых волонтеров в возрасте $62,9 \pm 7,54$ года.

Результаты. Результаты исследования показали, что увеличение экспрессии микроРНК-146а имело место у всех больных ($0,1036 \pm 0,121$ – у больных миогенным и смешанным вариантом отечного экзофтальма, липогенным вариантом отечного экзофтальма – $0,7812 \pm 0,247$, при эндокринной миопатии в стадии фиброза – $0,3579 \pm 0,229$). Превышение уровня экспрессии микроРНК-146а в группе больных миогенным и смешанным вариантом отечного экзофтальма отличается от контроля в 8,5 раз, липогенным вариантом – в 57,89 раз, эндокринной миопатией в стадии фиброза в 26,51 раз (статистически достоверно $p < 0,01$).

Заключение. Полученные результаты позволяют высказать суждение, что в группе больных миогенным и смешанным вариантом отечного экзофтальма повышение уровня экспрессии микроРНК-146а свидетельствует о продолжающейся воспалительной реакции. При отсутствии клинической картины воспаления подтверждается существование гипотезы о роли микроРНК-146а в активации фибробластов у больных липогенным вариантом отечного экзофтальма, которые последовательно активируют образование новых адипоцитов, что приводит к увеличению объема орбитальной клетчатки.

КЛИНИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕГО ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ЧЕРЕЗ 5 ЛЕТ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ СОГЛАСНО СТРАТЕГИИ «ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ»

Тремаскина П.О., младший научный сотрудник лаборатории спондилоартритов и псориатического артрита

Руководители: Коротаева Т.В., д.м.н., заведующая лабораторией спондилоартритов и псориатического артрита

Логинова Е.Ю., к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории спондилоартритов и псориатического артрита

ФГБНУ НИИ Ревматологии им. В.А. Насоновой, г. Москва

Цель исследования. Дать характеристику клинической активности и фармакотерапии пациентов с псориатическим артритом (ПсА) через 5 лет после начала лечения согласно стратегии «Лечение до достижения цели».

Материалы и методы. Обследовано 35 больных (17 мужчин и 18 женщин) ПсА, соответствующих критериям CASPAR и наблюдавшихся на ранней стадии ПсА согласно стратегии treat-to-target (T2T) в течение 24 месяцев. Средний возраст больных составил 42.7 ± 11.2 лет, медиана длительности ПсА 72 [60;95] месяца (мес), длительность псориаза 120 [88; 180] мес, у 14 (40%) пациентов выявлен положительный HLA B-27. На старте исследования всем пациентам назначался метотрексат (MT) 25 мг/нед подкожно. При сохранении высокой или умеренной активности ПсА пациентов переводили на комбинированную терапию MT и генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП). 18 (51%) пациентам MT вводился в виде монотерапии. После окончания наблюдения в T2T пациенты посещали визиты лечащего врача по требованию, тактика ведения изменялась в зависимости от активности ПсА. Активность заболевания оценивалась по индексу DAPSA

(ремиссия определяется при ≤ 4) на момент окончания Т2Т (24 месяца) и сроке 5 лет после начала наблюдения. Определяли длительность ремиссии у пациентов на монотерапии МТ после окончания исследования Т2Т и частоту обострений на фоне отмены базисной противовоспалительной терапии (БПВП). Обострением ПсА считалось увеличение DAPSA, зафиксированное врачом. Результаты представлены в виде: средние значения, медиана, верхний и нижний квартиль.

Результаты. У пациентов, находившихся на монотерапии МТ, медиана DAPSA составила 2.17 [0.3;21.76] на сроке 24 месяца Т2Т и 6.23 [0.95;13.9] через 5 лет наблюдения, соответственно. Средняя длительность приёма МТ 27 ± 19.3 мес., медиана 18 [12;48]. 16 из 18 (89%) пациентов прекратили введение МТ по разным причинам. У 11 пациентов после отмены монотерапии МТ зафиксировано обострение ПсА. Медиана длительности наступления обострения после отмены МТ 4,5 [2;18] мес. Из 16 человек, отменивших терапию, 7 (44%) возобновили приём МТ после обострения. В настоящее время, через 5 лет наблюдения и лечения согласно стратегии Т2Т, 11 пациентов применяют МТ, из них 6 в виде монотерапии, 5 в качестве комбинированной терапии ГИБП.

Заключение. Таким образом, применение стратегии Т2Т показывает высокую эффективность, в связи, с чем активно обсуждается ее внедрение в реальную клиническую практику. После отмены МТ обострение возникает более чем у половины больных, что свидетельствует о необходимости продолжения базисной терапии.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКА

Тумгоева Л.Б., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Кузнецов Р.Э, д.м.н., проф.

Созаева Л.Г., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Проблема ранней диагностики и лечения новообразований придатков матки является самой трудной и крайне значимой. Актуальность этих нозологических форм возрастает, в связи с широкой распространенностью опухолей и опухолевидных образований яичников и стойкой тенденцией к росту заболеваемости злокачественными опухолями органов репродуктивной системы. По статистическим данным рак яичников занимает 8-е место среди злокачественных новообразований у женщин всех возрастных групп и на долю рака яичников среди всех злокачественных новообразований женского населения пришлось 4,3%. Столь неутешительные показатели связаны с отсутствием патогномичных признаков заболевания, скудной клинической симптоматикой на ранних стадиях, отсутствием полноценной ранней диагностики и многочисленностью форм опухолей яичников, поступлением в клиники пациенток с запущенными стадиями заболевания. Также спорным остается вопрос теории возникновения рака яичников.

Давно известно, что мезотелий органов репродуктивной системы женщины не имеет никакой эмбриологической связи с малигнизированным эпителием при раке яичника. Говоря о развитии рака яичников и брюшины, необходимо обратить внимание на одно из звеньев патогенеза этого заболевания - регургитацию маточных труб, наблюдаемой почти у 95% женщин во время менструации, с которой связан перенос содержимого матки и труб на серозную поверхность матки, придатков матки и брюшины.

Мало сомнений в том, что интраэпителиальная карцинома фимбрий маточной трубы служит первоисточником низкодифференцированного серозного рака, а эндометриоз тесно связан с возникновением эндометриоидного и светлоклеточного рака яичников. Нарастающее число исследований, посвященных канцерогенезу рака яичников,

указывают на необходимость детального иммуногистохимического и иммуноцитохимического исследования содержимого полости матки и рассмотреть возможность попадания опухолевых клеток не только в брюшную полость, но и в первую очередь в полость матки, с целью получения информации о происхождении, верификации морфологического диагноза и определения тактики ведения и лечения.

Исследование смывов из полости матки с применением усовершенствованных иммуноцитохимических методик вместе с уже существующими методами обследования, позволит создавать группы риска по развитию опухолей матки, придатков и брюшины, в комплексе скринингового алгоритма.

– У –

РОЛЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛАГО ТАЗА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Усинова З.Б. – аспирант, кафедра акушерство и гинекологии

Руководитель: Ниязметов Р.Э. – д.м.н., доц. кафедра акушерство и гинекологии,

ЦРПКМР

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,

г. Ташкент, республика Узбекистан

Целью исследования явилось выявить роль воспалительных заболеваний органов малого таза в возникновении внематочной беременности.

Объектом исследования явились 105 беременных женщин перенесших операцию внематочной беременности. Сбор клинического материала в проспективной группе проводился с 2018-2020 г.г. в перинатальном центре в г. Нукусе и 2-родильном комплексе в г. Ташкенте.

Полученные результаты и их обсуждения. Наиболее частыми причинами внематочной беременности явились перенесенные воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ). Осложнениями ВЗОМТ являются хронический болевой синдром, непроходимость маточных труб, нарушения менструального цикла которые встречались почти у всех женщин. Длительные хронические воспалительные процессы приводят к склеротическим и дистрофическим изменениям органов малого таза, что сопровождается их структурными и функциональными изменениями. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза стали причиной многих нарушений репродуктивной функции у женщин. Согласно статистическим данным, около 60 % женщин, обращающихся за медицинской помощью, имеют данную патологию. В последнее время отмечается изменение характера течения воспалительного процесса. Так, преобладают заболевания с малосимптомным течением и большим количеством объективных данных при

обследовании. По данным литературы, в течение 7-10 лет заболеваемость хроническими воспалительными процессами органов малого таза возросла в 2 раза. Из всех больных 70 % составляют женщины в возрасте до 25 лет (то есть детородного возраста), 75 % — нерожавшие женщины, из них у каждой 4-й возникают осложнения, которые в дальнейшем приводят к бесплодию. Общеизвестно, что даже после однократно перенесенного заболевания риск бесплодия возрастает на 5–18 %. Основной причиной является спаечный процесс в полости малого таза. В исследуемой группе ВЗОМТ встречалась у 82% женщин, из них у 56% односторонние хронические сальпингоофариты и у 26% двухсторонние сальпингоофариты. ЦМВ, хламидия и ВПГ обнаружена у 46 (43,8%) беременных исследуемой группы. На фоне воспалительного процесса у 65(68,4%) женщин наступила внематочная беременность по типу трубного аборта и у 30(31,5%) женщин по типу трубного разрыва. Всем женщинам с внематочной беременностью проведено оперативное лечение и реабилитация с включением препарата дистрептазы в течение трех месяцев после операции. Данный препарат оказывает преимущественно местное рассасывающее действие с созданием максимальных концентраций действующего вещества в очаге воспаления, снижает ранние, отдаленные осложнения и восстанавливает репродуктивную функцию.

– Ф –

**ПОЛИМОРФНЫЕ ВАРИАНТЫ DRD2, DRD3 И DRD4
АССОЦИИРОВАНЫ С РАННЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ
И БЕЗОПАСНОСТЬЮ АНТИПСИХОТИКОВ У ПОДРОСТКОВ
С ОСТРЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ**

Л.В.Федина¹, Д.А. Юделевич², Н.И. Буромская³, П.В. Шиманов³, Р.В. Дейч³,
И.В. Дорина³, К.А. Акмалова¹, А.А. Качанова¹, Ю.С. Шевченко¹

1. ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

2. ФГАОУ ВО «ПМГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет)
Минздрава России, Москва, Россия

3. ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и
подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ, г. Москва, Россия

Руководители: Иващенко Д.В., к.м.н, доцент кафедры детской психиатрии и
психотерапии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва;

Сычев Д.А., чл.-корр. РАН, д.м.н., проф., ректор, заведующий кафедрой
клинической фармакологии и терапии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Цель. Изучение значимых ассоциаций полиморфных вариантов генов рецепторов дофамина с параметрами эффективности и безопасности антипсихотиков у подростков с острым психотическим эпизодом.

Материалы и методы. В проспективное обсервационное исследование был включен 101 подросток с установленным диагнозом острое полиморфное психотическое расстройство на момент поступления. Наблюдение за пациентами проводилось в течение 14 дней. Все пациенты получали антипсихотик в качестве основной терапии. Для оценки эффективности и безопасности терапии на 14-й день использовали шкалы: CGAS, PANSS, CGI-S, CGI-I, UKU SERS, SAS, BARS. Определение полиморфных вариантов генов DRD2 (rs1800497, C>T), DRD3 (rs6280, C>T), DRD3 (rs324026, C>T), DRD4

(rs1800955, C>T) осуществлялось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени. Статистическая обработка проводилась в программе SPSS Statistics 21.0.

Результаты. У носителей гомозиготы ТТ полиморфного варианта DRD3 rs6280 не было значимого изменения балла подшкалы PANSS «Негативная симптоматика» в течение периода лечения. Носительство DRD2 rs1800497 СТ+ТТ ассоциировалось с более выраженным снижением балла подшкалы PANSS «Продуктивная симптоматика» на 14-й день наблюдения по сравнению с носителями генотипа СС (Me= -7,00 [-9; -5,75] vs. Me= -6,00 [-8; -2]; p=0,008). У носителей гомозиготы ТТ DRD3 rs6280 интенсивность сновидений и субъективная выраженность НПП выявлялась реже по сравнению с носителями «дикой» аллели С. У носителей генотипа СТ+ТТ DRD2 rs1800497 был выше средний балл по шкале SAS относительно генотипа СС (Me= 2,00 [1; 3,25] vs. Me= 1,00 [0; 2]; p=0,016). Проведенный гаплотипический анализ полиморфных вариантов DRD3 rs324026 и rs6280, не продемонстрировал статистически значимых ассоциаций.

Заключение. Полиморфный вариант DRD2 rs1800497 значимо ассоциировался с лучшей редукцией продуктивной симптоматики при приеме антипсихотиков. Также носительство DRD2 rs1800497 сочеталось с более выраженными экстрапирамидными НПП на антипсихотики. Носительство DRD3 rs6280 ТТ ассоциировалось с худшей редукцией негативной психотической симптоматики при приеме антипсихотиков. Одновременно гомозиготное носительство данного полиморфного варианта сочеталось с меньшей выраженностью НПП у пациента. В результате проведенного исследования было установлено, что полиморфные варианты DRD2 rs1800497 и DRD3 rs6280 значимо ассоциировались с эффективностью и безопасностью антипсихотиков у подростков с острым психотическим эпизодом.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ТРАНСЪЮГУЛЯРНОГО ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Федорова Э.И., ординатор кафедры гастроэнтерологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Единственным радикальным методом лечения цирроза печени (ЦП) и его осложнений является трансплантация печени. Но развитие этого направления во всем мире в наибольшей степени сдерживает ограниченная доступность донорских органов.

Большинство осложнений (самые грозные из них кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) и желудка, рефрактерный асцит и гепаторенальный синдром (ГРС)) развивается вследствие прогрессирующей печеночной недостаточности и портальной гипертензии. Несмотря на возможность медикаментозной коррекции портального давления, наиболее продолжительный и надежный эффект достигается хирургическими методами.

Перспективным в коррекции осложнений портальной гипертензии у больных циррозом печени класса В и С (по классификации Child-Turcotte-Pugh, 1973 г.) является методика эндоваскулярного трансъюгулярного внутрипеченочного портосистемного шунтирования (TIPS – transjugular intrahepatic portosystemic shunt). TIPS – это чрескожный, минимально инвазивный метод создания портосистемного шунта для декомпрессии в системе воротной вены.

Цель. Провести оценку эффективности TIPS у больных циррозом печени.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе терапевтического отделения ЦКБ Гражданской Авиации г. Москвы за период с 01.09.2020 по 31.12.2020. Были проанализированы 9 клинических случаев с

уточненным диагнозом ЦП класса В и С по классификации Child-Turcotte-Pugh, которым проводилось TIPS. У всех пациентов наблюдались осложнения в виде асцита, гепато и спленомегалии и варикозно расширенных вен пищевода. Лабораторно у всех пациентов отмечалась гипоальбуминемия, гипопротеинемия, анемия, повышение АСТ.

По результатам ультразвукового исследования: выраженный метеоризм, в брюшной полости большое количество свободной жидкости, признаки диффузно-неоднородных изменений печени, гепатомегалии, хронического, диффузных изменений поджелудочной железы, спленомегалии, диффузных изменений селезенки, v.porta расширена до 15-29 мм с наличием расширенных коллатералей (норма до 1,2 см), селезеночная артерия расширена до 18-26 мм (норма до 1,2 см).

Всем пациентам была назначена терапия: прием диуретиков, ингибиторов протонной помпы, препаратов железа, витамина К, фолиевой кислоты, гепатопротекторов. Однако, несмотря на проводимое лечение сохранялся асцит, гепатоспленомегалия.

Результаты. Всем пациентам было выполнено трансъюгулярное внутрипечёночное портосистемное шунтирование.

В течение 2 дней наблюдения в стационаре самочувствие всех больных удовлетворительное, температура в пределах нормальных значений, отсутствует асцит. По результатам ультразвукового исследования: положительная динамика в виде уменьшения асцита, кровотечений из ВРП не отмечено. Пациенты продолжают принимать назначенную терапию. Контроль их самочувствия проводится по телефону.

Выводы. TIPS остается надежным малоинвазивным способом лечения жизнеугрожающих осложнений ЦП. TIPS не является методом выбора при впервые возникших осложнениях и должно применяться только при неэффективности медикаментозных методов лечения. Однако, несмотря на малую травматичность, применение TIPS ограничивается относительно коротким временем его функционирования. Через 1—2 года у 50% больных

возможно возникновение тромбоза шунта или стеноза соответствующей печеночной вены, что проявляется рецидивом симптомов.

– X –

ХАРАКТЕР ВСКАРМЛИВАНИЯ ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РОДИЛЬНОГО ДОМА

Хубулова А.Н., ординатор кафедры неонатологии ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

Тигиева М.З., ординатор кафедры неонатологии ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

Руководитель: Дементьев А.А., к.м.н., доцент кафедры неонатологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Прикладывание новорожденного к груди матери сразу после его рождения и последующее вскармливание материнским молоком в течение первого года жизни – одно из основных условий развития здорового ребенка в младенчестве и в последующие периоды жизни. В связи с этим в Российской Федерации в последние десятилетия особое значение уделяется реализации программы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по поддержке грудного вскармливания.

Цель исследования. Изучить характер вскармливания у новорожденных детей, находившихся в отделении физиологии родильного дома ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ.

Материалы и методы. Изучено 8534 истории развития новорожденных детей, находившихся в отделении физиологии родильного дома ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ. Период наблюдения составил 12 месяцев (январь–декабрь 2020 г). В зависимости от характера вскармливания были выделены три группы наблюдения: I группа (n=5691) – дети, находящиеся исключительно на грудном вскармливании с момента рождения; II группа (n=2553) – дети, находящиеся на смешанном вскармливании; III группа (n=290) – дети, находящиеся на искусственном вскармливании. Особое внимание уделяли анализу причин смешанного и искусственного вскармливания.

Результаты. Установлено, что большинство детей ($n=5691$, 67,7%) с момента рождения находились на грудном вскармливании. Из них 93,0% были рождены естественным путем, а 7,0% - путем операции кесарева сечения. 2553 новорожденных (29,0%) находились на смешанном вскармливании, основной причиной которого являлось позднее начало адекватной лактации. При этом указанные особенности имели место как при рождении через естественные родовые пути, так и при плановом оперативном родоразрешении. На искусственном вскармливании с момента рождения находилось 290 детей (3,3%). В 78,0% случаев при этом причиной искусственного вскармливания явились патологические состояния матери (онкологические заболевания, идиопатическая тромбоцитопения, эпилепсия, заболевания щитовидной железы) или прием матерью лекарственных препаратов (противосудорожных, антикоагулянтов, цитостатиков, противотиреоидных препаратов). Отмечено, что в 22,0% случаев причиной искусственного вскармливания явился отказ матери от кормления грудью, без объяснения причины и отсутствии противопоказаний.

Выводы. Проведенное исследование показало значимую приверженность к грудному вскармливанию, как со стороны матерей, так и со стороны медицинских работников родильного дома ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ. В то же время, сохраняющийся высокий уровень позднего становления адекватной лактации у родильниц определяет необходимость активного пересмотра тактики подготовки беременных женщин к грудному вскармливанию на этапе наблюдения в женской консультации.

– Ц –

**МИКРОРНК-146а и МИКРОРНК-155 –
БИОМАРКЕРЫ МЕЛАНОМЫ ХОРИОИДЕИ**

Цыбикова Н.Д., аспирант кафедры офтальмологии ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России

Руководители: Бровкина А. Ф., академик РАН, д.м.н., профессор, заслуженный
деятель наук РФ

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Изучить уровень экспрессии микроРНК-146а и микроРНК-155 в плазме крови больных меланомой хориоидеи.

Материалы и методы исследования. Изучен уровень экспрессии микроРНК-146а и микроРНК-155 в плазме крови 55 больных меланомой хориоидеи в возрасте $62,7 \pm 1,5$ (35-83) лет. Средние показатели проминенции опухоли $9,38 \pm 0,41$ мм (5,03-17,19 мм), диаметр $13,74 \pm 0,42$ мм (6,63-19,87 мм). Уровень экспрессии микроРНК-146а и микроРНК-155 в плазме крови определяли методом ПЦР в режиме реального времени. В качестве контроля использованы показатели уровня экспрессии микроРНК-146а и микроРНК-155 в плазме крови здоровых волонтеров в возрасте $62,9 \pm 1,42$ (45-78) лет. Все пациенты прошли стандартную процедуру осмотра с использованием классических офтальмологических методов обследования.

Результаты. У всех больных меланомой хориоидеи показатель уровня экспрессии микроРНК-146а и микроРНК-155 в плазме крови превышал показатели контрольной группы. В среднем на 92% и 72% соответственно (статистически достоверно).

Заключение. МикроРНК-146а и микроРНК-155 могут служить биомаркерами больших меланом хориоидеи.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ФЕНОТИПИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ТЯЖЕЛОЙ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Цындымеева Д.А., очный аспирант кафедры клинической аллергологии и
пульмонологии

Руководитель: Трофименко И.Н., проф., д.м.н.

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

Цель исследования. Изучить фенотипическую структуру и клинико-функциональные особенности эозинофильной тяжелой бронхиальной астмы (ТБА).

Материалы и методы. Ретроспективный анализ амбулаторных карт и историй болезни 658 пациентов с ТБА, находящихся на стационарном лечении в отделениях пульмонологии различных стационаров в г. Иркутск с 2018 по 2021 гг.

Результаты. Среди пациентов с ТБА признаки эозинофильного воспаления >2 раз за 12 месяцев (эозинофилы крови > 300 кл/мкл и/или эозинофилия мокроты $\geq 3\%$) оказались у 339 (51,5%) пациентов: средний возраст 62 ± 12 (M \pm SD) лет, соотношение мужчин и женщин составило примерно 1:2. Средний уровень эозинофилов крови оказался 420 ± 115 кл/мкл. В 30,3% случаев обнаружена эозинофилия и крови, и мокроты. В большинстве случаев (40,2%) эозинофильная ТБА оказалась атопической формы, у 34,9% неаллергическая БА, аспириновая БА у 3,9%, смешанный характер у 7,4%, у 1,8% профессиональная этиология заболевания, и у 11,8% неуточненная этиологическая форма. В структуре ТБА без признаков эозинофилии атопическая форма у 35,4%, неаллергическая у 34,5%, аспириновая у 4,4%, смешанная у 5,3%, неуточненная у 20,4%. Фиксированная бронхообструкция у пациентов с эозинофильной астмой зарегистрирована у 47,7% исследуемых пациентов, у пациентов с другими типами воспаления только у 33,8%.

У большинства пациентов с эозинофильной ТБА (55,5%) обострение астмы, требующее приема системных стероидов, возникает 1-2 раза в год, у 33,0% – 2-3 раза, а у 11,5% – более 3 раз в год. Анамнез табакокурения имеется почти у каждого третьего больного ТБА (33,1%) со средним индексом курильщика $25,2 \pm 7$ (M \pm SD) пачка/лет. В 27,2% случаев ТБА сопутствует ХОБЛ, но при эозинофильной ТБА встречается реже – в 22,1% случаев. Среди сопутствующих заболеваний у пациентов с ТБА встречались сердечно-сосудистая патология (67,1%), у 52,9% ожирение со средним ИМТ $32,5 \pm 6$ (M \pm SD) кг/м², аллергический и неаллергический ринит (40,7% и 33,3% соответственно), полипозный риносинусит (4,4%), ГЭРБ (19,7%), причем при эозинофильной ТБА аллергический ринит и полипозный риносинусит встречаются чаще: в 55,6% и 5,5% случаев соответственно.

Выводы. Около половины пациентов с ТБА имеют эозинофильный тип воспаления с преобладанием атопической формы, в каждом втором случае наблюдается фиксированная бронхиальная обструкция. Среди коморбидных состояний чаще встречаются заболевания верхних дыхательных путей, ожирение, патология ССС и ГЭРБ, причем при эозинофильной ТБА сопутствующая аллергическая патология встречается чаще.

– Ч –

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ
ВРАЧА – ДЕТСКОГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА.
ИНОРОДНОЕ ТЕЛО БАРАБАННОЙ ПОЛОСТИ**

Чеботарь Н.А., врач-оториноларинголог
ГБУЗ г. Москвы ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗ

Ребенок А. 5 лет. Обратился в приемное ЛОР отделение ДГКБ им. Филатова из поликлиники с направляющим диагнозом: Подозрение на длительно стоящее инородное тело барабанной полости слева.

Ребенок глухой от рождения. Родители и близкие родственники глухие. Ребенок посещает специализированный детский сад для детей с нарушением слуха, наблюдается врачом-сурдологом.

Из анамнеза ребенка известно, что в феврале 2019 года ребенок перенес левосторонний острый средний гнойный отит, наблюдался и получал лечение в поликлинике по месту жительства.

В декабре 2019 года, в детском саду, ребенку был выполнен слепок слуховых проходов для изготовления вкладышей для слухового аппарата.

В августе 2020 года ребенок стал жаловаться на боль в левом ухе, появились выделения из слухового прохода, слизистого характера, был осмотрен врачом-отоларингологом в поликлинике по месту жительства. Направлен на госпитализацию в ЛОР отделение.

01.09.2020 родители ребенка обратились в приёмное ЛОР отделение. Проведен осмотр, госпитализирован в отделение отоларингологии с диагнозом: Подозрение на длительно стоящее инородное тело барабанной полости слева.

При отоскопии: барабанная перепонка бледная, опознавательные контуры определяются, перфоративное отверстие не визуализируется. За барабанной перепонкой в области передне-нижнего квадранта, в полости среднего уха, визуализируется инородное тело, зеленого цвета.

В процессе хирургического вмешательства произведен межхрящевой разрез левого слухового прохода. Сформирован тимпаномеатальный лоскут и откинут кпереди. Инородное тело удалено- самозатвердевающая масса размером 2*3 мм. Послеоперационная рана ушита.

Ребенок выписан из отделения оториноларингологии на 5 сутки после хирургического вмешательства в удовлетворительном состоянии.

Этот факт не исключает возможного наличия у ребенка перфорации барабанной перепонки после перенесенного острого среднего гнойного отита, которая могла стать причиной попадания самозатвердевающей массы в полость среднего уха.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Чехонацкий В. А., аспирант кафедры нейрохирургии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Переломы грудного отдела позвоночника у пациентов с болезнью Бехтерева выявляются в 41,9% случаев от всего числа переломов. Alaranta и соавторы считают, что риск развития травмы спинного мозга (ТСМ) при переломе позвоночника у пациентов с анкилозирующим спондилитом намного выше, нежели при его отсутствии, чаще они являются нестабильными, поражая вся три колонны позвоночного столба. Высокая распространенность среди трудоспособного населения, ранний дебют заболевания среди лиц молодого возраста, тяжесть ТСМ при переломе позвоночника, повышение вероятности нестабильности данных переломов формулирует необходимость выбора четко сформулированной тактики хирургического лечения при переломах на уровне грудного отдела позвоночника у пациентов с анкилозирующим спондилитом.

Цель работы. Сравнительный анализ тактик лечения перелом грудного отдела позвоночника при болезни Бехтерева по данным литературы.

Материалы и методы. Литературный поиск был осуществлен с 2010–2021 гг. с помощью доступных баз данных медицинской литературы: PubMed, Elibrary, Cochrane.

Результаты. Три современных исследования показывают, что нехирургическая иммобилизация редко эффективна у пациентов с АС, поэтому следует проводить хирургическое вмешательство с задней стабилизацией с использованием винтовых конструкций. В ретроспективном когортном исследовании 939 пациентов Lukasiewicz и соавторы обнаружили, что хирургические вмешательства, в основе которых лежат фиксирующие операции, были выполнены в 49,9% случаев. Наиболее часто приводимые аргументы в поддержку хирургического выбора лечения включают в себя прогрессирование неврологического дефицита, наличие “нестабильного перелома” или эпидуральной гематомы. Whang PG и соавторы, сравнившие в своем исследовании варианты и исходы хирургического и нехирургического лечения переломов у пациентов с болезнью Бехтерева, сообщили о 83% положительных исходов у прооперированных пациентов. При ретроспективном анализе 75 пациентов с переломами на уровне грудопоясничного отдела позвоночника Сагон и соавторы сообщили, что смертность нехирургически пролеченных пациентов в течение 1 года составила 51% по сравнению с 32% в хирургической группе. Lu ML и соавторы также сообщают о регрессе неврологического дефицита после хирургического лечения у всех пациентов их ретроспективной серии наблюдений. Westerveld и соавторы подтверждено, что хирургическое вмешательство при наличии дооперационного неврологического дефицита не привело к его дальнейшему нарастанию в 59% случаев, в 27% случаев отмечается значительный регресс неврологического дефицита.

Выводы. В настоящее время нет единого алгоритма в выборе тактики хирургического лечения переломов грудопоясничного отдела позвоночника при болезни Бехтерева, метод хирургического лечения определяется опытом

хирурга и традициями медицинского учреждения. В современной литературе описаны методы как хирургического, так и нехирургического лечения переломов позвоночного столба при болезни Бехтерева. Нехирургическое лечение обычно проводится только тогда, когда хирургическое лечение несет неприемлемо высокий интраоперационный риск. Хирургическое лечение, проводимое на грудном уровне поясничного отдела позвоночника, включает в себя, как минимум, заднюю фиксацию смежных уровней, позволяя достичь регресс болевого синдрома, неврологического дефицита, раннюю активизацию больного и уменьшить сроки медико-социальной реабилитации.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Чехонацкий В. А., аспирант кафедры нейрохирургии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В последнее время отмечается увеличение хирургической активности в лечении грыж межпозвонковых дисков. Это сопровождается развитием рецидивов грыж дисков до 23% случаев, что требует проведения повторного хирургического вмешательства. Это способствует снижению достижения положительных результатов в послеоперационном периоде.

Цель работы. изучение возможных факторов риска рецидивов межпозвонковых грыж поясничного отдела позвоночника по данным литературы.

Материалы и методы. Литературный поиск был осуществлен с 2010–2019 гг. с помощью доступных баз данных медицинской литературы: PubMed, Elibrary, Cochrane.

Результаты. Определены следующие возможные факторы риска

развития рецидивов грыж межпозвонкового диска:

1. Возраст. Исследование 1028 пациентов Yuras et al., 2016 показало: возраст менее 30 лет является существенным фактором риска развития рецидивов грыж, в то же время по данным Yao et al. 2014, (111 пациентов) прямым предиктором развития рецидивов являлся возраст более 50 лет.

2. Пол. По данным Shimia et al., 2013 и Kim et al., 2015, (627 пациентов) риск развития рецидивов грыж межпозвонкового диска на уровне поясничного отдела позвоночника в большей степени характерен для лиц мужского пола.

3. Индекс массы тела (ИМТ). По данным Meredith et al., 2013, (75 пациентов), повышенный ИМТ (33.6 ± 5.1 кг/м²) является предиктором развития рецидивов, однако, по данным Moliterno et al., ретроспективно исследовавшим 217 пациентов, пониженный ИМТ также относится к факторам риска.

4. Высота межпозвонкового диска. По данным Yamane et al., 2017, (600 наблюдений) пациенты с рецидивами грыж имеют сравнительно большую высоту межпозвонкового диска, нежели пациенты без возникших рецидивов, (19.1 ± 4.6 мм) и (15.0 ± 3.3 мм) соответственно.

5. Курение. Miwa et al., 2015, проанализировал клинические данные 32 реоперированных пациентов и пришел к выводу, что группа курильщиков показала на 18,5% больший риск развития рецидивов в сравнении с некурящей группой.

6. Сфера труда. Miwa et al., 2015, отмечают, что тяжелый физический труд также является одним из основных предикторов развития рецидивных грыж на уровне поясничного отдела позвоночника.

7. Изменения по типу Modic. По данным Yaman et al., 2017, изменения по типу Модик встречались в группе пациентов с рецидивами в статистически верифицированно большем количестве раз, нежели в контрольной группе пациентов без рецидивов.

8. По данным Motsumoto et al., 2013, 344 пациента, повреждение задней продольной связки, каудальная миграция секвестра, большой дефект фиброзного кольца также являются одними и первоочередных факторов риска развития рецидивов грыж.

Выводы. Выраженность болевого синдрома усиливается после каждой повторной операции на позвоночнике, отказ от модифицируемых (индекс массы тела, курение, сфера труда) и грамотный выбор тактики хирургического лечения, основанный на анализе не модифицируемых (возраст, пол, высота межпозвонкового диска, изменения по типу Modic, вид первичной грыжи) факторов риска поможет увеличить количество положительных исходов после повторных нейрохирургических вмешательств, снизить общую нетрудоспособность работающего населения.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ НА УРОВНЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Чехонацкий В. А., аспирант кафедры нейрохирургии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В лечении рецидивных грыж поясничного отдела позвоночника взамен традиционной микродискэктомии предпочтение отдается дискэктомии в совокупности с транспедикулярной фиксацией, однако имеются данные, говорящие о низком уровне эффективности фиксирующих операций как операций выбора в лечении рецидивов грыж межпозвонкового диска на уровне поясничного отдела позвоночника.

Цель работы. Изучение эффективности микродискэктомии с транспедикулярной фиксацией (ТПФ) и без нее в лечении рецидивов

межпозвонковых грыж поясничного отдела позвоночника по данным литературы.

Материалы и методы. Литературный поиск был осуществлен с 2010–2019 гг. с помощью доступных баз данных медицинской литературы: PubMed, Elibrary, Cochrane.

Результаты. Определены следующие основные критерии сравнения данных методик:

1. **Общий клинический исход.** По данным El Shazy et al. (45 пациентов, 2013), сравнивших повторную микродискэктомию и ТПФ (transforaminal interbody fusion (TLIF), posterolateral fusion (PLF)) не нашли достоверной разницы в отношении среднего послеоперационного балла по шкале JOA (26.1 и 27.9 соответственно), однако отметили существенную разницу в отношении послеоперационной боли в пояснице (2.3 ± 0.88 в группе с микродискэктомией, 2.9 ± 0.35 в группе TLIF и 2.8 ± 0.8 в группе PLF).

2. **Осложнения.** По данным Jian Guan et al. (37 пациентов, 2016) необходимость повторного вмешательства возникла у 3 пациентов из группы микродискэктомии, пациентам с ТПФ ревизионные операции не потребовались. По данным вышеописанных исследователей время операции варьировалось от 82.7 ± 29.1 минут и 229.6 ± 42.1 минут в группе с микродискэктомией без фиксации и с ТПФ соответственно.

Исследования El Shazy et al., а также работа Zhuo et al., (65 пациентов, 2009) показали, что у пациентов с выполненной микродискэктомией без ТПФ объем кровопотери в два раза меньше, нежели у группы с фиксацией, однако значительно выше вероятность травмы ТМО (4-2 и 3-1 соответственно). Также у группы без фиксации повышена необходимость повторного вмешательства по поводу рецидива (2-0 и 3-0).

Выводы. Вопрос оптимального хирургического подхода при рецидивирующей грыже диска остается открытым. Несмотря на возникновение в послеоперационном периоде активно выраженного спаечного процесса микродискэктомию существенно снижает время операции и кровопотерю, но

одновременно повышает возможность травматизации ТМО и риск повторного рецидива. В то же время микродискэктомия с транспедикулярной фиксацией позволяет устранить нестабильность позвоночно-двигательного сегмента и минимализировать вероятность последующего рецидива и травмы ТМО, однако, в свою очередь, повышает нагрузку на смежные уровни позвоночного столба, является доказанной причиной увеличения болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника в послеоперационном периоде.

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чехонацкий И.А., аспирант кафедры урологии и хирургической андрологии
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Руководитель: Лоран О.Б., акад. РАН, д.м.н., проф., заведующий кафедрой
урологии и хирургической андрологии ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Спектр эндоскопических методик хирургического лечения ДГПЖ в настоящее время крайне разнообразен. Кроме «традиционной» монополярной трансуретральной резекции предстательной железы (мТУР ПЖ) существует множество общепризнанных методов хирургического лечения для использования в клинической практике.

Цель исследования. В связи с гетерогенностью результатов международных рандомизированных исследований оценить эффективность эндоскопических методов лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Материалы и методы. Проведен анализ баз данных PubMed, eLibrary, Библиотека Cochrane, UpToDate, MEDLINE, Embase, глубина поиска составила

10 лет.

Результаты. По результатам проведенного анализа, данных зарубежных авторов часто отличаются, а порой бывают противоречивы. К примеру, если, сравнивая в мета-анализах эффективность фотовапоризации простаты GreenLight лазером (ФВП) с «традиционной» мТУР, Zang с соавт., Zhonghua с соавт., Zhou с соавт. выявили преимущество ФВП в отношении функциональных результатов и более низкого числа ранних послеоперационных осложнений, то Lai с соавт. в своем мета-анализе не получили статистически значимых различий в отношении эффективности и частоты послеоперационных осложнений.

Похожие данные имеются и в отношении гольмиевой трансуретральной энуклеации простаты (HoLEP). Несмотря на то, что многочисленными мета-анализами демонстрируется преимущество HoLEP над другими эндоскопическими хирургическими методами в отношении функциональных результатов и послеоперационных осложнений (Corni с соавт., Zhong J с соавт., Li с соавт., Yin с соавт., Lin с соавт.), существуют и противоположные результаты (Qian X с соавт., Sun с соавт.)

В крупном мета-анализе 9 эндоскопических методик лечения ДГПЖ Huang с соавт. определили, что эндоскопические методы, связанные с энуклеацией, продемонстрировали лучшие функциональные результаты в отношении максимальной скорости мочеиспускания, шкалы IPSS, шкалы оценки качества жизни QoL через 24-36 мес по сравнению с методами вапоризации и резекции. С другой стороны, Sun с соавт. в своем мета-анализе эндоскопических методов лечения ДГПЖ получили иные результаты. Так, при оценке шкалы IPSS и максимальной скорости мочеиспускания, наилучшие результаты по данным мета-анализа, оказалась вапоризация простаты диодным лазером. В тоже время, HoLEP продемонстрировал наилучшие показатели объема остаточной мочи. Тулиевая резекция простаты достоверно отличалась от остальных методик в отношении шкалы оценки качества жизни QoL. По сравнению с другими эндоскопическими методиками тулиевый,

гольмиевый и диодный лазеры продемонстрировали лучшие функциональные результаты и меньшее количество осложнений.

Выводы. Таким образом, в настоящее время существует проблема гетерогенности результатов международных мета-анализов эффективности эндоскопических методов хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы, что свидетельствуют о необходимости более глубоко изучения проблемы и формированию персонализированного подхода к выбору метода хирургического лечения ДГПЖ.

– Ш –

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ

¹Шадиева М.С., ²Абдужабарова З.М.

¹Бухарский государственный медицинский институт имени
Абу Али ибн Сино;

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских
работников, Узбекистан

В Узбекистане хронические болезни органов желудочно-кишечного тракта не имеют тенденции к снижению и остаются наиболее актуальными в педиатрии. Гастродуоденальная патология занимает среди них лидирующее место. Результаты исследований Санкт-Петербургских ученых доказывают частоту встречаемости *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) ассоциированной гастродуоденальной патологии в пределах 68–75%. В условиях нашей Республики подобные исследования не проводились, вместе с тем, тенденция к утяжелению, омоложению и высокой частоте осложнений этой патологии диктуют необходимость изучения данного вопроса.

Цель. Изучить распространенность *Helicobacter pylori* ассоциированной гастродуоденальной патологии у детей Бухарского региона.

Материал и методы исследования. Для выявления частоты встречаемости НР ассоциированной патологии гастродуоденальной зоны осмотрено 1200 детей в возрасте от 7 до 18 лет, проживающих в Бухарском регионе. Объем выборки осуществлялся по формуле предельной ошибки выборки при условии 4% размера неточности. Обследуемые отбирались в трех районах Бухарской области методом случайной выборки по определенным буквам алфавита классных журналов.

Выявлено 117 детей с подозрением на патологию гастродуоденальной зоны. В качестве скрининга был использован метод Эзофагогастродуоденоскопия, который подтвердил данный диагноз у

выявленных детей. Из них 25 детей отказались от дополнительных вмешательств для идентификации хеликобактериоза, таким образом, они не вошли в дальнейшую разработку.

Результаты исследования. Диагноз гастродуоденального заболевания был подтвержден у 92 детей, из них у 18 (19,5%) детей школьного (7–11 лет), у 22 (24%) подросткового (12–15 лет) и у 52 (56,5%) раннего юношеского (16–18 лет) возраста. Частота гастродуоденальных заболеваний у детей раннего юношеского (16–18 лет) возраста была выше по сравнению с детьми школьного и подросткового возраста в 3 и 2,4 раза соответственно. При детальном обследовании у детей выявлена следующая нозологическая последовательность: хронический гастродуоденит (ХГД) – 79 (96,4%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) – 3 (3,6%). Среди больных с ХГД эрозивная форма установлена у каждого третьего ребенка – 28 (35,4%). Поверхностный гастродуоденит с гиперплазией установлен в 1 (1,3%), поверхностный гастродуоденит - в 50 (63,3%) случаях.

Среди больных в возрасте 7–15 лет ни в одном случае не установлена ЯБДПК. В 3 случаях обнаружена ЯБДПК у детей раннего юношеского возраста.

Хеликобактерный генез заболевания был подтвержден у 47 (51,1%) обследованных детей. Из них школьного возраста у 6 (12,7%), подросткового возраста у 13 (27,7%), и среди детей раннего юношеского возраста у 26 (55,3%). Среди НР позитивных больных число мальчиков в 2 раза превышало число девочек. В 4,3 раза реже *Helicobacter pylori* выявлена у детей школьного возраста (7–11 лет) – 6 (12,7%), из них мальчики составили 4 (8,5%), а девочки – 2 (4,3%). *Helicobacter pylori* отрицательная патология гастродуоденальной зоны выявлена у 45 (49%) обследованных больных.

Сравнительный анализ эндоскопических проявлений у детей с гастродуоденальной патологией выявил преобладание в 2 раза гиперпластической формы ХГД у школьников 7–11 лет с *Helicobacter pylori* ассоциированной патологией. Поверхностный (эритематозный) ХГД

встречался во всех группах примерно с одинаковой частотой. У 3 детей (мальчики) раннего юношеского возраста с НР ассоциированной гастродуоденальной патологией встречалась язвенная болезнь. Эрозивный гастродуоденит регистрировался у 16 (17,3%) детей с *Helicobacter pylori* ассоциированной патологией гастродуоденальной зоны, тогда как среди детей с *Helicobacter pylori* негативной формой этой патологии наблюдались у 12 (13%) пациента. Гиперпластический гастродуоденит наблюдался нами только в 1 случае – у ребенка с *Helicobacter pylori* ассоциированной патологией гастродуоденальной зоны. Поверхностный гастродуоденит встречался в 1,2 раза реже в группе *Helicobacter pylori* негативных больных.

Выводы. *Helicobacter pylori* ассоциированная гастродуоденальная патология выявлена у 6 (12,7%) детей школьного возраста, у 13 (27,7%) подросткового возраста и у 26 (55,3%) детей раннего юношеского возраста.

Прослеживается явная связь между хеликобактерным генезом заболевания и тяжестью эндоскопической картины.

КОМПРЕССИОННАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Шамансурова Н.Х., ассистент кафедры онкологии с курсом ультразвуковой
диагностики

Руководитель: Мамадалиева Я.М., д.м.н., проф.

ЦРПКР при МЗ РУз

Цель исследования. Определение возможностей компрессионной эластографии (КЭ) в диагностике инвазии местнораспространенных форм рака шейки матки (РШМ).

Материалы и методы исследования. Были исследованы 36 женщин в возрасте от 31 до 73 лет (средний возраст 54,7 года) с гистологически

верифицированным РШМ. Структура распределения больных по стадиям: III-20 (54%), IIIa-1 (3%), IIIб-12 (32%) и IV-1 (3%). Всем женщинам было произведено комплексное и трансвагинальное ультразвуковое исследование на аппарате GE LOGIC S8 XD CLEAR, с использованием мультисекторных широкополостных датчиков: конвексного C1-5D, трансвагинального IC5-9D с применением компрессионной эластографии.

Результаты исследования. У женщин с местнораспространенными формами РШМ при КЭ наблюдается увеличение зоны повышенной жесткости и выхода ее за пределы шейки матки (ШМ). У 23 (64%) женщин отмечались признаки инфильтрации в дистальные отделы тела матки, у 20 (56%) – в верхнюю треть влагалища. При пролонгации патологического процесса в сторону тела матки, между зоной инвазии и интактным миометрием визуализировалась четкая демаркационная линия. У 21 (58%) женщин, за счет распространения очага в окружающую параметральную жировую клетчатку, соответствующая ей красная полоса, укорачивалась и оттеснялась к периферии. В норме средний показатель эластичности ПЖК составил 1,0. Но в результате инфильтрации патологического очага, показатели жесткости параметрия увеличивались и становились аналогичными участку поражения в строге шейки матки. Средний показатель жесткости в патологическом очаге – 4,9. V тип окрашивания зоны интереса наблюдался у 12 (33%) женщин со средним значением коэффициента жесткости (КЖ) 4,3. VI эластотип наблюдался у 26 (67%) женщин со средним значением КЖ 5. У 8 (22%) женщин отмечались признаки дефекта передней стенки шейки матки – прерывание красной полосы ПЖК - и инвазия жестко-эластичной ткани в стенку и полость мочевого пузыря. Зона инфильтрации в мочевой пузырь и зона опухолевой трансформации также имели идентичные параметры жесткости.

Выводы. При местнораспространенных формах РШМ КЭ позволяет с большей вероятностью разграничить патологическую ткань от интактной зоны. Участки инвазии в окружающие ткани имеют идентичные показатели КЖ что и зона патологического процесса в ШМ.

ПОКАЗАТЕЛИ ФЕРРОКИНЕТИКИ И ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Шахизирова И.Д., Муллаева З.Б.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Узбекистан, Ташкент

Железодефицитное состояние – очень распространенная патология у детей. Основная причина железодефицитных состояний (ЖДС) – нерациональное питание, усугубляющееся систематическим недополучением железа, белков, витаминов, и минеральных веществ. Дефект усвоения или повышенное расходование железа организмом обычно связан с нарушением всасывания железа при таких состояниях, как гастроэнтерит, лямблиоз, глистная инвазия, целиакия, дисбиоз кишечника с избыточным ростом патогенной флоры. В очагах эндемии дети и подростки составляют наиболее склонный к поражению зобом контингент населения, которые более подвержены йододефицитным заболеваниям, отрицательно влияющие на их физическое, интеллектуальное развитие, соматическое здоровье. В отличие от других анаболических гормонов ТГ не только и даже не столько контролирует линейный рост, сколько регулируют процессы дифференцирования ткани.

Цель исследования: Оценка показателей гормонов щитовидной железы и феррокинетики у детей дошкольного возраста в условиях йодо и железодефицита.

Материалы и методы исследования: рандомизированным, двойным слепым методом были отобраны 200 детей в возрасте от 4 до 7 лет, за которыми было проведено динамическое наблюдение в течение 6 месяцев. В зависимости от возраста исследуемые дети были подразделены на 4 группы: в 1-ю группу, включены 60 детей с дефицитом йода, во 2-ю группу – 60 детей с

железодефицитным состоянием (ЖДС), и в 3-ю группу – 60 детей в сочетании дефицита йодо- и железа. Контрольную группу, составили 20 практически здоровых детей, которые были отобраны по показателям физического, нервно-психического развития и по результатам лабораторно-функционального исследования. У данных групп детей проведено биохимическое исследование показателей феррокинетики в сыворотке крови и гормонального статуса (показателей как ТТГ, Т3 и Т4).

Результаты исследования: Анализ результатов исследования выявил достоверное снижение сывороточного железа и ферритина во всех основных обследуемых основных группах, но с большей выраженностью в третьей группе, где идет сочетание двух состояний (дефицит йода и железа). Установлено компенсаторное повышение уровня трансферрина во второй и третьей группе по сравнению с контрольной и с первой группой. Показатели гемоглобина варьировали в пределах нормы, который доказывает, что, во всех обследуемых группах было состояние железодефицита. Оценка гормонального статуса во всех обследуемых группах выявила повышение таких показателей как ТТГ, Т3 и Т4. Тиреоидные гормоны сыворотки крови у обследованных детей с большей выраженностью были повышены в первой и третьей основных группах, где наблюдалось в 8 раз увеличение ТТГ и уменьшение Т3 в 6 раз, и в 3 раза Т4 по отношению к контрольной группе.

Выводы. Таким образом, выявлено достоверное снижение сывороточного железа и ферритина, компенсаторное повышение уровня трансферрина во всех основных обследуемых группах, но с большей выраженностью в третьей группе, где идет сочетание двух состояний (дефицит йода и железа). Уровень тиреоидных гормонов сыворотки крови с большей выраженностью были повышены на фоне сочетания дефицита йода и железа у обследованных детей.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ АЛЛЕЛЕЙ И ГЕНОТИПОВ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ *PTGS-1*, *PTGS-2* У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, КОТОРЫМ ПОКАЗАНО КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Шацкий Д.А., аспирант кафедры клинической фармакологии и пропедевтики
внутренних болезней института клинической медицины
(Сеченовский Университет)

Качанова А.А., м.н.с. отд. молекулярной медицины НИИ молекулярной и
персонализированной медицины ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Созаева Ж.А., м.н.с. отд. молекулярной медицины НИИ молекулярной и
персонализированной медицины ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Шуев Г.Н., м.н.с. отд. персонализированной медицины НИИ молекулярной и
персонализированной медицины ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Руководители: 1) д.м.н., профессор, Морозова Т.Е.

2) член-корр. РАН, д.м.н., профессор, Сычев Д.А.

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Ежегодно в мире возрастает число кардиохирургических операций по поводу тяжелых форм ишемической болезни сердца. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), широко применяющиеся в рамках послеоперационного обезболивания, метаболизируются в печени при участии изоферментов цитохрома P-450. Полиморфизм генов *PTGS-1* и *PTGS-2* может сопровождаться изменением активности фермента циклооксигеназы, что обуславливает изменение эффективности и безопасности НПВП, применяемых в качестве послеоперационного обезболивания.

Цель. Определить частоту встречаемости однонуклеотидных полиморфизмов *PTGS-1* и *PTGS-2* у больных ишемической болезнью сердца в послеоперационном периоде после кардиохирургических вмешательств.

Материалы и методы. В исследование было включено 90 больных с ИБС после кардиохирургических вмешательств, из них 69 (76,6%) мужчин и 21 (23,3%) женщина. Венозная кровь являлась материалом для выделения ДНК. Для определения однонуклеотидных генетических полиморфизмов *PTGS-1* (*A>T*) *rs10306135*, *PTGS-1* (*C>T*) *rs12353214*, *PTGS-2* (*G>C*) *rs20417* использовался метод полимеразной цепной реакции в реальном времени.

Результаты. Генотип АА по полиморфизму *PTGS-1 rs10306135* выявлен у 70 (77,8%) пациентов, гетерозиготный генотип АТ у 15 (16,7%) и гомозиготный ТТ у 5 (5,6%) больных, обнаружено отклонение от равновесия Харди-Вайнберга ($\chi^2=8,2$ $p=0,004$). По полиморфизму *PTGS-1 rs12353214* гомозиготный генотип СС выявлен у 61 (67,8%) пациентов, гетерозиготный генотип СТ – у 29 (32,2%) больных, отклонений от равновесия Харди-Вайнберга не обнаружено ($\chi^2=3,3$; $p=0,06$). По полиморфизму *PTGS-2 rs20417* генотип СС обнаружен у 85 (94,4%) пациентов, а генотип GG у 5 (5,6%), обнаружено отклонение от равновесия Харди-Вайнберга ($\chi^2=90$; $p<0,001$).

Выводы. Изучено распределение генотипов полиморфизмов *PTGS-1* и *PTGS-2* у больных ишемической болезнью сердца. Выявлено отклонение от равновесия Харди-Вайнберга по полиморфизму *PTGS-1 rs10306135* и *PTGS-2 rs20417*.

Исследование выполнено при финансовой поддержке Гранта Президента Российской Федерации для научных школ № НШ-2698.2020.7.

**ЧАСТОТА ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ CYP2C9*2,
CYP2C9*3 У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА,
КОТОРЫМ ПОКАЗАНО КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
И СРАВНЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГЕНОТИПОВ
С РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИЕЙ**

Шацкий Д.А., аспирант кафедры клинической фармакологии и пропедевтики
внутренних болезней института клинической медицины

(Сеченовский Университет)

Качанова А.А., м.н.с. отд. молекулярной медицины НИИ молекулярной и
персонализированной медицины ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Созаева Ж.А., м.н.с. отд. молекулярной медицины НИИ молекулярной и
персонализированной медицины ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Шуев Г.Н., м.н.с. отд. персонализированной медицины НИИ молекулярной и
персонализированной медицины ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Руководители: 1) д.м.н., профессор, Морозова Т.Е.

2) член-корр. РАН, д.м.н., профессор, Сычев Д.А.

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

(Сеченовский Университет)

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Ген *CYP2C9* кодирует одноименный изофермент, который принимает участие в метаболизме ряда лекарственных препаратов, а также метаболизме арахидоновой кислоты. Полиморфизм гена *CYP2C9* может обуславливать изменение эффективности и безопасности нестероидных противовоспалительных препаратов, применяющихся с целью послеоперационного обезболивания в кардиохирургии.

Цель. Определить частоту встречаемости аллельных вариантов *CYP2C9*2* и *CYP2C9*3* у больных ишемической болезнью сердца в

послеоперационном периоде после кардиохирургических вмешательств и сравнить распространенность с российской популяцией.

Материалы и методы. В исследование включено 90 больных с ИБС после кардиохирургических вмешательств. Для выделения ДНК использовали венозную кровь. Выявление однонуклеотидных генетических полиморфизмов *CYP2C9*2 (430C>T) rs1799853* и *CYP2C9*3 (1075A>C) rs1057910* проводилось с помощью ПЦР в режиме реального времени. Статистический анализ при сравнении частот выполнения с применением критерия χ^2 .

Результаты. Генотип СС по аллельному варианту *CYP2C9*2* выявлен у 77 (85,6%) больных, гетерозиготный генотип СТ у 13 (14,4%) пациентов. По аллельному варианту *CYP2C9*3* генотип АА обнаружен также у 77 (85,6%) больных, гетерозиготный генотип АС у 13 (14,4%) пациентов. Отклонений от равновесия Харди-Вайнберга не обнаружено ($\chi^2=0,54$; $p=0,46$ и $\chi^2=0,54$; $p=0,46$, соответственно). Распространенность аллельных вариантов в российской популяции, выявленных в ходе отечественных исследований, составила 1-14% по *CYP2C9*2* (13,4% - контроль) и 0,6-24,8% по *CYP2C9*3* (14,29% – контроль). Достоверных отличий частоты встречаемости от российской популяции не выявлено ($p=0,31$ и $p=0,21$, соответственно).

Выводы. Частота встречаемости генотипов по аллельным вариантам *CYP2C9*2* и *CYP2C9*3* соответствует распространенности в российской популяции. Отклонений от равновесия Харди-Вайнберга не обнаружено.

Исследование выполнено при финансовой поддержке Гранта Президента Российской Федерации для научных школ № НШ-2698.2020.7.

ТРАНССКЛЕРАЛЬНАЯ МИКРОИМПУЛЬСНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ЦИКЛОФОТОКОАГУЛЯЦИЯ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ ГЛАУКОМОЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН В 2020-2021 ГОДАХ

Шильникова Д.Е., ординатор кафедры офтальмологии КГМА, г. Казань

Низамова Р.А., студент лечебного факультета КГМУ, г. Казань

Руководитель: Зверева О.Г., ассистент кафедры офтальмологии

КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,

член Российского глаукомного общества

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности транссклеральной микроимпульсной лазерной циклофотокоагуляции (мЦФК) среди пациентов с рефрактерным течением глаукомы в Татарстане за 2020–2021 гг.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни пациентов с верифицированными диагнозами глаукомы с рефрактерным течением, находившихся на лечении в условиях дневного стационара ГАУЗ «РКОБ МЗ РТ» им. проф. Е.В. Адамюка за 2020-2021 гг. Всем больным до и через 1 месяц после лечения проводили визометрию, периметрию, тонометрию, биомикроскопию, гониоскопию, офтальмоскопию. Операция мЦФК была выполнена 37 пациентам (20 мужчин, 17 женщин) [40 глаз] в возрасте от 27 до 86 лет, средний возраст – 57 лет. Среди них: 28 пациентов [31 глаз] (77,5 %) с диагнозом первичной открытоугольной глаукомы; 9 пациентов [9 глаз] (22,5 %) с диагнозом вторичной неоваскулярной глаукомы. I стадией – 3 пациента [3 глаза] (7,5 %); II стадией – 3 пациента [4 глаза] (10,0 %); III стадией – 16 пациентов [18 глаз] (45,0 %); IV стадией заболевания, терминальной болящей глаукомой – 15 пациентов [15 глаз] (37,5 %). Состоянием уровня ВГД – а – 3 пациента [4 глаза] (10,0 %), b – 8 пациентов [8 глаз] (20,0 %), с – 26 пациентов [28 глаз] (70,0 %). До проведения мЦФК при

проведении тонометрии по Маклакову уровень ВГД (Pt) у пациентов составил от 20 до 52 мм рт. ст. (в среднем $30,7 \pm 2,2$ мм рт. ст.). У 35 пациентов [38 глаз] ранее были проведены антиглаукоматозные операции. Все пациенты в послеоперационном периоде принимали ацетазоламид по 1 таблетке 1 раз в день в течение 3 дней; бринзоламид+тимолол по 1 капле 3 раза в день в течение 3 дней; дексаметазон + тобрамицин по 1 капле 3 раза в день в течение 3 недель.

Результаты. Через 1 месяц после операции достоверного улучшения остроты зрения, периметрических показателей выявлено не было. В ходе наблюдения за больными информативными были: стабилизация данных ВГД (Pt) с полной отменой медикаментозной терапии: при I стадии глаукомы – в среднем до $20,6 \pm 0,3$ мм рт. ст.; с прежним режимом медикаментозной терапии: при II стадии – в среднем до $21,8 \pm 0,3$ мм рт. ст.; при III стадии – в среднем до $24,3 \pm 0,4$ мм рт. ст., при IV стадии – в среднем до $28,3 \pm 0,4$ мм рт. ст. (полное купирование болевого синдрома и отечной кератопатии с застойной инъекцией сосудов глазного яблока в 12 глазах (75,0 %), умеренное купирование в 4 глазах (25,0 %). Чем выше исходный уровень ВГД глаза, тем ниже величина его снижения после проведения мЦФК.

Выводы. Таким образом, применение диодного лазера «Cyclo G6 Glaucoma Laser System» (IRIDEX, США) в микроимпульсном режиме приводит к снижению ВГД и исключает возможность чрезмерного лазерного воздействия на цилиарное тело в сравнении с непрерывно-волновой ЦФК, что снижает риск развития интра- и послеоперационных осложнений, доказывает безопасность метода. Полученные результаты подтверждают более высокую результативность методики у пациентов с I, II и III стадиями заболевания и более низкими исходными цифрами ВГД. Вследствие относительно небольшого размера выборки, необходимости подтверждения эффективности метода в долгосрочной перспективе, отсутствия изучения повторного применения мЦФК при недостаточном гипотензивном эффекте у пациентов с терминальной стадией глаукомы следует продолжить изучение данного метода лечения.

ХII Конференция молодых ученых
с международным участием

«ТРАНСЛЯЦИОННАЯ МЕДИЦИНА: ВОЗМОЖНОЕ И РЕАЛЬНОЕ»

Материалы конференции

Подписано в печать 30.03.2021

Формат 60x84¹/₁₆

Печ. л. 16,0

Тираж 20 экз.

Заказ № 74

Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993
Электронный адрес www.rmapo.ru
E-mail: rmapo@rmapo.ru

Отпечатано в ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993