

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

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

Материалы конференции

Том I

Москва

2018

УДК 61.001.063.053

ББК 72ж

Т-654

IX Конференция молодых ученых с международным участием «Трансляционная медицина: возможное и реальное»: сборник материалов конференции; ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования». М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2018. Т. I. 247 с. ISBN 978-5-7249-2905-9

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

Материалы публикуются в авторской редакции.

УДК 61.001.063.053

ББК 72 ж

ISBN 978-5-7249-2905-9

© Российская медицинская академия
непрерывного профессионального
образования, 2018

Дорогие молодые коллеги!

В этом году традиционная научно-практическая конференция молодых ученых Академии посвящена трансляционной медицине – важному научному направлению, требующему тесного взаимодействия специалистов фундаментальной и клинической медицины. Основная задача трансляционной медицины – трансфер результатов фундаментальных научных исследований в реальную клиническую практику с целью разработки новых эффективных и безопасных методов диагностики и лечения социально значимых заболеваний. По мнению экспертов, именно трансляционной медицине будет принадлежать ведущая роль в развитии биомедицины, как основы для разработки и внедрения здоровья сберегающих технологий, на ближайшие десятилетия.

Развитие любого направления науки невозможно без привлечения молодых талантливых специалистов и я искренне надеюсь, что данная конференция вдохновит вас на новые перспективные исследования и разработки, станет стимулом к продолжению дальнейшего творческого пути.

Очень ценно, что в этом году в адрес организационного комитета конференции поступило большое количество интересных работ из различных медицинских, научно-исследовательских и образовательных учреждений России и стран ближнего зарубежья. Послушайте друг друга, обменяйтесь опытом, обсудите проблемы и перспективы сотрудничества.

Желаю вам успехов, высоких достижений и новых интересных научных проектов.

Ректор
академик РАН



Л.К. Мошетова

Оглавление

1.	Абдуллаев М.Д., Ахмерова Р.И. ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ И ИЗМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ СЕКРЕЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	21
2.	Абдуллаев М.Д. ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ КАЛЬЦИЯ В СМЕШАННОЙ СЛЮНЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ	23
3.	Абрамова А.А. ПОСТ-ПРОЦЕССИНГ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ФОКАЛЬНЫХ КОРТИКАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ	25
4.	Агеева А.И., Кочеткова Н.А. МЕДИЦИНСКАЯ ТЕРМОГРАФИЯ – СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ	27
5.	Агеева А.И. ТЕРАГЕРЦЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА	29
6.	Айларова А.К., Магомедов Ш.А., Исаев А.Р. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАКУЛЯРНОГО РАЗРЫВА С ПРИМЕНЕНИЕМ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ КРОВИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	31
7.	Айсанова М.Р. ЭКССУДАТИВНАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ, ОСЛОЖНИВШАЯСЯ ВТОРИЧНОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С РАЗВИТИЕМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ И РЕАКТИВАЦИЕЙ ЦМВИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	33
8.	Айсанова М.Р., Ядидеева И.А.	

	ПОКАЗАТЕЛИ ВИТАМИН-К-ЗАВИСИМЫХ ПАРАМЕТРОВ КОАГУЛОГРАММЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ	35
9.	Алипов Д.Г. НАШ ОПЫТ УДАЛЕНИЯ ЭПИМАКУЛЯРНЫХ МЕМБРАН БЕЗ ВИТРЭКТОМИИ	37
10.	Амергулов И.И. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА	39
11.	Анурьев А.М. ВЛИЯНИЕ РАННИХ НЕОНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	41
12.	Анциферова Е.Ю., Страхова Н.В., Добрынина И.С., Шевцова В.И. НОВЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ	43
13.	Арефьева А.П., Васенина Е.Е. ТЕСТ 3-КТ В ОЦЕНКЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	45
14.	Арутюнян А.С. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ПЕРИТОНИТА	

15. Арчаков М.У.
ЭПИДУРАЛЬНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ
АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ 49
16. Асоскова А.В.
ФАРМАКОГЕНЕТИКА МЕТОТРЕКСАТА У ПАЦИЕНТОВ
С ПСОРИАЗОМ: ПЕРСПЕКТИВЫ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ
ЛЕЧЕНИЯ 51
17. Асоскова А.В., Каюмов К.В.,
СИНДРОМ ПИККАРДИ–ЛАССЮЭРА–ЛИТТЛА 53
18. Астафьев В.В.
СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ АКТИВНО-ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ
ТАКТИКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИЕ
ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД 56
19. Афиногенова О.В.
ОСОБЕННОСТИ АФАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У
БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ 57
20. Ахмерова Р.И., Абдуллаев М.Д.
ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ И ЕГО ПРОЯВЛЕНИЯ В
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ 59
21. Бабаев А.Б.
ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ 61
22. Бабуева О.А.
МУЖСКОЙ ФАКТОР В НЕВЫНАШИВАНИИ 63
23. Беганская Л.А.
ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ

24. Бордовский С.П., Никулин В.Э., Польшина Н.И.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
КРИТЕРИЕВ БИРСА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРОВОЦИРУЮЩИХ
ПАДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С
ПОЛИПРАГМАЗИЕЙ 68
25. Бржезинская Л.Б.
ПРЕДИКТОРЫ СТАРТА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У
МАЛЬЧИКОВ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКОЙ
ПУБЕРТАТА 70
26. Брылева А.А., Иващенко Д.В., Застрожин М.С.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО
АЛКОГОЛИЗМА КАК ПРЕДИКТОРЫ ПЕРЕНОСИМОСТИ
ФАРМАКОТЕРАПИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ 72
27. Бугаева М.С.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ СЕРДЦА
В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОКОНИОЗА 74
28. Валиева М.М.
ВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ БИСФОСФОНАТ-
АССОЦИИРОВАННЫХ ОСТЕОНЕКРОЗАХ ЧЕЛЮСТЕЙ 76
29. Велиева Н.И.
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙТРАЛЬНОГО
ПРИКУСА 78
30. Велиева Н.И., Омарова П.Н.
КЛИНИКО-БИОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПОЛОЖЕНИЯ РЕЗЦОВ В ВЕРТИКАЛЬНОМ
НАПРАВЛЕНИИ ПРИ НЕЙТРАЛЬНОМ ПРИКУСЕ 81

31.	Велиев Р.А. ЧАСТОТА ПОЗИТИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ КРАЕВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ: ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ДОСТУПА (ПОЗАДИЛОННЫЙ, ПРОМЕЖНОСТНЫЙ, РОБОТ-АССИСТОРОВАННЫЙ)	83
32.	Венгеров В.Ю. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	84
33.	Вердиева Дуня Арзу кызы ПРИМЕНЕНИЕ ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНА МАЛАТА (ЭТОКСИДОЛА) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СИНДРОМА ГИПОКСИИ	86
34.	Верюгина Н.И. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	89
35.	Веселов В.В. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЕМИОТИКИ ПЛОСКИХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ	90
36.	Власова А.Л. РОЛЬ ВИТАМИНА D В ИСХОДАХ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	93
37.	Вореводин А.Н. АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В	

	AWAKE-ХИРУРГИИ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА В «ЦКВГ» ФСБ РФ	95
38.	Габараев Г.М., Макиева И.Г. АНАЛИЗ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ РИСКОВ РАБОТНИКОВ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ	97
39.	Гагкаева З.А. ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВИДОВ ВРОЖДЕННО ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБОВ ПРИ ГИПОДЕНТИИ	98
40.	Гагкаева З.А. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ВРОЖДЕННО ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБОВ ПРИ ГИПОДЕНТИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ	101
41.	Гаджимагомедова А.А. ВЛИЯНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИ ПРЕДСЕРДИЙ НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	103
42.	Гаин М.Ю. ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НАРУЖНОГО ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО ТРОМБОЗА	105
43.	Гаин М.Ю. ПОДКОЖНО-ПОДСЛИЗИСТАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С ШОВНОЙ ДЕАРТЕРИЗАЦИЕЙ И МУКОПЕКСИЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ	107

44.	Гайнетдинов А. И. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОЧЕК В СОЧЕТАНИИ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ	109
45.	Гарипов К.А. СОРАФЕНИБ В ЛЕЧЕНИИ ЙОДРЕФРАКТЕРНОГО ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ	111
46.	Гатауллин Б.И. ЗАКОНОМЕРНОСТИ РЕГИОНАРНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ	112
47.	Гафарова С.У., Саидова Ф.И. РОЛЬ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА В РАЗВИТИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ	114
48.	Гергова А.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА	116
49.	Гольдшмид А.Е., Беляев Н.С. ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ ОЖИРЕНИЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ, КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ВИТАМИНА D И ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D	118
50.	Гончарук Д.А., Богданов А.Б., Ивкин Е.В., Соколов Е.А. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СООТВЕТСТВИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСРЕКТАЛЬНЫХ БИОПСИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РАДИКАЛЬНЫХ ПРОСТАТЭКТОМИЙ	120

51.	Гордеев И.Ю. МЕТОД ОБЩЕЙ ГИПОТЕРМИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ	121
52.	Гречин А.И. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АЛГОРИТМА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОСТЛУЧЕВОГО ПРОКТИТА	123
53.	Даабуль К.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭНЕРГОИНФОРМАЦИОННОЙ ВОДЫ «РЕНОРМ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА	125
54.	Дгебуадзе А. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕТЧАТКИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ АНГИОРЕТИНОПАТИИ	127
55.	Демина О.И., Задорожная А.Е., Федянина О.С. ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА И МОРФОЛОГИИ АТИПИЧНЫХ МОНОНУКЛЕАРОВ МЕТОДОМ КЛЕТОЧНОГО БИОЧИПА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ	130
56.	Джапаров А.И. РАЗРАБОТКА ИННОВАЦИОННОГО 4-Х ПРОСВЕТНОГО ЗОНДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ	133
57.	Добрынина И.С., Страхова Н.В., Еремин А.А. РОЛЬ КАБИНЕТА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В ОКАЗАНИИ СВОЕВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	135

58.	Добрынина И.С., Страхова Н.В., Бакулева Н.И. АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	137
59.	Држевецкая К.С. ЗАДАЧИ СКРИНИНГОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ	139
60.	Држевецкая К.С. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ ТКАНИ ARC 3-4	141
61.	Дудченко Н.Г. ФЛУКТУАЦИИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ДЕМЕНЦИИ С ТЕЛЬЦАМИ ЛЕВИ: КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ	144
62.	Дюжев Д.В. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ПРОФИЛЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ГЕНДЕРНЫХ ГРУПП, ПОЛУЧАВШИХ КАРБАМАЗЕПИН	145
63.	Завьялов О.В. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПАТОЛОГО–АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	148
64.	Зайцева М.М. РОЛЬ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В	

	ПОСТАНОВКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА	150
65.	Запесоцкая С.Я., Солдатов В.О., Солдатова В.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПЛИМОРФИЗМА rs1951795 <i>HIF1A</i> С РАЗВИТИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	152
66.	Захиров А.Р. ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ	154
67.	Захиров А.Р. ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ВЫПОЛНЯЕМЫХ НА ЗАБРЮШИННЫХ ОРГАНАХ ПУТЕМ ТРАНСРЕТРОАБДОМИНАЛЬНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ХИРУРГИИ	156
68.	Зозина В.И. РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЭНЗИМА Q ₁₀ В ПЛАЗМЕ КРОВИ, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ОЦЕНИВАТЬ БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИЕМА СТАТИНОВ	158
69.	Ибавов И.У., Каллагов Т.Э. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ	160
70.	Ильина А.А. ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	162
71.	Ирназарова Д.Х. ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭМБОЛИЗАЦИЮ	

72. Исамов А.Н.
ОЦЕНКА СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ PARADISE J.L.
ПАЦИЕНТОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ДВУСТОРОННЮЮ
ТОНЗИЛЛОЭКТОМИЮ 166
73. Кадырова Э.Р.
К АКТУАЛЬНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО
СОСТОЯНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ 167
74. Казаков А.М.
ВЫРАЖЕННОСТЬ И КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ
ЛИМФОИДНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ КАК ПРЕДИКТОРЫ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ
МЕЛАНОМЫ КОЖИ 170
75. Калашникова Д.Д.
МЕЛАНОМА: ОТ МОЛЕКУЛЯРНОЙ БИОЛОГИИ К
ТЕРАПИИ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ 172
76. Калинина С.А.
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АНКИЛОЗА
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА 175
77. Камавосян А.К.
ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С
НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ШОП И АНОМАЛИЯМИ
РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНИКА 177
78. Камаева З.З.
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН В
СОЧЕТАНИИ С ГЕМОРРОЕМ 3-4А СТАДИИ МЕТОДОМ
КОНТРОЛИРУЕМОЙ ЦИРКУЛЯРНОЙ ДИЛАТАЦИИ 179

79.	Камалова К.Б. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДИПРОСПАНА В ЛЕЧЕНИИ УВЕИТОВ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	181
80.	Капитанов М.В. ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОМИКРОХИРУРГИИ	182
81.	Кардава Л.О. ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА АПРАКСИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	185
82.	Каськова А.В. УСТРАНЕНИЕ ГЛЮКОЗО- И ЛИПОТОКСИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ВИСЦЕРАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА 2 ТИПА	186
83.	Касьянова А.Н. ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЕЙ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ ОТ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	189
84.	Касьянова А.Н., Трофимов А.А. НЕРЕГЛАМЕНТИРОВАННОЕ (OFF-LABEL) ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ДЕТЕЙ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ	191

85.	Кашежев А.Г. ДИНАМИКА МОТОРНЫХ И НЕМОТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА НА ФОНЕ РИТМИЧЕСКОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ	193
86.	Каюмова А.А. АНАЛИЗ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПОСТРАДАВШИМ В ДТП	195
87.	Каюмова А. А. ОПТИМИЗАЦИЯ МИНИТОРАКОТОМНЫХ ДОСТУПОВ В ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ	197
88.	Кенжебекова А.М., Идаят М.Г. ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ КОАГУЛАЗООТРИЦАТЕЛЬНЫХ СТАФИЛОКОККОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ	198
89.	Кечиян Д.К., Мосин В.В. НОВАЯ МОДЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ	201
90.	Ким Е.В., Черножукова М.О., Мухин И.А., Богормистров И.С., РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	203
91.	Кирдеева А.И. СИМУЛЯЦИОННАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ОСВОЕНИЯ НАВЫКОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТИМПАНОПЛАСТИКИ	204
92.	Кириллов Д.А. ХИЛОТЕРАПИЯ. РОЛЬ УПРАВЛЯЕМОЙ ЛОКАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА	206

93.	Кожемякина В.В. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АТРАВМАТИЧНЫХ РАНЕВЫХ ПОВЯЗОК ПОСЛЕ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ	208
94.	Коломан И.И. ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ	210
95.	Колотильщиков А.А., Афанасьева В.А. ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ СЕКВЕСТРЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ	212
96.	Комаров С.Д. ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ БРОМДИГИДРОХЛОРФЕНИЛБЕНЗОДИАЗЕПИНА У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С АЛКОГОЛИЗМОМ	215
97.	Конова О.Д., Черняева М.С., Ласачко В.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СПОНДИЛОДИСЦИТА	216
98.	Корнеев М.Е. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ТАЙВАНЕ	219
99.	Корнилов Д.Н. РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НАНОСТРУКТУРИРОВАННОГО ПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО ИМПЛАНТАТА	221

100. Корошвили В.Т., Габибов Э.М.
ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ
БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ГИГАНТСКОЙ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) 223
101. Корошвили В.Т., Нарзязев Д.С., Гуськов В.Д.
РОЛЬ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЫБОРЕ
МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С
БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ
ГРЫЖАМИ 225
102. Коссов Ф.А.
ЗНАЧЕНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИЦЕЛЬНОЙ МРТ/УЗИ
FUSION БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ КЛИНИЧЕСКИ
ЗНАЧИМОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 227
103. Котова Е.С.
ИЗМЕНЕНИЯ МАКУЛЯРНОЙ ЗОНЫ СЕТЧАТКИ У
ПАЦИЕНТОВ С ВЛАЖНОЙ ФОРМОЙ ВОЗРАСТНОЙ
МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ НА ФОНЕ
АНТИАНГИОГЕННОЙ ТЕРАПИИ РАНИБИЗУМАБОМ И
АФЛИБЕРЦЕПТОМ 229
104. Кочеткова Н.А.
ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 231
105. Кривченкова Е.В.
ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПОНТАННОЙ АГРЕГАЦИИ
ТРОМБОЦИТОВ КАК РАННЕГО БИОМАРКЕРА
АТЕРОСКЛЕРОЗА 233

106. Крякова М. Ю.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО –
ЭКОНОМИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УСЛУГ КЛИНИКО
– ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ 235
107. Кузовкова А.А., Советов И.В.
КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И
ОЦЕНКЕ ЭКСТРАНОДАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ
ПРИ ЛИМФОМАХ 238
108. Куприянова Е.Б., Шалагина Н.В.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ
ОНКОМАРКЕРА СА-125 В ДИАГНОСТИКЕ
ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ 240
109. Куркина М.В.
ВКЛАД АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ВОЗРАСТА
НА ДИНАМИКУ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ
ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ
ВЫБРОСА 242
110. Куров М.А.
ЛЕЧЕБНО – ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ АРТРОСКОПИЯ В
ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ
НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА 244

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ И ИЗМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ СЕКРЕЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Абдуллаев М.Д., студент, Ахмерова Р.И., студент

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

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург

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

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

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

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

Целью исследования: является изучение уровня тиреоидных гормонов и ТТГ у пациентов с врожденным гипотиреозом различных возрастных групп.

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

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

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

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

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

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

ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ КАЛЬЦИЯ В СМЕШАННОЙ СЛЮНЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ

Абдуллаев М.Д., студент

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

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург

Введение. Кальций необходим для осуществления жизнедеятельности организма. 99% этого макроэлемента приходится на костные ткани, 1% локализуется в крови, лимфе, тканевой жидкости. Кроме того, кальций содержится в значительном количестве в слюне, обеспечивая нормальное функционирование всех процессов в полости рта. Вместе с тем, определение его количества в слюне представляет интерес в изучении многих физиологических и патологических состояний, что указывает на актуальность нашей работы.

Цели и задачи. Целью работы являлась оценка влияния характера и рациональности питания на содержание кальция в слюне.

Поставленные задачи: провести анкетирование студентов; сформировать группы по характеру питания; определить содержание кальция слюны в каждой группе учесть результаты и сделать выводы.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили образцы слюны студентов 2 курса Оренбургского государственного медицинского университета. Предварительно, после проведенного анкетирования, были сформированы группы обследуемых:

Группа № 1: Лица с трех-; четырехразовым питанием; с рациональным качественным и количественным составом пищи; употреблявшие за последние два часа продукты с высоким содержанием кальция (> 200 мг).

Группа № 2: Лица с трех-; четырехразовым питанием; с рациональным качественным и количественным составом пищи; не употреблявшие за последние два часа продукты с высоким содержанием кальция (< 200 мг).

Группа № 3: Лица с двух-; трехразовым питанием; с нерациональным качественным и количественным составом пищи; не употреблявшие за последние два часа продукты с высоким содержанием кальция (< 100 мг).

После забора материала в каждой исследуемой группе был осуществлен анализ по определению содержания кальция в биологическом материале с помощью набора химических реактивов Био La Che Ma Тест.

Метод основан на способности кальция образовывать с глиоксаль-бис (2-оксианилом) в щелочной среде комплекс красного цвета, который определяют фотометрически.

Результаты. В результате исследования у обследуемых первой группы с трех-; четырехразовым питанием; с рациональным качественным и количественным составом пищи; употреблявших за последние два часа продукты с высоким содержанием кальция (> 200 мг) средний уровень кальция в слюне составляет 2.96 ммоль/л. У исследуемых второй группы средний уровень кальция в слюне составляет 2.14 ммоль/л. У представителей третьей группы с двух-; трехразовым питанием; с нерациональным качественным и количественным составом пищи; не употреблявшие за последние два часа продукты с высоким содержанием кальция (< 100 мг) средний уровень кальция в слюне 1.57 ммоль/л.

Вывод. Таким образом, характер питания влияет на содержание общего кальция слюны, при этом рациональный режим питания, хороший качественный и количественный состав пищи, а также употребление продуктов, богатых кальцием повышает уровень кальция в слюне. Из этого

следует, что при патологиях различной этиологии, а так же при сниженном содержании кальция в организме, необходимо рационализировать свой режим питания и включить в рацион большее количество кальцийсодержащих продуктов.

ПОСТ-ПРОЦЕССИНГ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ ФОКАЛЬНЫХ КОРТИКАЛЬНЫХ ДИСПЛАЗИЙ

Абрамова А.А., клинический ординатор

Руководитель: Кремнева Е.И., к.м.н., научный сотрудник отделения лучевой
диагностики

ФГБНУ «Научный центр неврологии», г. Москва

Фокальные кортикальные дисплазии (ФКД) представляют собой группу гетерогенных пороков развития коры головного мозга, являющихся одной из наиболее частых причин рефрактерной эпилепсии. Магнитно-резонансная терапия считается эталонным методом диагностики ФКД; другие более сложные и дорогостоящие методы (ПЭТ с 18-фтордезоксиглюкозой, магнитоэнцефалография, интракраниальная ЭЭГ) могут иметь важное диагностическое значение для диагностики МР-негативной эпилепсии. В то время как большие очаги нарушения корковой архитектоники не вызывают затруднений при визуальном анализе МРТ специалистами лучевой диагностики, небольшие участки порой остаются незамеченными.

Метод пост-обработки, или пост-процессинга МРТ включает в себя совокупность методов компьютерной обработки и анализа МР-сигнала для улучшения визуализации той или иной патологии. В последние годы было представлено несколько различных алгоритмов обработки изображений МРТ для поиска ФКД, основанных на методах статистического параметрического

картирования, машинного обучения и других методов, призванных облегчить визуализацию небольших участков ФКД.

Целью исследования: явилась оценка возможностей пост-процессинга МРТ в диагностике фокальных кортикальных дисплазий.

Материалы и методы. Нами использован метод морфометрического анализа (Morphometric Analysis Program) на основе программного пакета SPM12 (Statistical Parametric Mapping, статистическое параметрическое картирование) среды MATLAB, предложенный Н.Ж.Хуппертц в 2008 году. Для анализа использовалась 3D-серия MPRAGE, полученная на томографе Siemens Magnetom 1,5T. Результатом обработки являлись два трехмерных изображения/карты: *junction image*, соответствующая регионами размытия границы между белым и серым веществом, и *extension image*, отображающая области аномально расположенного серого вещества.

Метод пост-процессинга был применен к МРТ восемнадцати пациентов с криптогенной эпилепсией, в чьем случае при рутинном визуальном анализе МРТ патологии выявлено не было. Средний возраст участников исследования $31,3 \pm 6,9$ лет, 56% (10 человек) составляли женщины. У девяти на рутинной скальповой электроэнцефалограмме было выявлено фокальное замедление.

Результаты. У 11 из 18 пациентов на обеих 3D-картах были выявлены области повышенного сигнала, свидетельствовавшие в пользу эктопированного серого вещества; у 7 из них локализация предполагаемой ФКД совпадала с имеющимися данными о фокальном замедлении на ЭЭГ. После получения результатов пост-процессинга оригинальные изображения были пересмотрены специалистами лучевой диагностики; в 9 случаях из 11 был подтвержден диагноз ФКД после тщательного исследования подозрительной области в различных режимах (T1 MPRAGE и FLAIR).

Заключение. Так как небольшие фокальные кортикальные дисплазии часто являются причиной криптогенной фокальной эпилепсии, в оценке МРТ

таких пациентов необходимо обращать особое внимание на возможное наличие признаков фокальных ФКД. Алгоритм обработки МРТ, основанный на морфометрическом анализе, может быть удобным вспомогательным инструментом в практике врача лучевой диагностики, акцентируя его внимание на областях головного мозга, подозрительных на наличие фокальных кортикальных дисплазий.

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕРМОГРАФИЯ – СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ

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

Руководитель: Куликов А.Г., д.м.н., проф., зав.кафедрой физической терапии, спортивной медицины и медицинской реабилитации,
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Медицинская термография – это метод обследования пациентов с помощью специального прибора – тепловизора, позволяющего улавливать инфракрасное излучение и преобразовывать его в изображение – термограмму, которая регистрирует распределение тепла на поверхности тела. Этот вид диагностики позволяет оценивать функциональные изменения в динамике, то есть следить за изменениями при первичном обследовании и непосредственно в течение проводимого лечения.

Цель исследования: оценить возможности современной инфракрасной термографии при патологии ОДА.

Материалы и методы исследования. Обобщен опыт применения ИКТ 82 больных в возрасте 52-80 лет, проходивших курс восстановительного лечения по поводу остеохондроза пояснично-крестцового отдела

позвоночника 36 больных (у 18 (50%) из них отмечались явления люмбоишалгии) и остеоартроза суставов нижних конечностей – 56 больных (из них у 42 пациентов (75%) – гонартоз).

При исследовании в обязательном порядке соблюдали следующие условия: 1) кабинет защищен шторами от солнечных лучей; 2) минимум за сутки до исследования отменяли все физиотерапевтические процедуры, массаж; 3) пациент в течение 10-15 мин. с обнаженной областью исследования адаптировался к температуре окружающего воздуха. После регистрации изображения, ориентируясь на общепринятые правила обработки термограмм, проводили качественный и количественный его анализ.

Результаты. У больных, страдавших остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника, помимо зон патологической гипертермии в пояснично-крестцовой области, при наличии корешкового синдрома и люмбоишалгии выявлялись термографические признаки нейродистрофических расстройств нижних конечностей. Это проявлялось в уменьшении эмиссии ИК излучения в зонах, иннервируемых страдающими нервными стволами. При одностороннем поражении отчетливо выявлялась термоасимметрия конечностей. Температурный градиент в данном случае, в зависимости от выраженности болевого синдрома и степени поражения корешка, составлял $0,8-2,0^{\circ}\text{C}$. Возможность метода ИКТ «визуализировать» боль в значительной степени позволяла объективизировать наличие и выраженность болевого синдрома при люмбоишалгии, т.к. при купировании боли териография конечности нормализовалась. При корешковых синдромах патологическая гипотермия конечности была значительно более стойкая.

При наличии воспалительного процесса коленного сустава выявлялись очаговые зоны патологической гипертермии в области кожной проекции передней, передне-медиальной и передне-латеральной поверхности сустава (температурный градиент – $1,0-2,5^{\circ}\text{C}$). Термография таких больных в

процессе восстановительного лечения показала, что в большинстве случаев, субъективно нормализация наступает раньше, чем показатели ИКТ возвращаются к норме. Это позволяет диагностировать остаточные явления воспалительного процесса в суставе и, при необходимости, продолжить реабилитацию.

Выводы. Полученные при термографических исследованиях данные по своей направленности совпадают с динамикой клинических показателей у пациентов, что свидетельствует о высокой информативности и объективности метода дистанционной инфракрасной термографии в оценке эффективности физиотерапевтического лечения пациентов с патологией опорно-двигательного. Применение ИКТ абсолютно безопасно для здоровья пациента и врача, дистанционно, неинвазивно.

ТЕРАГЕРЦЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

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

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Терагерцевая терапия (ТГЧ- терапия) является относительно новым, но весьма перспективным методом физиотерапевтического воздействия. Терагерцевое излучение охватывает широкий диапазон спектра электромагнитного излучения между 100 ГГц и 30 ТГц (длина волны излучения колеблется в диапазоне от 0,9 мкм до 1000 мкм). В настоящее время данный вид излучения имеет большой интерес. Это связано с тем, что большинство важнейших биохимических реакций в человеческом организме может быть оптически стимулировано именно в этом частотном интервале

электромагнитного излучения.

Цель исследования. Изучить влияние ТГЧ - терапии на течение гонартроза.

Материалы и методы. Исследование проводилось у 48 больных гонартрозом II-III ст. в возрасте 40-75 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую (основную) группу вошли 24 человека, которые получали терагерцевое излучение дополнительно к основному комплексу реабилитационных мероприятий. Во второй группе (контрольной) включено 24 человека, которые получали только базисную терапию: занятия ЛФК, массаж, спелеокамера. Процедуры ТГЧ - терапии проводились установкой с керамическим покрытием излучателя «ЭМИР» модель СТ. Курс лечения состоял из 10 процедур, продолжительностью воздействия 15 мин.

Для оценки эффективности данного метода использовали термограф-тепловизор портативный компании «Иртис». При исследовании в обязательном порядке соблюдали следующие условия: 1) кабинет защищен шторами от солнечных лучей; 2) исследование проводилось при поступлении до назначения реабилитационных мероприятий; 3) пациент в течение 10-15 мин. с обнаженными нижними конечностями адаптировался к температуре окружающего воздуха. После регистрации изображения, ориентируясь на общепринятые правила обработки термограмм, проводили качественный и количественный его анализ.

Результаты. Пациенты основной группы после 5-6 процедур ТГЧ - терапии стали отмечать уменьшение интенсивности болевого синдрома, а по окончании курса терапии 42 человека (87,5 %) отметили его купирование. После курса лечения было зафиксировано достоверное увеличение амплитуды движений в коленных суставах.

Термографические данные также свидетельствовали о положительном влиянии терагерцевого излучения, а именно уменьшение размера термографической картины очага и интенсивности воспаления в коленном

суставе. Необходимо продолжить изучение влияния ТГЧ-терапии на течение гонартроза.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МАКУЛЯРНОГО РАЗРЫВА С ПРИМЕНЕНИЕМ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ КРОВИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Айларова А.К, Магомедов Ш.А., аспиранты кафедры офтальмологии,

Исаев А.Р., ординатор кафедры офтальмологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Макулярный разрыв – это состояние, при котором возникает разрыв слоев сетчатки в центральной зоне. Причина образования разрыва макулярной зоны сетчатки в основном связана с изменениями стекловидного тела. В настоящее время «золотым стандартом» хирургического лечения идиопатического макулярного разрыва является витрэктомия с удалением ВПМ. Лечение пациентов с макулярным разрывом является актуальной проблемой современной офтальмологии. Частота данной патологии составляет 3,3 случая на 1000 у людей старше 55 лет. Одним из перспективных направлений в хирургии макулярных разрывов явилась методика с применением в ходе операции аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами (PRP -Plateletrichplasma).

Цель исследования: описать клинический случай хирургического лечения макулярного разрыва с применением богатой тромбоцитами плазмы крови.

Материал и методы. Пациентка Д., 77 лет на приеме в КДЦ фил.№1 им. С.П.Боткина выставлен диагноз OS: Сквозной макулярный разрыв IV стадии по Gass.

Результаты. Пациентка Д., проведено стандартное диагностическое обследование: Vis OS=0,05 эксц н\к, ВГД OS = 12 (пневмо), КЧСМ =35 Гц. По данным ОКТ ML OS: Фовеолярный контур деформирован- на фоне выраженного кистозного интравитреального отека и ЭРФ сквозной макулярный разрыв размерами: верхний диаметр=694 мкм, нижний диаметр=2037 мкм, толщина по краю разрыва=519\496 мкм. Пациентке выполнена стандартная 3х портовая витрэктомия с пилингом ВПМ, затем замещением витреальной полости на воздух, и в проекции разрыва вводилась аутоплазма+ ФЭК+ИОЛ.(10.04.2017г). Течение раннего послеоперационного периода без осложнений, с полным соблюдением рекомендаций и вынужденного положения «лицом вниз» в течение 3-5 дней. Период наблюдения составил 9 месяцев. При динамическом осмотре через 2 месяца: Vis OS=0,1 sph-0,75=0,3, ВГД OS= 13 mmHg. На ОКТ ML OS: Фовеолярный контур истончен, края разрыва адаптированы, толщина сетчатки в fovea=81мкм. Через 6 мес: Vis OS=0,1 sph-0,75=0,4, ВГД OS= 11 mmHg. На ОКТ ML OS: Фовеолярный контур истончен, края разрыва адаптированы, толщина сетчатки в fovea=85мкм. На данный момент Vis OS=0,1 sph-1,25=0,6, ВГД OS= 8 mmHg. На ОКТ ML OS: Фовеолярный контур углублен- за счет деструктивных изменений на уровне всех слоев, края разрыва адаптированы, интравитреальный отек, толщина сетчатки в fovea=90мкм.

Заключение. Данный опыт свидетельствует о том, что PRP является не дорогим, безопасным и доступным источником аутологических факторов роста, других биологически активных веществ, нанесение которых на поверхность поврежденных органов и тканей в виде «клея» позволяет добиться анатомического и функционального результата. Традиционно принятые нормативы хирургического лечения макулярного разрыва предполагают курацию пациентов с диаметром до 800-900 мкм, однако наш опыт на основе хирургического лечения 40 пациентов с разрывами 1000-2000

мкм показывает положительные результаты в плане анатомической и функциональной реабилитации. Несмотря на все достижения витреомакулярной хирургии, актуальность проблемы не до конца изучена и поиск оптимального способа хирургического лечения продолжается.

ЭКССУДАТИВНАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ, ОСЛОЖНИВШАЯСЯ ВТОРИЧНОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С РАЗВИТИЕМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ И РЕАКТИВАЦИЕЙ ЦМВИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

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

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

Заплатников А.Л., д. м. н. проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель: представить редкое, тяжелое заболевание (на 28.02.2018 в мире описано не более 200 случаев экссудативной энтеропатии) и отразить современные возможности его диагностики и успешного лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ истории болезни ребенка А. (мальчик, возраст на момент дебюта заболевания – 5 мес.), находившегося на лечении в ДГКБ им. З.А.Башляевой ДЗМ по поводу экссудативной энтеропатии, осложнившейся вторичной иммунной недостаточностью с развитием генерализованной бактериальной инфекцией и реактивацией ЦМВИ. Особое внимание обращали на клинические особенности, характерные лабораторные и эндоскопические изменения, а также типичные гистологические признаки, позволяющие своевременно верифицировать причины заболевания и назначить адекватную терапию.

Результаты. Анализ истории болезни позволил констатировать, что клиника экссудативной энтеропатии у ребенка 5 месяцев жизни развивалась после перенесенной ротавирусной инфекции и проявилась интоксикацией, генерализованной вирусно-бактериальной инфекцией, диареей, электролитными нарушениями и отечным синдромом. Было установлено, что в основе последнего лежит тяжелая гипопроотеинемия (общий белок - 25,8 г/л, альбумин - 14 г/л), развившаяся из-за поражения кишечника с патологической потерей белка (альфа-1-антитрипсин в кале >2500 мг/л). При этом были исключены первичные энтеропатии, воспалительные заболевания кишечника, паразитарные и специфические инфекции. Параллельно проводился поиск причин тяжелой иммунной недостаточности (IgG - 0,736 г/л, лимфоциты – $0,42 \times 10^9$ /л). Были исключены синдромы первичного иммунодефицита (XLHG, SCID, IPEX-синдром и др.) и СПИД. Установлен вторичный генез иммунной недостаточности, в основе которого лежала патологическая потеря лимфоцитов и иммуноглобулинов из пораженного кишечника. Развитие иммунодефицита осложнилось тяжелой генерализованной (прокальцитонин - 29,92 нг/мл, СРБ - 78,8), смешанной, бактериальной (*Staphylococcus aureus* + *Klebsiella pneumonia* + *Stenotrophomonas maltophilia*) инфекцией и реактивацией ЦМВИ (ДНК ЦМВ в крови - $3,2 \times 10^3$ и моче - $9,9 \times 10^5$). Следует отметить, что этиопатогенетическое лечение (комбинированная антибиотикотерапия, ганцикловир, внутривенный анти-ЦМВ-иммуноглобулин, заместительная терапия альбумином и стандартным внутривенным иммуноглобулином, парентеральное питание с последующим переходом на энтеральное использование лечебных смесей и т.д.) проводилось одновременно с диагностическим поиском причин заболевания. Благодаря своевременной верификации этиологических факторов и адекватной терапии состояние ребенка удалось стабилизировать, а в дальнейшем полностью купировать патологические проявления.

Выводы. Алгоритм верификации причин экссудативной энтеропатии включает целый ряд диагностических направлений, позволяющих исключить различные врожденные (пороки развития лимфатических сосудов, первичные энтеропатии, синдромальная патология) и приобретенные (паразитарные, инфекционные, воспалительные) поражения кишечника. Своевременная диагностика заболевания и адекватная терапия позволяют добиться благоприятного исхода.

**ПОКАЗАТЕЛИ ВИТАМИН-К-ЗАВИСИМЫХ ПАРАМЕТРОВ
КОАГУЛОГРАММЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ,
НАХОДЯЩИХСЯ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ**

Айсанова М.Р., клинический ординатор кафедры педиатрии с курсом
поликлинической педиатрии им. академика Г.Н. Сперанского,
Ядидеева И.А., клинический ординатор кафедры педиатрии с курсом
поликлинической педиатрии им. академика Г.Н. Сперанского
Руководитель: Заплатников А.Л., д.м.н., профессор
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: изучить особенности коагулограммы у детей первых месяцев жизни, вскармливаемых исключительно материнским молоком, и не имеющих других факторов риска развития витамин К-дефицитного состояния.

Материалы и методы. Проведен анализ показателей коагулограммы у детей первых месяцев жизни (возраст - от 21 до 80 дней жизни, средний возраст – $43,51 \pm 1,69$ дня), находящихся исключительно на грудном вскармливании и не имеющих других факторов риска развития витамин К-дефицитного состояния. На момент обследования геморрагических проявлений у детей выявлено не было. Состояние гемостаза определяли,

исследуя пробы венозной крови, с помощью автоматического анализатора-коагулометра Sysmex CA-500, используя клоттинговые, хромогенные и иммунологические методы. Лабораторными критериями витамин К-дефицитного состояния считали одновременное снижение протромбинового индекса (ПТИ), повышение международного нормализованного отношения (МНО) и удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) при нормативных значениях тромбинового времени (ТВ).

Результаты. Анализ полученных данных показал, что в целом изучаемые показатели в обследованной группе детей имели нормативные значения и были представлены следующим образом: ПТИ – $91,56 \pm 2,67\%$; МНО – $1,04 \pm 0,01$; АЧТВ – $41,00 \pm 0,92$ сек; ТВ – $19,26 \pm 0,90$ сек. В то же время следует отметить, что изменения значений витамин-К-зависимых параметров коагулограммы были выявлены у 8 из 53 обследованных детей (15,1%). При этом у детей, у которых имели место лабораторные признаки витамин К-дефицитного состояния, значения исследуемых параметров существенно отличались от среднегрупповых: ПТИ – $67,60 \pm 1,16\%$; МНО – $1,20 \pm 0,02$; АЧТВ – $46,87 \pm 2,60$ сек. В то время как ТВ у них было, практически, идентично среднегрупповому уровню ($18,86 \pm 1,13$ сек) и соответствовало нормативным значениям. При этом отмечено, что в подавляющем большинстве случаев дельта значений витамин К-зависимых показателей коагулограммы по сравнению с границей нормы не превышала 7-10%, что, вероятно, и определяло отсутствие геморрагических проявлений на момент обследования.

Выводы. Установлено, что у 15,1% детей первых месяцев жизни, вскармливаемых исключительно материнским молоком, выявляются изменения в коагулограмме, свидетельствующие о снижении активности витамин К-зависимых факторов свертывания, что может быть ранним (доклиническим) признаком развития витамин К-дефицитного состояния. Это позволяет рассматривать вскармливание детей исключительно

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

НАШ ОПЫТ УДАЛЕНИЯ ЭПИМАКУЛЯРНЫХ МЕМБРАН БЕЗ ВИТРЭКТОМИИ

Алипов Д.Г., аспирант кафедры офтальмологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение: Эпимакулярный фиброз – заболевание центральной зоны сетчатки, при котором над макулой образуется аваскулярное образование, эпимакулярная мембрана, что приводит к различным нарушениям зрения. Данное заболевание лечится только хирургически, существует несколько подходов. Один из них, удаление мембраны без витрэктомии, характеризуется неоднозначными результатами по данным литературы. Далее будут приведены результаты нашего опыта удаления эпимакулярных мембран без витрэктомии.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности удаления эпимакулярной мембраны без витрэктомии.

Пациенты и методы. Всего в группу исследования было включено 20 пациентов (20 глаз). Критериями включения являлись эпимакулярный фиброз без выраженного витреомакулярного тракционного синдрома, а также относительная прозрачность оптических сред глаза. Критериями исключения стали сквозные макулярные разрывы любых стадий, любые формы глаукомы, острой сосудистой патологии сетчатки, диабетической

ретинопатии, а также отслойки сетчатки, воспалительные процессы, операции, травмы глаз в анамнезе.

Проводился контроль остроты зрения, внутриглазного давления, толщины сетчатки в центральной зоне, а также толщины слоя нервных волокон сетчатки в различных секторах. Светочувствительности макулярной зоны сетчатки определялась при помощи микропериметра Maia, а периферических зон при помощи компьютерного периметра Humphrey. Пациенты обследованы до операции, а также через 1, 3, 6 и 12 месяцев после операции. Ход хирургического вмешательства - установка двух 25G портов, удаление ЭРМ единым блоком с ВПМ, без окрашивания.

Результаты. Средний возраст пациентов в исследуемой группе составил $67,7 \pm 11,4$ лет. Достоверность межгрупповых различий в конце периода наблюдения (через 12 месяцев) оценивалась по разности между конечными и исходными значениями. У 6 пациентов из 20 был зафиксирован рецидив мембраны в сроки от 3 до 6 месяцев. Данное осложнение по всей видимости может быть связано с неполным удалением внутренней пограничной мембраны при удалении эпимакулярной мембраны единым блоком с ней и при отсутствии окрашивания.

Статистически значимое увеличение остроты зрения было зафиксировано уже через месяц (0,378 против 0,286 до вмешательства, $p = 0,041$), и в дальнейшем значение данного показателя продолжило нарастать, достигнув к концу периода наблюдения величины 0,63 (динамика за 12 месяцев $+0,344$). Светочувствительность макулы возросла за 12 месяцев на 2,21 дБ, порог статистической значимости был преодолен в последних двух точках ($p = 0,008$). Толщина сетчатки прогрессивно снижалась в течение всего периода наблюдения (с 462,4 мкм исходно до 363,9 мкм через 12 месяцев, $p = 0,01$). Изменения других показателей были незначимыми.

Выводы. Удаление эпимакулярной мембраны без витрэктомии эффективно (значительный рост остроты зрения, улучшение

светочувствительности центральной зоны сетчатки, снижение толщины сетчатки), не оказывает негативного влияния на светочувствительность периферической сетчатки и внутриглазное давление, однако сопряжено с высокой частотой рецидивирования, что связано со сложностью выполнения и в значительной степени ограничивает применение данного метода.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА: КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА

Амергулов И.И., студент лечебного факультета

Руководитель: Моргунова Т.Б., к.м.н., доц. кафедры эндокринологии №1
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва

Цель исследования: определить факторы, влияющие на уровень HbA_{1c} ; изучить тенденцию и возможные механизмы изменения уровня HbA_{1c} для каждого фактора.

Материалы и методы. Анализ литературы.

Результаты. Факторы, способствующие завышению уровня HbA_{1c} :

1. Железо-, B_{12} -дефицитная анемия (снижен эритропоэз; уменьшено количество молодых эритроцитов в кровотоке).
2. Почечная недостаточность (при уремии образуется карбамоилированный гемоглобин, завышающий показатели HbA_{1c} при использовании метода катионообменной хроматографии; в результате хронической почечной недостаточности снижается образование эритропоэтина, что приводит к анемии).

3. Курение (возможные механизмы: вследствие инсулинорезистентности на фоне курения; за счет снижения секреции инсулина; путем увеличения поступления глюкозы через мембрану эритроцита).
4. Старение (возможные механизмы: снижение функции почек, прием ряда лекарственных препаратов и т.п.).
5. Лекарственные средства и биологически активные добавки (аспирин в высоких дозах – при использовании метода катионообменной хроматографии; витамин С – при использовании электрофореза).

Факторы, способствующие занижению уровня HbA_{1c}:

1. Гемоглобинопатии (Hb S, Hb E, Hb C, Hb D – при использовании катионообменной хроматографии; Hb F при использовании иммуноферментных методов).
2. Состояния, укорачивающие продолжительность жизни эритроцитов (кровотечения, гемолитические анемии, гиперспленизм).
3. Печёночная недостаточность (кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, гиперспленизм на фоне портальной гипертензии).
4. Употребление алкоголя (подавление глюконеогенеза и снижение уровня глюкозы плазмы; при тяжёлом алкоголизме - нарушение всасывания веществ в ЖКТ, поражение печени, спленомегалия и, как следствие, уменьшение продолжительности жизни эритроцитов).
5. Беременность (с 6 – 10-й недели глюкоза плазмы натощак снижается; укорочение срока жизни эритроцитов).
6. Лекарственные средства и биологически активные добавки (аспирин в невысоких дозах и витамины С и Е снижают процессы гликирования; антиретровирусные препараты, рибавирин, интерферон α , дапсон, котримоксазол могут вызывать гемолиз; гидроксимочевина уменьшает HbA и увеличивает HbF).

Выводы. В клинической практике следует учитывать наличие ряда факторов, которые могут изменять уровень HbA_{1c}, и при необходимости в

подобных ситуациях использовать другие методы диагностики нарушений углеводного обмена, такие как определение глюкозы плазмы, фруктозамина.

ВЛИЯНИЕ РАННИХ НЕОНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Анурьев А.М., ординатор кафедры анестезиологии и реаниматологии

Руководитель: Горбачев В.И., д.м.н., проф.

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Иркутск

Неонатальное гипоксическое поражение головного мозга остается основной причиной высокой смертности и пожизненной заболеваемости новорожденных детей. В настоящее время достаточно подробно изучается патогенез, клиническая картина и диагностика ишемических расстройств, при этом меньше внимания уделяется профилактики данных состояний.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости ишемического и геморрагического поражения головного мозга у недоношенных новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) при рождении и оценить влияние ранних неонатальных факторов риска на исход заболевания.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 176 историй болезни недоношенных новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ при рождении. Основным критерием включения в исследование послужило наличие у детей повреждения головного мозга геморрагического и/или ишемического характера. Были отобраны 42 ребенка, из них внутричерепные кровоизлияния 2-3 степени наблюдались у 34 детей, ишемия тяжелой степени у 8 детей. Кроме того, оценивались факторы риска, которые могли быть причиной

церебрального повреждения и неблагоприятного исхода: наличие гемодинамически значимого функционирующего артериального протока (ГЗ ФАП) и тяжелая асфиксия в родах.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью прикладных программ STATISTICA v.6.0 for Windows. Анализ статистической значимости различий качественных признаков проведен с помощью двустороннего точного критерия Фишера. За уровень статистической значимости принят $p < 0,05$.

Результаты исследования. Частота церебрального повреждения среди недоношенных новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ при рождении составила 23,5%, при этом внутричерепные кровоизлияния встречались в 80,9%. Летальный исход наблюдался у 14 детей, что составило 33,3%. ГЗ ФАП был обнаружен у 50% умерших детей, тогда как у выживших данное состояние диагностировано лишь у 20%. Тяжелая асфиксия при рождении встречалась у 30% недоношенных детей с летальным исходом и у 3,6% выживших. При проведении респираторной терапии умершим пациентам требовалось более высокое процентное содержание кислорода во вдыхаемой смеси, составившее в среднем $76,8 \pm 4,9\%$, в сравнении с $54,6 \pm 6,1\%$ у выживших. У умерших детей при проведении искусственной вентиляции легких были зарегистрированы более высокие значения пикового давления – $23,8 \pm 2,3$ в сравнении с $18,3 \pm 2,9$ см H_2O у выживших. У детей с летальным исходом чаще приходилось использовать высокие дозы кардиотонических препаратов: дозы дофамина у этих детей составили $10,2 \pm 2,8$ мкг/кг/мин, при этом у выживших – $7,1 \pm 1,8$ мкг/кг/мин.

Выводы:

1. Частота ишемических и геморрагических поражений головного мозга недоношенных новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ при рождении составила 23,5%, при этом, летальный исход наблюдался у 33%

недоношенных. В структуре летального исхода кровоизлияния встречались в 5 раз чаще ишемии.

2. ГЗ ФАП и тяжелая асфиксия при рождении достоверно коррелировали с летальным исходом.

НОВЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Анциферова Е.Ю., студентка 5 курса лечебного факультета, Страхова Н.В., доц. кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики, к.м.н.,

Добрынина И.С., доцент кафедры поликлинической терапии и общей

врачебной практики, к.м.н., Шевцова В.И., ассистент кафедры

поликлинической терапии и общей врачебной практики

Руководитель: Зуйкова А.А., д.м.н., проф.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет

имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж

Цель исследования: оценить возможность применения метода объемной компрессионной осциллометрии (ОКО) в общей врачебной практике для определения скорости пульсовой волны (СПВ) в качестве скринингового показателя жесткости сосудов у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. На базе БУЗ ВО "Городская поликлиника №8" проведено обследование 470 больных артериальной гипертензией, в том числе 314 женщин (66,8%) в возрасте от 40 до 86 лет (средний возраст $59,2 \pm 11,1$) и 156 лиц мужского пола (33,2%) в возрасте от 40 до 91 года (средний возраст $60,8 \pm 10,9$). Дизайн исследования предполагал последовательное выявление изменений СПВ, определяемой методом ОКО, при наличии

различных факторов риска и ассоциированных клинических состояний. В рамках этого плана исследования были сформированы группы сравнения. Для оценки изолированного влияния каждого фактора риска на СПВ из общего числа обследованных пациентов были выделены больные АГ, имевшие только один интересующий фактор риска (всего 168 человек 35,7% обследованных): группы (1-6). Кроме того, были выделены группы пациентов с ассоциированными клиническими состояниями (стабильной стенокардии напряжения (СтСтен), инфаркта миокарда в анамнезе (ИМ), цереброваскулярной болезни (ЦВБ, мозгового инсульта в анамнезе), хронической сердечной недостаточности) и сахарным диабетом - группы (7-11). Контрольную группу составили 30 больных АГ (6,4% обследованных), не имевших факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний, в том числе 19 женщин и 11 мужчин в возрасте от 40 до 71 года, средний возраст $46,8 \pm 5,9$ лет. Статистическая обработка проводилась с помощью SPSS Statistics 17.0.

Результаты. При сравнительном анализе значений СПВ, полученных при обследовании пациентов КГ и групп больных АГ с наличием факторов риска и сахарного диабета 2 типа (группы №1 – 7), было выявлено, что наименьшее ее повышение произошло у больных АГ с абдоминальным ожирением (8,2%), примерно одинаковое при дислипидемии, гипергликемии натощак и метаболическом синдроме (15,5%, 16,9% и 15,7% соответственно) и наиболее выраженное увеличение СПВ было определено у больных АГ в сочетании с сахарным диабетом (28,4%). При наличии ассоциированных клинических состояний (группы больных №8 – 11) СПВ оказалась на 100 см/сек больше, чем в КГ. При всех изучаемых сердечно-сосудистых заболеваниях СПВ была на 15,8% - 22,5% ($p < 0,001$) выше, чем у больных АГ без осложнений, составивших КГ.

Выводы. При всех изучаемых ассоциированных клинических состояниях произошло достоверное увеличение СПВ более чем на 100

см/сек. Выявленные изменения СПВ ОКО при наличии факторов риска и осложнений АГ с учетом данных литературы позволяют считать эти изменения следствием повышения жесткости сосудистой системы. Таким образом, требуются дальнейшие исследования прогностической значимости СПВ, определяемой методом ОКО в режиме скринингового обследования.

ТЕСТ 3-КТ В ОЦЕНКЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ У ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Арефьева А.П, ординатор кафедры неврологии, Васенина Е.Е., к.м.н., доцент
кафедры неврологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Стандартное нейропсихологическое обследование пациента с когнитивными нарушениями в среднем занимает около 30 минут. Использование более короткого и более информативного теста могло бы значительно сократить затрачиваемое время.

Целью исследования было выявление нейропсихологических особенностей у пациентов с различными нейродегенеративными заболеваниями и сосудистой патологией головного мозга, протекающими с нарушениями памяти, при помощи теста 3-КТ («три когнитивных теста»).

Материалы и методы. В исследование включены 127 пациентов Центра экстрапирамидных заболеваний с наиболее распространенными патологиями, ведущей чертой которых является прогрессирующее ухудшение когнитивных функций – с болезнью Альцгеймера, дисциркуляторной энцефалопатией и деменцией с тельцами Леви. Средний возраст больных составил $71,3 \pm 8,1$ лет в диапазоне от 50 до 85 лет. У всех пациентов были определены степень когнитивных нарушений по шкале

MMSE и нейропсихологический профиль с помощью теста 3-КТ. Результаты были оценены в программе Statistica 6.

Результаты. Амнестический профиль чаще сочетается с болезнью Альцгеймера, в то время как дизрегуляторный и смешанный профили одинаково часто встречаются при дисциркуляторной энцефалопатии и деменции с тельцами Леви ($p < 0.05$). Отклонения при выполнении теста рисования часов достоверно свидетельствовали о наличии когнитивных нарушений ($p < 0.05$). Снижение количества семантически опосредованных ассоциаций менее 12 слов соответствовало грубым когнитивным нарушениям, особенно у пациентов с амнестическим профилем ($p < 0.05$). Снижение фонетической речевой активности менее 8 слов также достоверно коррелировало с выраженными когнитивными нарушениями, чаще сочетаясь с дизрегуляторным профилем ($p < 0.05$).

Выводы. Тест 3-КТ позволяет определить не только профиль когнитивных нарушений, но и степень выраженности когнитивного дефицита у больного, значительно сокращая время на обследование пациента. Таким образом, тест 3-КТ может быть рекомендован для использования в качестве первого (скринингового) этапа диагностики деменции, как в условиях стационара, так и в условиях поликлиники.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ПЕРИТОНИТА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ГЕНЕЗА

Арутюнян А.С.², ординатор кафедры неотложной и общей хирургии

Руководитель: Левитский В.Д.¹, старший научный сотрудник, к.м.н., врач-хирург

¹ ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, г. Москва

² ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Среди urgentных больных хирургического профиля, количество пациентов с острым аппендицитом составляет около 20%. На долю острого аппендицита приходится от 50 до 75% всех экстренных абдоминальных операций. Острый аппендицит является причиной перитонита в 30-65% наблюдений и это значительно ухудшает прогноз исхода заболевания (летальность при неосложненном остром аппендиците после оперативного вмешательства от 0,06% до 0,1%, при таком осложнении как перитонит от 6,2% до 17,4%). Несмотря на активное развитие лапароскопической хирургии, при распространенном диффузном аппендикулярном перитоните многие хирурги до сих пор предпочитают «открытый» доступ – чаще всего нижнесрединная лапаротомия, с которой связаны такие осложнения после оперативного вмешательства, как инфильтрация и нагноение послеоперационной раны (до 12%), кишечная непроходимость, связанная с ранним спаечным процессом и парезом ЖКТ (до 1,2%), кишечные свищи (до 6%) и эвентрация (до 0,2%).

Материалы. За 2016 и 2017 гг. в НИИ СП имени Н.В. Склифосовского было пролечено 634 пациента с острым аппендицитом. Мужчин 451 (71,1%), женщин - 183 (28,9%). Средний возраст 44,5±17,6 лет (18-84 лет). В 156 (24,6%) случаях, острый аппендицит был осложнен различными формами перитонита. Из них лапароскопический метод был использован у 142 (91%). У 132 пациентов диагностическая лапароскопия перешла в лечебную, а у 10

(7%) - были установлены показания к лапаротомии. Использована классификация распространенности перитонита согласно рекомендациям РАСХИ (2017). Послеоперационные осложнения были оценены по классификации Clavien-Dindo (2004).

Результаты. Среди 132 больных, прооперированных из лапароскопического доступа, у 45 (34,1 %) был верифицирован распространенный перитонит: диффузный у 43 больных (32,6%), разлитой - у 2 (1,5%).

Продолжительность стационарного лечения у больных, оперированных из лапароскопического доступа, составила $7,9 \pm 3,7$ (4-23).

Послеоперационные осложнения выявлены у 4 пациентов (8,8%).

У двух больных с диффузной формой аппендикулярного перитонита (8,6%) внутрибрюшной абсцесс. Оба случая были разрешены с помощью дренирования под УЗ наведением с благоприятным исходом (IIIa тип), сроки госпитализации 10 и 12 суток.

При разлитой форме, послеоперационные осложнения были отмечены у обоих больных (100%), проявившиеся несостоятельностью культи червеобразного отростка у одного и ранней спаечной тонкокишечной непроходимостью у другого. Оба случая потребовали интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения (IV тип), сроки госпитализации составили 20 и 24 суток.

Летальных случаев после лапароскопической аппендэктомии не было.

Выводы. Использование лапароскопического доступа для лечения пациентов с острым аппендицитом, осложненным распространенным перитонитом, может быть с успехом использовано при лечении диффузных его форм. Однако при разлитом распространенном перитоните целесообразно выполнение лапаротомии.

ЭПИДУРАЛЬНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Арчаков М.У., ординатор 2-го года обучения кафедры анестезиологии,
реаниматологии и токсикологии детского возраста

Руководитель: Бабаев Б.Д., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Хирургические вмешательства на органах брюшной полости доминируют в общей структуре операций различных хирургических клиник. В современном развитии абдоминальной хирургии можно отметить что, значительно увеличилась доля операций, выполняемых с применением эндоскопической техники, позволяющей снизить их травматичность и сократить период послеоперационной реабилитации пациентов.

Боль – это один из основных факторов в развитии пареза кишечника и дискомфорта у больных с воспалительными поражениями брюшной полости. Проблема купирования боли у этой категории больных является первоочередным мероприятием. Традиционное использование только наркотических анальгетиков имеет ряд негативных моментов в виде угнетения кашлевого рефлекса, общего угнетающего эффекта за счет седации, подавлению моторики желудочно-кишечного тракта. Использование только ненаркотических анальгетиков не создает адекватной анальгезии. Говорить о преимуществах эпидурального обезболивание стало возможным после появления в клинике ропивакаина (наропина), который сразу же стал рассматриваться как местный анестетик выбора для послеоперационной анальгезии. Фармакокинетика наропина имеет почти идеальный профиль безопасности, кроме того, в концентрации 0,2% он обеспечивает дифференцированную блокаду (в большей степени сенсорную, в меньшей степени моторную), что

способствует ранней активизации пациентов. Кроме того, наропин обладает системным противовоспалительным эффектом.

Цель исследования: разработка оптимальной методики послеоперационного обезболивания у больных в абдоминальной хирургии у детей.

Материалы и методы. В реанимационном отделении ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗ г. Москвы за период 2017 года пролечено 200 больных с тяжелыми воспалительными поражениями брюшной полости, сопровождающимися выраженным болевым синдромом. Возраст больных от 1-го до 17 лет.

Выраженность болевого синдрома при поступлении оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ): нестерпимая боль (9-10 баллов), сильная боль (6-8 баллов), умеренная боль (4-5 баллов), слабая боль (2-3 балла), и нет боли (0-1 балл).

В условиях общей анестезии после обработки кожи антисептиком была произведена пункция и катетеризация эпидурального пространства на уровне L4-L5, L4-L5 межкостистого промежутка. Поиск пространства производился срединным доступом по методу утраты сопротивления. Эпидуральный катетер диаметром G16-20 введен свободно, на расстояние 4 см, проходим. Фиксирован пластырем в месте пункции, а также на спине по длине вдоль позвоночника без натяжения. Подпись с указанием даты и времени установки. В последующем после введения тест-доз раствора наропина на фоне стабильных показателей гемодинамики, было введено Sol.naropini 0,2%. Для послеоперационного обезболивания достаточно использовать 0,2% раствор наропина в дозе 0,1-0,2 мл/кг/ч (0,2-0,4 мг/кг/ч). Эффект развивался через 5-10 мин. Болевой синдром уменьшался, улучшалась перистальтика кишечника, восстанавливался адекватный кашлевой рефлекс с отхождением мокроты. Обезболивающий эффект сохранялся в течении всего периода времени. Во время эпидурального

обезболивания наропином, необходимости дополнительного введения обезболивающих препаратов не было. Катетер в основном удалили на 4- 5 сутки после операции. Надо отметить, что у 3% больных эпидуральное обезболивание оказалось недостаточно эффективным, что требовалось дополнительного обезболивание.

Выводы. Таким образом эпидуральное обезболивание раствором наропина является одним из эффективных методов обезболивания в абдоминальной хирургии у детей в послеоперационном периоде. Его достоинства состоят в отсутствии угнетения кашлевого рефлекса, общего угнетающего эффекта за счет седации и подавлению моторики желудочно-кишечного тракта.

ФАРМАКОГЕНЕТИКА МЕТОТРЕКСАТА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ: ПЕРСПЕКТИВЫ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ

Асоскова А.В., ординатор кафедры дерматовенерологии и косметологии

Руководители: Кубанов А.А., член-корр. РАН, д.м.н., проф.

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Псориаз относится к числу наиболее распространенных заболеваний кожи. Согласно данным эпидемиологических исследований, распространенность псориаза в мире колеблется от 0,6 до 5%, составляя в среднем 3%. В Российской Федерации в 2016 году распространенность псориаза составила 234,8 случая на 100000 всего населения. Препаратом выбора для системного лечения среднетяжелых и тяжелых форм псориаза является метотрексат. Метотрексат зарекомендовал себя как высокоэффективное лекарственное средство, однако, у многих пациентов на фоне лечения возникают нежелательные лекарственные реакции (НЛР). К

наиболее частым НЛР метотрексата относятся нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, нарушения со стороны обмена веществ, дыхательной и сердечно-сосудистой системы, нарушения со стороны крови и неврологические нарушения, тератогенный эффект, повышение риска инфекционных заболеваний.

По данным современных исследований для прогнозирования риска метотрексат-индуцированной токсичности необходимо учитывать индивидуальные особенности фармакокинетики и фармакодинамики метотрексата, которые определяются наличием полиморфизмов генов, кодирующих белки-переносчики метотрексата и ферменты его биотрансформации. Наличие значимых полиморфизмов генов, кодирующих белки, участвующие в процессах фармакокинетики и фармакодинамики препарата на 15-30 % определяют индивидуальные особенности ответа на фармакотерапию. Фармакогенетические исследования позволяют установить каким образом индивидуальные особенности генотипа пациентов оказывают влияние на безопасность лечения метотрексатом. Влияния однонуклеотидных полиморфизмов (ОНП) генов, ассоциированных с действием метотрексата, были изучены при лечении пациентов с псориазом, а также ревматоидным артритом и онкологическими заболеваниями.

Согласно данным фармакогенетических исследований, риск развития НЛР при лечении метотрексатом увеличивается при наличии полиморфизмов в генах SLC19A1, SLC46A1, ABCG2, ABCC1, SLCO1B1, кодирующих следующие белки-переносчики: переносчика фолиевой кислоты, протон-сопряженного переносчика, АТФ-связывающий кассетный транспортёры G2 и C1, белок-транспортёр органических анионов, соответственно. По данным литературы, у носителей аллеля G гена SLC19A1 в локусах rs7499 и rs1051266, аллеля A гена SLC19A1 в локусе rs2838956 и аллеля T гена SLCO1B1 в локусе rs4149056 риск возникновения НЛР со стороны желудочно-кишечного тракта возрастает в 9,5 раз по сравнению с

пациентами, не имеющих таких полиморфизмов. У носителей аллеля G гена SLC19A1 в положении rs7499, которые являются гомозготами по аллелю G гена SLC46A1 в положении rs2239907 и носителями аллеля T гена SLCO1B1 в локусе rs4149056, токсические явления метотрексата возникают в 18 раз чаще. Наличие полиморфизмов rs11075291, rs1967120, rs3784862, rs246240, rs3784864 и rs2238476 гена, кодирующего белок ABCC1 ассоциировано со значительным повышением риска развития гепатотоксичности и НЛР со стороны желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, значимую роль в индивидуальном ответе на лечение метотрексатом оказывают полиморфизмы генов, кодирующих его белки-переносчики и определяющие индивидуальные особенности фармакокинетики метотрексата. Фармакогенетические методы и персонализированный подход к лечению пациентов позволяют прогнозировать ответ на терапию и тяжесть токсических явлений при лечении метотрексатом.

СИНДРОМ ПИККАРДИ–ЛАССЮЭРА–ЛИТТЛА

Асоскова А.В., ординатор кафедры дерматовенерологии и косметологии

Каюмов К.В., ординатор кафедры дерматовенерологии и косметологии

Руководитель: Кубанов А.А., член-корреспондент РАН, д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Введение. Синдром Пиккарди–Лассюэра–Литтла – редкий дерматоз, для которого характерна триада симптомов: рубцовая алопеция волосистой части головы, фолликулярная форма красного плоского лишая, проявляющаяся папулезными фолликулярными высыпаниями на коже туловища и слизистых оболочек, а также нерубцовая алопеция подмышечной и лобковой области.

Однако, многие авторы отмечают, что зачастую вся триада синдрома не представлена одновременно, и заболевание проявляется наличием двух основных симптомов: фолликулярных папул, типичных для фолликулярной формы красного плоского лишая, и очагов псевдопеллады, существующих длительное время. При этом, выпадение волос в подмышечной и лобковой области может возникать через длительный временной промежуток.

Описание клинического случая: Пациентка К., 32 лет, обратилась с жалобами на выпадение волос в теменной области, которое продолжается в течение 8 месяцев. Выпадению волос предшествовал интенсивный зуд в теменной области. В настоящее время пациентка отмечает периодический зуд в затылочной области.

Лечилась амбулаторно с диагнозом «Андрогенная алопеция». В течение 7 месяцев топически наносила раствор миноксидила 5% ежедневно 2 раза в день. На фоне проводимого лечения выпадение волос продолжалось. Кроме того, пациентка отметила усиление роста волос по всему телу.

При осмотре: патологический процесс локализуется в теменной области волосистой части головы и на слизистой полости рта. На волосистой части головы наблюдаются очаги алопеции с нечеткими неровными границами, сливающимися между собой в очертание «листка клевера». В центре очага кожа атрофична, визуальнo отсутствуют протоки сальных и потовых желез, имеются единичные стержневые волосы по 1-2 из волосяного фолликула. По периферии патологического очага имеются единичные чешуйко-корки вокруг волосяных фолликулов. В центре очага наблюдаются пигментные пятна с синюшным оттенком, сливающиеся между собой. Зона расшатанных волос отсутствует. На слизистой полости рта в области краевой десны и межзубных сосочков резцов наблюдаются поверхностные эрозии не более 1-2 мм. На слизистой щек на линии смыкания зубов отмечаются белесоватые папулы до 2 мм в диаметре.

По данным трихоскопии: в центре очага в визуальном окне кожа атрофична, наблюдается синдром смятой папиросной бумаги, имеются единичные волосяные фолликулы с сохраненным стержнем волоса. По периферии очага отмечаются единичные волосяные фолликулы без стержня волос. Отмечаются темные пятна, единичные кадаверизированные волосы. Вокруг некоторых стержней волос наблюдается муфта из эпителия. В затылочной области вне зоны поражения густота волос в пределах нормы. Сохранены двойные и тройные волосяные фолликулы. Другие трихоскопические признаки отсутствуют.

Заключение: Данные обследования позволяют предположить наличие у пациентки симптомокомплекса, характерного для синдрома Пиккарди–Лассюэра–Литтла.

Несмотря на значительную распространенность лихеноидных дерматозов, клиническое распознавание синдрома Пиккарди–Лассюэра–Литтла в некоторых случаях представляет определенные трудности. Необходимо учитывать необходимость использования врачом-дерматологом таких инструментальных методов обследования, как дерматоскопия и/или трихоскопия.

Данный клинический пример акцентирует внимание дерматологов на необходимости тщательного изучения разносторонних клинических проявлений патологического процесса для своевременной правильной постановки диагноза и назначения адекватной терапии.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ АКТИВНО-ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Астафьев В.В., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: сравнить эффективность различных методов подготовки шейки матки при беременности, осложненной преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ) в доношенном сроке.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 26 первобеременных в доношенном сроке беременности с преждевременным излитием околоплодных вод и незрелыми родовыми путями. Пациентки были разделены в зависимости от метода подготовки шейки матки. Основная группа, метод подготовки – катетер Фолея + Мифепристон 200 мг, группа сравнения, метод подготовки – Мифепристон 200 мг по схеме. Проведен анализ исходов беременности и родов в зависимости от методов подготовки шейки матки с учетом анамнеза, особенностей течения беременности, данных объективного (цервикометрия, индекс амниотической жидкости) и лабораторного (уровень Пресепсина (sCD14-ST)) обследования.

Результаты. Достоверных данных о связи метода подготовки шейки матки и исходом родов как для матери, так и новорожденного получено не было. При подготовки незрелой шейки матки при ПИОВ одновременным использованием Катетера Фолея и Мифепристона 200 мг (основная группа) достоверно меньшее время требуется для наступления родовой деятельности $4,33 \pm 2,4$ часа против $7,67 \pm 3,25$ часа при подготовке Мифепристоном 200 мг (группа сравнения). Длительность безводного промежутка выше в контрольной группе $19,03 \pm 4,17$ часа против $13,87 \pm 4,71$ часа в основной группе. Разница стремится к достоверной $p = 0,053$. Так же на данном этапе

исследования мы не нашли объяснений в снижении уровня Пресепсина через 12 часов после преждевременного излития околоплодных вод и на 3 сутки после родов.

Заключение.

1. На данном этапе исследования не получено убедительных данных о связи метода подготовки шейки матки и исходом родов.

2. Количество наблюдений в нашем исследовании не позволяет сделать выводы о прогностической ценности исходного уровня Пресепсина (sCD14-ST) при ПИОВ на уровне популяции.

3. Важным результатом нашего исследования является отсутствие выявления новых побочных эффектов или нежелательных реакций при одновременном применении катетера Фолея и Мифепристона, что было проведено впервые.

ОСОБЕННОСТИ АФАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Афиногенова О.В., клинический ординатор кафедры неврологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

«Эпидемия» инсульта, охватившая планету в начале 21 века, только в России ежегодно уносит около 200 тысяч человеческих жизней. По статистике вернуться к нормальной жизни могут только 8% перенесших его людей, при этом около 60% всех пациентов с инсультом имеют разной степени выраженности речевые нарушения.

Цель работы: определить наиболее частые афатические нарушения у больных с инсультом, а также особенности неврологического дефицита при разных видах афазии и прогноз восстановления речи.

Материалы и методы. В ходе исследования был обследован 31 пациент с инсультом и афазией, находившихся на лечении в ГКБ им. С.П. Боткина. Из них было 12 мужчин, 19 женщин. Средний возраст больных составил $69,0 \pm 10,3$. Оценивался неврологический статус, характер речевых нарушений на момент госпитализации и при выписке через 14 дней из стационара. Данные проанализированы с использованием программного обеспечения Statistica 6.

Результаты. Сенсо-моторная афазия чаще сочетается с наличием пирамидной недостаточности, по сравнению с сенсорной афазией ($p < 0,05$). Пациенты с сенсо-моторной афазией часто не выводят язык по подражанию, что вероятно связано с сочетанием с оролингвальной апраксией ($p < 0,05$) либо выводят кончик языка с девиацией, что говорит о частом сочетании с центральным поражением лицевого нерва ($p < 0,05$). Пациенты с сенсорной афазией достоверно лучше, чем пациенты с сенсо-моторной афазией выполняют координаторные пробы по показу, что говорит о частичной сохранности коммуникации для данных больных ($p < 0,05$).

Самый ранний возраст афатических нарушений приходится на пациентов с акустико-мнестической афазией ($48,4 \pm 5,5$ лет), чаще в данной группе речевые нарушения имеют изолированный характер ($p < 0,05$), что вероятно не связано с сосудистой патологией мозга.

Самая высокая скорость восстановления наблюдалась при сенсорной афазии ($p = 0,07$), сенсо-моторная афазия часто переходила в моторную ($p < 0,05$).

Выводы. Наиболее часто у пациентов встречается сочетание сенсорной и моторной афазии (42%). Сенсо-моторная афазия часто сочетается в клинике с кинетической апраксией, что затрудняет оценку неврологического статуса. Акустико-мнестическая афазия часто не сопровождается другой неврологической симптоматикой, что вероятно связано с ее нейродегенеративной природой. Быстрее всего восстанавливается сенсорный компонент речи, тогда как для восстановления

моторного компонента требуется больше времени, что вероятно связано с особенностями кровоснабжения лобной и височной области, а также расположению ассоциативных зон мозга.

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ И ЕГО ПРОЯВЛЕНИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ахмерова Р.И., студент, Абдуллаев М.Д., студент,
кафедра биологической химии

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

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, г. Оренбург

Моногенные болезни – заболевания, в основе этиологии которых лежит единичная генная мутация. На сегодняшний день описано около 5000 нозологических единиц моногенных болезней. Одной из них является врожденный гипотиреоз.

Гипотиреоз – это синдром, обусловленный снижением действия Т3 (трийодтиронина) и Т4 (тироксина) на ткани-мишени. Врожденный гипотиреоз – моногенное заболевание, являющееся результатом генетически обусловленного дефекта ферментативных систем, синтезирующих тиреоидные гормоны, при морфологически мало измененной щитовидной железе.

Цель исследования: выяснить клинические проявления врожденного гипотиреоза в орофациальной области, а также определить этиологию и патогенез заболевания.

Материалы и методы. Обзор научной литературы, книг, монографий, учебников, анализ информации.

Результаты. Этиология обусловлена наличием дефектов 1, 2, 3, 8 и 14 хромосом. При поломке гена TSHR в 14 хромосоме наблюдается дефект

рецепторов тиреотропного гормона, в частности рецепторов на поверхности эпителия щитовидной железы, вследствие чего гормон не связывается с рецептором, а значит не активирует синтез и секрецию Т3 и Т4. Тироксин и трийодтиронин не синтезируются и не секретируются и при дефекте гена TSHB в 1-ой хромосоме, т.к. при этом не происходит синтеза нормального ТТГ. Неспособность йодидного насоса захватывать йодид из крови, переносить эти анионы через мембрану обуславливает нарушение транспорта йода, а, следовательно, концентрирование его в цитоплазме (ген PAX8 2-ой хромосомы). При недостаточности йодидоксидазы йодид не окисляется до нейтрального йода и не связывается с остатками тирозина в тиреоглобулине, что предотвращает образование предшественников (монойодтирозин, дийодтирозин) тиреоидных гормонов. Дефект гена TG 8-ой хромосомы означает изменение структуры тиреоглобулина или нарушения его гидролиза. Это говорит о том, что отщепление Т4 и Т3 от тиреоглобулина не происходит. Следовательно, гормоны не поступают в кровь и не осуществляют своих функций.

Каждый из этих молекулярно-генетических нарушений ведёт к снижению действия Т3 и Т4 на клетки-мишени. Это отражается на всех видах обмена веществ организма и нарушает деятельность и функциональное состояние практически всех органов и систем, в том числе кожи лица и тканей ротовой полости.

Т3 и Т4 играют важную роль в фосфорно-кальциевом обмене, т.е. принимают непосредственное участие в минерализации костной ткани. При недостатке этих гормонов наблюдается задержка сращения небного шва, прогнатия, недоразвитие подбородка. Ярко выражено нарушение белкового обмена, что проявляется как микседема. В ротовой полости это проявляется увеличением языка, что способствует формированию открытого прикуса. Слизистая оболочка десны набухшая и разросшаяся, но не воспаленная. Кожа лица отечная, набухшая, губы увеличены. Дефицит тиреоидных гормонов

задерживает прорезывание молочных и постоянных зубов, рассасывание корней временных зубов.

Вывод. Тиреоидные гормоны являются ключевым звеном в осуществлении целого ряда процессов, происходящих в организме. Клиника, наблюдающаяся при дефиците этих гормонов, дает врачам возможность заподозрить врожденный гипотиреоз у детей и предпринять необходимые меры по его лечению.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕИНВАЗИВНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

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

Руководитель: Лоран О.Б. д.м.н., проф., академик РАН, зав. кафедрой
урологии и хирургической андрологии РМАНПО.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,

ГКБ им. С.П. Боткина, г. Москва

В настоящее время проблема диагностики и лечения онкологических заболеваний не теряет своей актуальности. Неблагоприятные демографические тенденции и сложная экологическая обстановка сопровождается неуклонным ростом числа онкологических заболеваний. В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России рак мочевого пузыря (РМП) составляет 4,5 %. При злокачественных опухолях мочевого тракта РМП составляет 70%, также отмечается прирост заболеваемости РМП на 11,76% за 10 лет. Поверхностный рак мочевого пузыря (ПРМП) характеризуется непрерывно прогрессирующим течением и частым рецидивированием. В связи с высокой частотой возникновения рецидивов и прогрессирования его диагностика и лечение зачастую является сложной задачей. Основные методы диагностики поверхностного РМП:

ультразвуковое, цистоскопическое исследования с использованием «белого света» и цитологическое исследования мочи. Золотым стандартом лечения поверхностного РМП является трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря, однако частота возникновения рецидивов после ТУР крайне высока (50–90, в среднем 70 %). Возникновение рецидивов связано с диффузным характером неопластических изменений в слизистой мочевого пузыря, множественностью опухолевых зачатков, нерадикальным удалением опухоли. Все эти факторы заставляют искать дополнительные методы диагностики и пути профилактики рецидивов РМП.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения больных с неинвазивным раком мочевого пузыря путем использования фотодинамической диагностики отечественной флуоресцентной видеосистемы.

Разработка новых эффективных диагностических и терапевтических стратегий, направленных на обеспечение ранней диагностики и адекватного лечения поверхностного рака мочевого пузыря, является актуальным. Одним из них является выполнение фотодинамической диагностики (ФДД). Использование ФДД мочевого пузыря стало возможным благодаря появлению современных малотоксичных фотосенсибилизаторов.

Использование фотосенсибилизаторов в клинической практике основано на их уникальном свойстве избирательно накапливаться в определенных тканях, в частности в опухолевой. В нашей работе мы используем отечественный фотосенсибилизатор аминолевулиновую кислоту. Преимущества использованной нами отечественной флуоресцентной видеосистемы является: работа с любыми фотосенсибилизаторами, разрешенными для медицинского применения в РФ; численное определение концентрации фотосенсибилизатора в заданной точке в режиме реального времени; определения границ опухоли; продолжение наблюдения и во время лазерного облучения при проведения фотодинамической терапии.

Таким образом, фотодинамическая диагностики в комплексном лечении неинвазивного рака мочевого пузыря улучшает выявление поражение карциномы *in situ* «плоская опухоль», снижает число остаточных опухолей, улучшает безрецидивную выживаемость и качество жизни пациентов.

МУЖСКОЙ ФАКТОР В НЕВЫНАШИВАНИИ

Бабуева О.А, ординатор кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Файзуллина Н. И., к.м.н.

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

Цель исследования: определить роль мужского фактора в невынашивании беременности у пациенток с диагнозом Привычное невынашивание (код по МКБ N96)

Материалы и методы. Ретроспективный анализ 43 амбулаторных карт женщин, находившихся на диспансерном учете в кабинете планирования семьи в КДО Городского Перинатального Центра г. Иркутска и спермограммы мужчин, проходивших профилактическое обследование у врача андролога-уролога в Иркутском Областном Диагностическом Центре в 2017 году. Критерием включения женщины в исследование явилось наличие в анамнезе потери беременности в первом триместре и обязательным условием было включение в исследование спермограммы мужа. Были сформированы две группы: основная группа (спермограммы мужей 43 пациенток с диагнозом привычное невынашивание) и группа сравнения (40 спермограмм мужчин, в анамнезе жён которых не было потерь беременности). Проведен анализ основных параметров спермограммы, анализ соматического здоровья, возраста мужчин и женщин, количество в анамнезе беременностей, потерь беременностей и срока потери

беременности. Статистическую обработку проводили с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 10.0.

Результаты. Установлено, что средний возраст женщин в обеих группах составил 21 - 40 лет, средний возраст мужчин в основной группе от 22 до 49 лет, в контрольной группе от 21 до 48 лет. Средний срок гестации при потере беременности по типу неразвивающейся беременности (код по МКБ О02.1) составил 6 - 9 недель. Большинство пациенток имели потери беременности во 2 браке ($> 50\%$) и кроме того в анамнезе у них отмечено наличие более 2-х половых партнеров. У женщин в основной группе отмечено сочетание основного заболевания – Привычное невынашивание с соматической патологией, (в основном заболевания крови $25,5\%$ ($n=11$) и эндокринной системы $23,2\%$ ($n=1$)). У мужчин в основной группе исследования в 50% случаев ($n=22$) отмечено наличие заболеваний мочеполовой системы, кроме того выявлено что, сочетание заболеваний мочеполовой системы коррелировало с патологическим типом спермограммы: олигозооспермия $9,3\%$ ($n=4$), астенозооспермия 37% ($n=16$), тетразооспермия $20,9\%$ ($n=9$), некрозооспермия $2,3\%$ ($n=1$), лейкоцитоспермия $20,9\%$ ($n=9$). В контрольной группе у мужчин обратило на себя внимание практическое отсутствие соматической патологии. Только у 2-х мужчин - $0,5\%$ имело место наличие заболевания мочеполовой системы (хронический простатит) и в этих же случаях отмечено сочетание заболевания с патологическим типом спермограммы – олигозооспермия, лейкоцитоспермия.

Выводы. В настоящее время потеря беременности в парах репродуктивного возраста является актуальной проблемой в клинической практике, нуждающейся в тщательном изучении. Ранние потери беременности являются механизмом не только реализации естественного отбора, но также и индикатором нарушения репродуктивного здоровья потенциальных родителей. На сегодняшний день обследование при

привычном невынашивании беременности, особенно в ранние сроки, сосредоточено в основном на обследовании женщины. Роль супруга в данной проблеме практически игнорируется. Но состав семенной жидкости влияет не только на успешность оплодотворения, но и на вынашивание беременности в целом. Более тщательное обследование и подготовка супружеской пары в предгравидарном периоде, тем более с наличием в анамнезе проблем с вынашиванием беременности, возможно позволит преодолеть проблему невынашивания беременности с наименьшими психоэмоциональными и экономическими затратами для супружеской пары.

ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Беганская Л.А., аспирант кафедры клинической лабораторной диагностики

Руководитель Ройтман А.П., д.м.н., профессор

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Высокий риск фатальных осложнений, быстрое развитие полиорганной патологии и декомпенсации сердечной недостаточности определяют актуальность ранней диагностики инфекционного эндокардита (ИЭ) и прогнозирования его исхода.

Цель исследования: оценить диагностическое и прогностическое значение динамики С-реактивного белка (CRP), пресепсина (PSP), прокальцитонина (PCT), мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), высокочувствительного Тропонина I (hsTnI) у больных ИЭ.

Материалы и методы. В основу исследования положены результаты обследования 70 пациентов, у которых на основании модифицированных критериев DUKE был диагностирован ИЭ. Пациенты находились на лечении в ГКБ им. С.П.Боткина в период с 2014 по 2017 гг. У 29 пациентов был

диагностирован первичный ИЭ, у 19 – вторичный ИЭ. Из них: 23 женщины и 47 мужчин в возрасте от 22 до 88 лет. Во время лечения 15 пациентов скончались в течение первых 2-х недель нахождения в стационаре: у 10 был диагностирован ПИЭ, у 5 – ВИЭ. Были излечены и выписаны 55 пациентов. Измерение показателей проводилось при поступлении пациента в стационар, через 1 и 2 недели терапии. В качестве группы сравнения были обследованы 28 пациентов, у которых диагноз ИЭ был отвергнут. Определение концентрации CRP в сыворотке и NT-proBNP в плазме крови проводилось методом твердофазного хемилюминесцентного иммуноферментного анализа на автоматическом иммунологическом хемилюминесцентном анализаторе Immulite 2000 XPi (США). Концентрацию PSP в плазме определяли методом иммунохемилюминесцентного анализа на анализаторе PATHFAST (Япония). Уровни PCT и hsTnI в сыворотке крови оценивали методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА-БЕСТ, АО «ВЕКТОР-БЕСТ», Россия). Гемокультура у пациентов была положительной в 39% случаев, в 47% - роста выявлено не было, в 14% - исследование не было выполнено. В 52% (14 случаев) наблюдений выявляли *Staphylococcus aureus*, в 11% (3 случая) - другие виды стафилококков, в 19% (5 случаев) – *Streptococcus spp.*, в 3 наблюдениях (11%) - микст-инфекцию; у 1 пациента обнаружен рост *Candida glabrata*, у 1 пациента - *Moellerella Wisconsinensis*.

Результаты исследования. Концентрация PCT при поступлении была повышена у 78% больных ИЭ, выписанных после лечения, и у 93% пациентов, умерших в первые 2 недели пребывания в стационаре. В 61% случаев PCT был повышен у пациентов с отвергнутым диагнозом ИЭ. Концентрация PSP при поступлении была увеличена у 65% выживших больных ИЭ и у 73% пациентов, умерших в течение первых 2х недель. В 61% случаев PSP был повышен у пациентов с отвергнутым диагнозом ИЭ. Максимальные уровни PSP отмечались при высеивании *Staphylococcus spp.* и множественных тромбоэмболических осложнениях. Через 1 и 2 недели

терапии уровни PCT и CRP снижались в группе выживших больных ($p < 0,05$). Концентрации NT-proBNP и hsTnI достоверно различались при поступлении у пациентов, умерших в течение первых 2х недель, и выписанных из стационара ($p < 0,05$). В группе умерших пациентов NT-proBNP был выше верхнего референсного значения (125 пг/мл) в 93% случаев, а hsTnI был повышен в 40%.

Выводы. Совместное определение PSP, PCT и CRP эффективно для диагностики ИЭ, как бактериального воспалительного процесса. Исследование PCT и CRP в динамике отражает эффективность проводимого лечения. Показатели hsTnI выявляют больных с повышенным риском структурных повреждений миокарда и высоким риском неблагоприятного исхода ИЭ. Уровни NTproBNP могут быть использованы для диагностики сердечной недостаточности и ее прогрессирования у больных ИЭ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРИТЕРИЕВ БИРСА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРОВОЦИРУЮЩИХ ПАДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОЛИПРАГМАЗИЕЙ

Бордовский С.П., Никулин В.Э., Польшина Н.И. - студенты Сеченовского
университета

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

Ильина Е.С., преподаватель кафедры клинической фармакологии и терапии
ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: оценить эффективность использования критериев Бирса для выявления лекарственных средств, провоцирующих развитие падений (ЛСПРП).

Материалы и методы. Были проанализированы 966 историй болезни пациентов старше 75 лет. Пациенты, перенесшие падение в стационаре, были обследованы на предмет наличия объективных причин падения (нарушение статики, вестибулоатактический синдром и т.п.). При их отсутствии случай падения рассматривался как падение, ассоциированное с приемом ЛСПРП, и данные пациентов включались в группу 1. В контрольную группу 2 отнесены данные пациентов без падений в стационаре и падений в анамнезе. Все пациенты находились на лечении в кардиологическом стационаре и получали в среднем 8.95 ± 2.44 препаратов. Для расчета критерия хи-квадрата Пирсона использовалось приложение Statistica v.13.3.

Результаты и обсуждение. В 1 группе были проанализированы 160 историй болезни пациентов кардиологического отделения, имевших эпизод падения в стационаре, расцененный как лекарственно-индуцированное падение. Средний возраст пациентов составил 87 ± 5 лет. Во 2 группе

проанализированы 806 историй болезни пациентов кардиологического отделения многопрофильного стационара старше 75 лет (в возрасте 84 ± 5 лет). Из 966 пациентов не было ни одного пациента, получавшего менее 5 ЛС (среднее число получаемых ЛС $9,55 \pm 2,55$ и $8,85 \pm 2,39$ в 1 и 2 группах соответственно, $p=0,000227$), следовательно, можно сделать вывод, что полипрагмазия у пациентов старческого возраста имеет массовый характер.

Сравнивая результаты анализа листов назначений в обеих группах, можно сделать следующие выводы:

- 1) пациенты из группы с падениями старше (средний возраст $87,09 \pm 5,20$ vs $84,17 \pm 4,94$, $p=0,0001$), из чего можно сделать вывод о том, что пациенты более старшей возрастной группы подвержены большему риску развития НПР (в том числе падений).
- 2) пациенты из группы с падениями получали больше ЛСПРП, что может свидетельствовать в пользу нашей гипотезы о лекарственно-индуцированной природе их падений ($1,231 \pm 0,97$ vs $0,897 \pm 0,877$, $p=0,000018$).
- 3) Среднее количество критериев Бирса (выявляющих ЛСПРП) в расчете на одного пациента в группах сравнения составило $0,65 \pm 1,11$ в группе 1 и $0,23 \pm 0,6$ в группе 2 ($p=0,000001$). Из чего можно сделать вывод, что у пациентов из 1 группы по критериям Бирса было выявлено больше ЛСПРП по сравнению со 2 группой. Следовательно, критерии Бирса эффективно выявляют наличие ЛСПРП у пациентов с развившимся падением.

Заключение. Принимая во внимание тот факт, что пациенты старческого возраста находятся в группе риска развития опасных НПР (в том числе падений) вследствие полипрагмазии, становится необходимым поиск путей предупреждения развития НПР. Одним из эффективных инструментов для аудита листа лекарственных назначений являются критерии Бирса, которые были разработаны для предотвращения ненужного и

необоснованного назначения лекарственных средств пациентам старческого возраста. В нашем исследовании критерии Бирса показали эффективность в выявлении ЛСПРП.

ПРЕДИКТОРЫ СТАРТА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У МАЛЬЧИКОВ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКОЙ ПУБЕРТАТА

Бржезинская Л.Б., аспирант кафедры детской эндокринологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: изучить клинико-гормональные предикторы старта полового развития у мальчиков с конституциональной задержкой полового развития.

Материалы и методы. В исследование включены 42 мальчика с конституциональной задержкой полового развития ($P1G1$, $\max LG > 10$ МЕ/л на пробе с диферелином). При первичном обращении в возрасте $14,5 \pm 0,7$ года оценивали антропометрические показатели, костный возраст, объем гонад, размер кавернозных тел, гормональные показатели: ТТГ, свТ4, пролактин, ИФР-1, инсулин, ДГЭАс, кортизол, ЛГ, ФСГ, эстрадиол, тестостерон, ГСПГ, индекс свободного тестостерона, ингибин В, антимюллеров гормон.

У всех пациентов через $0,9 [0,8; 1,1]$ года оценили стадию полового развития по Таннер. В зависимости от стадии полового развития мальчиков разделили на две группы: Таннер 1 ($n=9$), Таннер 2 ($n=33$).

Статистический анализ полученных результатов проведен с использованием пакета программ Statistica 7.0, SPSS Statistics 17.0, Microsoft Excel 2010, использовался критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. При первичном обращении пациенты обеих групп были

сопоставимы по возрасту ($14,6 \pm 0,9$ vs $14,5 \pm 0,7$ лет, $p=0,8$), имели одинаковые показатели роста (Me SDSроста $-2,2$ vs $-1,7$, $p=0,1$), массы тела (Me SDSимт $-0,03$ vs $0,07$, $p=0,3$), костного возраста (Me SDSкостного возраста -3 vs $-2,5$, $p=0,3$), размер кавернозных тел ($4,1 \pm 1,1$ vs $4,1 \pm 0,8$ см, $p=0,6$) и не отличались по содержанию ТТГ (Me $2,2$ vs 2 мМЕ/л, $p=0,9$), св Т4 (Me $12,7$ vs $13,1$ пмоль/л, $p=0,5$), пролактина (Me 201 vs $139,5$ мМЕ/л, $p=0,1$), ИФР-1 (Me $187,6$ vs $202,4$ нг/мл, $p=0,8$), ДГЭАс (Me $3,2$ vs $3,7$ мкмоль/л, $p=0,3$), кортизола (Me 379 vs $376,5$ нмоль/л, $p=0,8$), инсулина (Me 4 vs $5,3$ мкЕд/л, $p=0,4$), ЛГ (Me $1,1$ vs $1,3$ мЕд/мл, $p=0,3$), ФСГ (Me $2,02$ vs $2,6$ МЕ/л, $p=0,7$), ГСПГ (Me $96,6$ vs $81,2$ нмоль/л, $p=0,7$), индекса свободного тестостерона (Me $1,0$ vs $1,8$ %, $p=0,1$), эстрадиола (Me 73 vs 67 пмоль/л, $p=0,4$). Однако выявлено, что мальчики с Таннер 2 при первичном обращении имели достоверно больше объем гонад (Me УЗИ гонад $2,3$ vs $1,4$ см³, $p=0,001$), содержание в сыворотке крови тестостерона (Me $1,4$ vs $0,8$ нмоль/л, $p=0,03$), ингибина В (Me $144,3$ vs $120,9$ пг/мл, $p=0,03$) и достоверно меньше концентрацию антимюллерова гормона (Me $22,8$ vs $57,3$ нг/мл, $p=0,03$) в сыворотке крови по сравнению с группой мальчиков- Таннер 1.

Наиболее информативными предикторами страта полового развития в течение первого года наблюдения являлись тестикулярный объем $>1,7$ см³ (чувствительность 70,4%, специфичность 100%), ингибин В $>143,2$ пг/мл (чувствительность 57%, специфичность 100%), тестостерон $>0,9$ нмоль/л (чувствительность 81%, специфичность 71,4%), однако комбинация таких критериев, как содержание в сыворотке крови ингибина В $>143,2$ пг/мл с объемом гонад $>1,7$ см³ повышала чувствительность до 85%, при специфичности 100%.

Заключение. Комбинация ингибина В $>143,2$ пг/мл в сыворотке крови в сочетании с объемом гонад $>1,7$ см³ имеют наилучшую чувствительность 85% и специфичность 100% в прогнозировании старта полового развития в течение первого года наблюдения у мальчиков с конституциональной

задержкой полового развития.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО АЛКОГОЛИЗМА КАК ПРЕДИКТОРЫ ПЕРЕНОСИМОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

Брылева А.А., Иващенко Д.В., Застрожин М.С.

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Москва

ГБУЗ МНПЦ Наркологии ДЗМ

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

(Сеченовский Университет), г. Москва

Введение. Синдром отмены алкоголя (СОА) - состояние, которое развивается через несколько часов после прекращения употребления спиртных напитков. СОА является наиболее частой причиной госпитализаций пациентов с хроническим алкоголизмом. Согласно современным клиническим рекомендациям, препаратами первого выбора при терапии данного состояния являются бензодиазепиновые транквилизаторы. Целью настоящего исследования было изучение влияния клинических параметров хронического алкоголизма и тяжести СОА на переносимость фармакотерапии с применением бензодиазепинов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 102 пациента мужского пола (средний возраст $41,5 \pm 8,5$ лет), госпитализированные с диагнозом неосложненного СОА (F10.3). Каждый пациент получал фармакотерапию с применением бензодиазепинового транквилизатора феназепама в течение 5 дней. Кроме того, 48 пациентов дополнительно получали карбамазепин 300 мг/сут и/или паглюферал (содержит фенobarбитал, кофеин-бензоат натрия, папаверин, бромизовал) 200 мг на

ночь. Суточная доза феназепама составила в среднем $6,1 \pm 2,1$ мг. Степень тяжести алкоголизма измеряли при помощи опросника AlcoholDependenceScale (ADS). Для оценки состояния пациентов применяли международную шкалу тяжести COA -CIWA-Ar, а также визуально-аналоговую шкалу (от 0 до 10 баллов). Безопасность фармакотерапии определяли по шкале UKUSideEffectsRatingScale. Анализ влияния клинических параметров алкоголизма и тяжести COA на переносимость фармакотерапии проводился при помощи корреляционного анализа Спирмена.

Результаты. При анализе общей выборки была установлена положительная корреляция между баллом визуально-аналоговой шкалы тяжести COA и подшкалами UKU «Нарушения вегетативной нервной системы» ($r=0,238$; $p=0,016$) и «Прочие НПР» ($r=0,215$; $p=0,030$). Средняя длительность запоя, а также тяжелый COA согласно шкале CIWA-Ar также положительно коррелировали с худшей переносимостью фармакотерапии по подшкалам UKU «Нарушения вегетативной нервной системы» и «Прочие НПР».

Общим для всех участников ($n=102$), а также подгрупп пациентов на монотерапии феназепамом ($n=64$) и комбинированной фармакотерапии ($n=48$) было влияние самочувствия после курса лечения (согласно визуально-аналоговой шкале тяжести состояния, шкале CIWA-Ar) на выраженность НПР: отмечена положительная корреляционная связь с общим баллом шкалы UKU ($r=0,375$, $p=0,0001$), подшкал UKU Психические нарушения ($r=0,414$, $p=0,0001$) и Нарушения вегетативной нервной системы ($r=0,238$, $p=0,016$). Более тяжелое течение хронического алкоголизма согласно шкале ADS также приводило к худшей переносимости терапии ($r=0,296$; $p=0,003$).

Выводы. Было установлено, что тяжелое протекание COA положительно коррелирует с большей выраженностью НПР фармакотерапии с применением феназепама. Таким образом, наличие высоких баллов шкал

CIWA-Ar, визуально-аналоговой шкалы тяжести COA, ADS могут рассматриваться как предикторы плохой переносимости фармакотерапии COA. Возможно, это связано с перекрестной толерантностью бензодиазепинов и алкоголя: для достижения клинического эффекта требуется повышение дозы препарата, что ведет к развитию НПР.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ СЕРДЦА В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ ПНЕВМОКОНИОЗА

Бугаева М.С., старший научный сотрудник НИЛ патанатомии, к.б.н.
НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Новокузнецк

Пневмокониоз на сегодняшний день рассматривается исключительно как патология органов дыхания, вместе с тем в литературе имеются сведения о негативном воздействии угольно-породной пыли на сердечно-сосудистую систему. Развитие фиброзных изменений в миокарде у горнорабочих чаще всего связывают с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью и сахарным диабетом. В последние годы внимание исследователей привлекает изучение роли сосудистого эндотелия в патогенезе фиброза.

В связи с этим целью работы явилось изучение морфологических изменений стенки сосудов сердца в динамике развития пневмокониоза.

Материалы и методы. Осуществлено гистологическое и морфометрическое исследование аутопсийного материала (артерий сердечной мышцы) 24 шахтеров различных стажевых групп и 8 мужчин г. Новокузнецка, составивших контрольную группу. Проводилось измерение толщины стенки, площади клеток эндотелиального слоя, толщины периваскулярного фиброза в сосудах различного диаметра: до 50 микрон (мк), 50-100 мк и 100-250 мк. Сравнение 2-х независимых групп осуществляли по критерию Манна-Уитни (U). Критическим принят уровень

значимости различий $p=0,05$.

Результаты исследования. В условиях длительного воздействия на организм угольно-породной пыли в стенке сосудов сердца различного диаметра отмечалось формирование морфологических изменений в виде эндотелиоза, гипертрофии меди и периваскулярного фиброза. Данные нарушения регистрировались у шахтеров, имевших 5-летний стаж работы, и прогрессировали с увеличением срока воздействия вредного фактора.

Морфометрическое исследование сосудов сердца с последующей статистической обработкой полученных измерений показало:

- у шахтеров со стажем работы от 5 до 9 лет (1 группа) не были найдены статистически значимые различия по исследуемым признакам с контрольной группой.

- стенки сосудов сердца шахтеров, имевших подземный стаж работы от 10 до 19 лет (2 группа) утолщены более значительно, чем в 1 группе, в сосудах диаметром от 50 до 100 мк – статистически значимо ($U=-2,1$, $p=0,036$). Значимые различия толщины стенки с показателями контрольной группы выявлены в структурах диаметром свыше 50 мк ($U=-2,31$, $p=0,021$). Наблюдалось увеличение площади эндотелиоцитов как по сравнению с контрольной группой в сосудах диаметром более 50 мк ($U=-2,73$, $p=0,006$; $U=-2,94$, $p=0,003$), так и 1 группой шахтеров в сосудах диаметром до 50 мк ($U=-2,31$, $p=0,021$) и свыше 100 мк ($U=-2,21$, $p=0,027$). Значения толщины периваскулярного фиброза достоверно превышали показатели 1 группы шахтеров, что более выражено в гемодинамических структурах диаметром от 50 до 250 мк ($U=-2,63$, $p=0,009$; $U=-2,42$, $p=0,016$).

- у шахтеров со стажем работы от 20 до 30 лет (3 группа) показатели измеряемых параметров сосудов сердца были статистически значимо выше значений контрольной группы. Увеличение толщины периваскулярного фиброза в артериях диаметром до 50 мк и свыше 100 мк было статистически значимым по сравнению с 1 группой (соответственно $U=-2,84$, $p=0,005$ и $U=-$

3,15, $p=0,02$). Резкое увеличение значений в сравнении с показателями изучаемого признака во 2 группе было отмечено в сосудах диаметром от 50 до 100 мк ($U=-2,31$, $p=0,021$).

Таким образом, пневмокониотический процесс сопровождается поступательной морфоструктурной перестройкой сосудов сердца различного диаметра в виде эндотелиоза, утолщения стенки за счет гипертрофии гладкомышечных клеток меди и фиброза периваскулярных зон. Изменения начинают развиваться у шахтеров, имеющих 5-летний стаж работы в условиях запыленной атмосферы, и прогрессируют по мере увеличения срока воздействия повреждающего фактора.

ВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ БИСФОСФОНАТ- АССОЦИИРОВАННЫХ ОСТЕОНЕКРОЗАХ ЧЕЛЮСТЕЙ

Валиева М.М., аспирант кафедры челюстно-лицевой хирургии и
хирургической стоматологии

Руководитель: Нестеров О.В., к.м.н., доц., зав. кафедрой челюстно-лицевой
хирургии и хирургической стоматологии

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

Проблема атипичных остеонекрозов челюстей, к которым и относятся бисфосфонат-ассоциированные остеонекрозы, является весьма актуальной. Это связано с тем, что бисфосфонаты являются широким классом препаратов, который назначается при многих заболеваниях, таких как остеопороз, костные метастазы при раке молочной железы и предстательной железы, болезнь Педжета, а также при множественной миеломе и гиперкальциемии при злокачественных новообразованиях.

Продолжается поиск причин и патогенетических механизмов формирования основных клинических симптомов бисфосфонатных

остеонекрозов челюстей. Значимыми факторами развития клиники бисфосфонатного остеонекроза челюстей принято считать хронические травмы слизистой оболочки полости рта, удаление зубов на фоне приема препаратов, а также проведение профессиональной гигиены полости рта.

Цель исследования: определить васкуляризацию челюстей при бисфосфонат-ассоциированных остеонекрозах челюстей.

Материалы и методы. 18 пациентов, имеющих в анамнезе одно из следующих заболеваний: рак молочной железы, рак предстательной железы, либо множественная миелома, принимающих бисфосфонатные препараты, были обследованы с помощью метода трансиллюминационной компрессионной ангиотензометрии.

Результаты. За 2017 год в отделении челюстно-лицевой хирургии ГАУЗ РКБ МЗ РТ (г.Казань) было обследовано 18 пациентов (5 мужчин и 13 женщин) с диагнозом хронический бисфосфонатный остеонекроз челюстей. В анамнезе имелось основное заболевание: 4 мужчин с раком предстательной железы, 1 – с множественной миеломой, 11 женщин с раком молочной железы и 2 – с множественной миеломой. Кроме того, все пациенты принимали более 2 лет азотсодержащие бисфосфонаты на основе золендроновой кислоты. У пациентов в полости рта (у 4 пациентов на верхней челюсти, у 14 пациентов на нижней челюсти) обнаружен оголенный участок костной ткани, не покрытый слизистой оболочкой. Со слов пациентов, эти участки были оголены более 8 недель, после удаления зубов.

Всем пациентам проводилась трансиллюминационная компрессионная ангиотензометрия с целью сравнения внутрисосудистого давления в губных артериях на исследуемой (пораженной) и контрольной стороне.

В результате проведенного исследования было достоверно установлено, что у всех пациентов на пораженной стороне регистрировалось снижение АД, по сравнению со «здоровой» стороной, в 4 раза (на здоровой

стороне АД максимальное было 130/70 мм рт.ст., минимальное 110/60 мм рт.ст.; на пораженной стороне не более 35/15 мм рт.ст.)

Выводы. На основании проведенного исследования можно сказать, что васкуляризация челюстей при бисфосфонат-ассоциированных остеонекрозах значительно ухудшается, что может быть связано с антиангиогенным эффектом бисфосфонатов.

Необходимо продолжать исследования по изучению патогенеза, разработке диагностики и профилактики остеонекроза челюсти на фоне терапии бисфосфонатами.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙТРАЛЬНОГО ПРИКУСА

Велиева Н.И., аспирант кафедры ортодонтии

Руководитель: Малыгин Ю. М., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Постоянное совершенствование диагностики и лечения аномалий прикуса и, в частности, нейтрального прикуса, является актуальной проблемой ортодонтии.

Цель исследования: описать типичные разновидности нейтрального прикуса в зависимости от сагиттального положения резцов и нарастания степени выраженности морфофункциональных нарушений.

Материалами для исследования послужили данные клинко-биометрического исследования 144 пациентов с нейтральным прикусом.

В группе из 71 пациента с нормотрузией резцов мы выделили 3 подгруппы. В первой подгруппе из 23 пациентов (32,4%) нормотрузия резцов сопровождалась аномалиями положения передних зубов в трансверсальном и вертикальном направлениях, поворотом зубов по оси, их ретенсией или транспозицией. В тех случаях, когда нарушение формы зубных дуг, особенно

верхней, сопровождалось потерей симметричности, часто возникало осложнение в виде смещения нижней челюсти; иногда вперёд, но гораздо чаще в сторону. Такое осложнение мы наблюдали у 20 пациентов из 71, и они составили вторую подгруппу (28,2%). Для дифференциальной диагностики «функциональной формы» смещения нижней челюсти от «морфологической формы» были использованы клинические функциональные пробы (по Ю.М. Малыгину). В 12 случаев из 20 было подтверждено наличие у этих пациентов «Х»-эффекта, описанного Ю.М. Малыгиным. Третью подгруппу составили 28 пациентов из 71 (39,4%), у которых при нормотрузии резцов выше названные этио-патогенетические факторы проявлялись значительно чаще и вызывали более выраженные отклонения, что отражалось на степени трудности ортодонтического лечения и часто требовалось комплексное лечение, т.е. предварительное удаление отдельных зубов по ортодонтическим показаниям.

В группе из 47 пациентов с протрузией резцов мы также выделили 3 подгруппы. В четвёртой подгруппе из 7 пациентов (14,9%) протрузия верхних резцов была обусловлена в 4-х случаях их макродентией, увеличением овала верхней зубной дуги, появлением трем и сагиттальной щели. Для устранения этих врождённых морфологических особенностей требовалось затем решение о сокращении овала верхней зубной дуги за счёт уменьшения её комплектности.

В пятой подгруппе было 14 пациентов из 47 (29,8%), у которых протрузия резцов часто сопровождалась значительным сужением зубных дуги их деформацией. Существенную роль на положение резцов оказывали особенности строения и функционирования мягких тканей полости рта и носоглотки (аденоиды, увеличенные глоточные миндалины, укороченная уздечка языка и мелкое преддверие полости рта с дополнительными тяжами, вплетение уздечки верхней губы в срединный нёбный шов и др. В шестой подгруппе протрузия резцов сочеталась с их тесным положением и полным

отсутствием трем в отличие от пятой разновидности. Это свидетельствовало об увеличении степени выраженности морфологических отклонений и нарастания степени трудности ортодонтического лечения. В этой подгруппе было 26 пациентов из 47 (55,3%).

В седьмой подгруппе из 5 пациентов (19,2%) мы наблюдали резкую асимметрию верхней зубной дуги и в результате одна половина зубной дуги была расширена и укорочена, и её резцы были в ретрузии, другая половина верхней зубной дуги была сужена и удлинена и её резцы находились в протрузии. Деформированная верхняя зубная дуга блокировала развитие фронтального участка нижней челюсти. В восьмой подгруппе было 10 пациентов из 26 (38,5%). У них положение верхних резцов было иным, чаще наблюдалась ретрузия верхних центральных резцов и протрузия боковых, которая сопровождалась ретрузией нижних резцов и трапецевидной формой зубных дуг.

В девятой подгруппе было 11 пациентов из 26 (42,3%) и характеризовалась она ретрузией и скученностью всех резцов, трапецевидной формой обеих зубных дуг и глубоким травмирующим прикусом.

Заключение. Детальное изучение этого вопроса позволит улучшить симптоматическую диагностику аномалий прикуса и, в частности, нейтрального прикуса, разработать иерархию этих диагнозов и предложить алгоритм лечения типичных разновидностей патологии.

КЛИНИКО-БИОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОЖЕНИЯ РЕЗЦОВ В ВЕРТИКАЛЬНОМ НАПРАВЛЕНИИ ПРИ НЕЙТРАЛЬНОМ ПРИКУСЕ

Велиева Н.И., аспирант кафедры ортодонтии; Омарова П.Н., студент
стоматологического факультета МГМСУ

Руководитель: Малыгин Ю. М., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Нейтральный прикус или как его называл Е. Angle I класс аномалий – является аномалийным прикусом, поскольку нарушено положение передних зубов, в частности, во фронтальном сегменте зубных дуг.

Цель исследования: уточнение клинической диагностики нейтрального прикуса.

Материал и методы. у 68 пациентов из 144 (47,2%) вертикальное соотношение резцов было нормальным, а у 76 (52,8%) имелись различные отклонения. Чаще всего встречался инфраортонейтральный прикус (21,53%), затем бисупранейтральный прикус (10,42%) и на третьем месте был супраортонейтральный прикус (9,7%). В нашем материале не встретились ортоинфранейтральная и супраинфра-нейтральная разновидности нейтрального прикуса.

Для уточнения клинической диагностики у каждого пациента индивидуально мы сравнивали относительно средней нормы некоторые его параметры на боковых ТРГ-головы: глубину резцового перекрытия, зубо-альвеолярную высоту верхних резцов ($\underline{1}$ к SpP), зубо-альвеолярную высоту нижних резцов ($\bar{1}$ к MP) и переднюю нижнюю высоту лица (Gn-SpP). Анализ этих среднестатистических данных в зависимости: от периода формирования прикуса, сравнение их с соответствующей нормой и между собой.

Зубо-альвеолярные высоты в период сменного нейтрального прикуса достоверно меньше нормы в области верхних резцов на $1,52 \pm 0,69$ мм и нижних резцов на $2,82 \pm 0,85$ мм. Глубина резцового перекрытия остается практически без изменений, в то время как передняя нижняя высота лица при сменном нейтральном прикусе достоверно меньше нормы на $6,19 \pm 1,27$ мм.

При сравнении постоянного нейтрального прикуса с соответствующей возрастной нормой также наблюдается снижение зубо-альвеолярной высоты в области резцов. Оно достоверно на верхней челюсти ($1,41 \pm 0,59$ мм) и наблюдается такая тенденция на нижней челюсти ($1,36 \pm 0,74$ мм). Глубина резцового перекрытия также остается практически без изменения, а передняя нижняя высота лица нормализуется.

Сравнение двух групп нейтрального прикуса между собой позволило обнаружить, что имеется значительная статистически достоверная разница между зубо-альвеолярными высотами в период сменного и постоянного прикуса. Она составляла в области верхних резцов $2,93 \pm 0,69$ мм и в области нижних резцов $4,38 \pm 0,84$ мм, в то время как глубина резцового перекрытия практически не различалась. Передняя нижняя высота лица при сменном нейтральном прикусе была меньше на $6,89 \pm 1,2$ мм, чем при постоянном.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о естественной разнице между зубо-альвеолярными высотами в области резцов, которая сглаживается по мере роста пациентов с нейтральным прикусом, если ее сравнивать относительно возрастной нормы, а также об отставании этого роста в целом относительно возрастной нормы. Это позволяет говорить о задержке роста фронтального участка обеих зубо-альвеолярных дуг в высоту, что в конечном счёте неблагоприятно отражается на развитии передней нижней высоты лица, но которая с возрастом всё же «догоняет» норму.

ЧАСТОТА ПОЗИТИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ КРАЕВ ПОСЛЕ
РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ:
ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ДОСТУПА (ПОЗАДИЛОННЫЙ,
ПРОМЕЖНОСТНЫЙ, РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЙ)

Велиев Р.А., клинический ординатор кафедры урологии и хирургической
андрологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: провести сравнительную оценку частоты позитивных хирургических краев (ПХК) после позадилонной, промежностной и робот-ассистированной радикальной простатэктомии (РПЭ) по поводу рака предстательной железы (РПЖ) у пациентов с ожирением (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²).

Материалы и методы. С января 2014 по апрель 2017 года радикальная простатэктомия (РПЭ) была выполнена 203 пациентам с индексом массы тела ≥ 30 кг/м². В исследование включены пациенты, оперированные по поводу клинически локализованного РПЖ (исключены пациенты с местнораспространенным РПЖ: 21 после позадилонной РПЭ, 6 после робот-ассистированной РПЭ). Таким образом, группы исследования составили 109 пациентов после позадилонной РПЭ (группа 1), 11 после промежностной РПЭ (группа 2), 56 после робот-ассистированной РПЭ (группа 3).

Результаты. В группе позадилонной РПЭ 20,2% относились к группе локализованного РПЖ низкого риска; 25,7% к группе промежуточного риска; 54,1% к группе высокого риска. В группе промежностной РПЭ – 18,2%, 36,4%, 45,4%; в группе робот-ассистированной РПЭ – 32,1%, 32,1%, 35,8% соответственно. Частота ПХК в группе 1 составила 10,1%, в группе 2 – 18,2%, в группе 3 – 3,6% ($p < 0,01$). Локализация ПХК в группе 1: 4 (36,4%) в области апекса, 4 (36,4%) в области базиса, 3 (27,2%) по боковой

поверхности. Локализация ПХК в группе 2: 2 (100%) по боковой поверхности. Локализация ПХК в группе 3: 1 (50%) в области апекса, 1 (50%) в области базиса.

Заключение. По данным нашей серии РПЭ у пациентов с ожирением ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$) робот-ассистированный доступ связан с наименьшей частотой ПХК, что теоретически может увеличить онкологическую эффективность оперативного вмешательства и нивелировать дополнительный фактор тревоги для пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Венгеров В.Ю., аспирант кафедры хирургии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. За последнее десятилетие регистрируется неуклонный рост заболеваемости хроническим панкреатитом и его осложнений. Псевдокисты поджелудочной железы встречаются в 20-40% случаев. Применение дренирования под эндосонографическим наведением позволило улучшить результаты лечения этой категории больных.

Материалы и методы. В отделение хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина с января 2014 по декабрь 2017 года находились на лечении 112 больной с хроническим панкреатитом, из них 45 (40,1%) пациентов с псевдокистами поджелудочной железы.

Всем пациентам проводилось обследование по стандартному диагностическому алгоритму, включающему ультразвуковое исследование с доплеровским картированием (УЗИ), эндоскопическую

эзофагогастродуоденоскопию, спиральную компьютерную томографию с пероральным и внутривенным контрастированием, исследование крови на СА19-9 и РЭА. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография выполнялась по показаниям. В случаях, когда нельзя полностью исключить опухолевое поражение выполнялась эндосонография с тонкоигольной биопсией.

Средний возраст пациентов составил 51 (от 20 до 70 лет), большую часть больных мужчины 89 (79,4%), женщин 23 (20,3%). На этапе дообследования выявлено, что вирсунголитиаз и панкреатическая гипертензия имела у 54 (61%) больных, хронические кисты диагностированы у 45 (40,1%) пациентов, у 21 (19%) имела билиарная гипертензия, у 9 (8%) выявлена дуоденальная непроходимость, портальная гипертензия у 8 (7%) больных.

У 11 (9,8%) больных с псевдокистами поджелудочной железы, в сочетании с вирсунгэктазией, вирсунголитиазом, билиарной гипертензией и дуоденальной дистрофией, выполнялись различные лапаротомные дренирующие методы оперативные вмешательства. Внутреннее дренирование псевдокист под эндосонографическим контролем выполнено 34 больным. Псевдокисты локализовались в головке у 11 (9,8%) больных, теле у 15 (13,4%) пациентов и в хвосте у 8 (7%) больных. Средний размер кист составил 95 ± 52 мм. В 18 (8,9%) наблюдениях использовался нитиновый стент, в 10 (4,9%) – выполнялось дренирование двумя пластиковыми стентами. С учетом особенностей локализации псевдокист было выполнено формирование цистогастроанастомоза у 28 больных и цистодуоденоанастомоза у 6 больных. Всем пациентам стенты удалялись через 4-6 недель после выполнения контрольного СКТ исследования. Все интервенционные вмешательства выполнялись под внутривенной седацией.

Результаты. Послеоперационной летальности не было. Клинический эффект достигнут в 100% случаев. У 3 больных в послеоперационном

периоде возникли послеоперационные осложнения. При дренировании пластиковыми стентами в раннем послеоперационном периоде выявлено инфицирование псевдокиста, а в позднем диагностирована дислокация стента. У 1 пациента в позднем послеоперационном периоде после дренирования нитиноловым стентом имела место дислокация дренажа.

Выводы. Использование эндоскопических методов дренирования псевдокиста поджелудочной железы позволяет улучшить результаты лечения и отказаться от более травматичных хирургических вмешательств у данной категории больных.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭТИЛМЕТИЛГИДРОКСИПИРИДИНА МАЛАТА (ЭТОКСИДОЛА) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СИНДРОМА ГИПОКСИИ

Вердиева Дуня Арзу кызы, аспирантка 2-го года кафедры клинической
фармакологии и пропедевтики внутренних болезней

Руководитель: Кулес В.Г., д.м.н., проф., академик РАН, заслуженный деятель
науки РФ

ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М.Сеченова (Сеченовский университет)

Министерства Здравоохранения РФ, г. Москва

Анализируя течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) мы отметили, что наряду с снижением сократимости миокарда нарушение кислотно-щелочного равновесия и электролитного гомеостаза у больных отмечается метаболические нарушения, которые по данным некоторых авторов отягощают течение этого заболевания (Беленков Ю.Н., Палаткина), которые отметили, что величина концентрации перекиси водорода коррелирует с тяжестью течения ХСН. Учитывая, что в стандартах лечения

ХСН лекарственные средства купирующие метаболический синдром отсутствовали.

Цели исследования: мы поставили задачу изучить эффективность отечественного антиоксиданта второго поколения этилметилгидроксипиридина малат (торговое название этоксидол).

Материалы и методы. По данным исследователей Кукес В.Г., Прокофьев А.Б., Горошко было показано, что антиоксидант снижает уровень кислых продуктов, что проявляется восстановлением чувствительности ферментов, особенно ферментов Р450 и повышает активность 2,3-ДФГ. Последнее регулирует диссоциацию оксигемоглобина на гемоглобин и кислород. Это способствует восстановлению кислорода у пациентов с ХСН (патент). Под наблюдением находилось 25 больных с ХСН II-IV стадии.

Показатели	До применения	После применения этоксида
Минутный выброс	Низкий	Повышается
Отеки	Значительные	Незначительные
АД	130/70	110/60 мм рт ст
Диурез	700 мл	1500 мл
ЧДД	22-24/мин	18/мин
ЧСС	100/мин	80/мин
рО ₂	Низкий	Повышается
Калий	В норме	В норме
рН	7,87	7,45

Как видно из таблицы минутный выброс начинает значительно снижаться в II-III стадии. Отмечалось также снижение отеков и диуреза. Все эти больные могли за собой ухаживать, в кровати принимали горизонтальное положение. У больных с ХСН III стадии отмечалось снижение ударного

выброса. Эти больных находились полусидя. У этих больных отмечалось снижение напряжения кислорода. Больным ХСН II-III стадии назначались следующая терапия: коргликон в/в капельно ежедневно. Одновременно в капельницу вводилось 50 мл этоксида. Все больные на внутривенное введение нежелательных реакций не было. После капельницы вводилось 40 мг фуросемида через 15-20 минут диурез был обильным около 1500 мл. Через 5 дней внутривенных введений у больных повысилось напряжение кислорода, число дыхательных движений носило неасматический характер, калий оставался в норме. Последний фактор мы объяснили тем что спиронолактон является пролекарством. А блокатором альдостероновых рецепторов его метаболит конренон. Как показали ранее Кукес В.Г. и Кашаева, образование конренон ускоряет при активном действии Р450 и 3А4. Этоксидол способствовал активации этого фермента. На 5 день нормализовалось напряжение кислорода механизма этого эффекта был описан Кекес В.Г. и Горошко. Проводимая нами терапия способствовала компенсации больного. Ударный объем снижался незначительно. Указанная терапия позволила выписать больных в сроки, указанные в страховой компании.

Выводы. Таким образом, на основе полученных данных отметили, уменьшение тяжести метаболического синдрома ускоряет добиться компенсации больных ХСН II-III стадии. И поэтому можем рекомендовать применение отечественного препарата при II-III стадии ХСН быстрой компенсации.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА: КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Верюгина Н.И., аспирант кафедры неврологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

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

Материалы и методы. В ходе настоящей работы планируется анализ результатов единовременного обследования серийной выборки из 150 пациентов с болезнью Паркинсона, диагностированной на основании критериев Банка головного мозга Общества болезни Паркинсона Великобритании, в период с октября 2017 года на кафедре неврологии РМАНПО на базе ГБУЗ ГKB им. С.П. Боткина.

При осмотре пациентов учитываются возраст, пол, возраст манифестации, длительность и форма БП, первые симптомы БП, длительность приема леводопы, суточная доза леводопы на момент осмотра, семейный анамнез, премоторные симптомы, наличие нарушения поведения во время фазы сна с быстрыми движениями глаз, отдельно для женщин возраст менархе и менопаузы, число родов.

Пациентам проводятся клинико-неврологическое и нейропсихологическое исследования с количественной оценкой изменений. Оценивается эффективность ранее начатой противопаркинсонической терапии, а также уровень основных половых гормонов: фолликулостимулирующего, лютеинизирующего гормонов у женщин и мужчин, а также эстрадиола у женщин и тестостерона у мужчин.

Тяжесть состояния пациентов количественно оценивается по унифицированной рейтинговой шкале БП – MDS-UPDRS (Movement Disorder

Society Unified Parkinson's Disease Rating Scale), степень моторных нарушений – по шкале Hoehn-Yahr, уровень повседневной активности — по шкале Schwab и England.

Качество жизни пациентов оценивается с помощью опросника PDQ-39, вегетативные нарушения — по шкале для оценки вегетативных нарушений у пациентов с БП, когнитивные нарушения – с помощью теста ЗКТ, аффективные нарушения – с помощью Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS).

Результаты. В настоящее время обследовано 57 пациентов с болезнью Паркинсона, из них 28 мужчин и 29 женщин. Определен уровень основных половых гормонов в сыворотке крови 12-ти пациентов.

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

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЕМИОТИКИ ПЛОСКИХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Веселов В.В., аспирант кафедры эндоскопии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Целью исследования: явилось изучение эффективности разработанной нами эндоскопической семиотики плоских и уплощенных эпителиальных новообразований толстой кишки в их дифференциальной диагностике при рутинном осмотре в белом свете.

Материалы и методы. Оценены и сопоставлены результаты эндоскопической и морфологической диагностики 168 обнаруженных и удаленных эпителиальных новообразований толстой кишки (87 плоских, типа 0-IIa по Парижской классификации 2002 года; 61 уплощенных, типа 0-Is; 14 плоско-углубленных, типа 0-IIa+IIc; 2 язвенных, III-типа; 4 латерально распространяющихся, LST-типа).

Современными видеоколоноскопами, обладающими возможностью получения изображения высокой четкости, производился обычный осмотр выявленных плоских и уплощенных новообразований в белом свете, затем – в узком спектре света (NBI), выполнялась хромоскопия с 0,4% раствором индигокармина, увеличительная или близкофокусная колоноскопия.

При осмотре в белом свете основное внимание обращалось на следующие, разработанные нами, эндоскопические семиотические признаки:

- в гиперпластических полипах не виден ямочный микрорельеф поверхности и не визуализируется поверхностная микроваскулярная сеть;

- в «обычных» сидячих зубчатых аденомах видны ямки эпителия более всего соответствующие ямкам II типа по S.Kudo, но не видна микроваскулярная сеть;

- в «волнистых» сидячих зубчатых аденомах не всегда виден ямочный микрорельеф поверхности, но хорошо видна микроваскулярная сеть по типу «изогнутых линий»;

- в доброкачественных плоских аденомах хорошо видны ямки эпителия, соответствующие III или IV типу микрорельефа поверхности по S. Kudo;

- в аденомах с тяжелой дисплазией эпителия или с поверхностной подслизистой инвазией имеется депрессия в центральной части, виден микрорельеф поверхности, соответствующий нерегулярному Vi-типу по S. Kudo без демаркационной линии, а в карциномах с глубокой подслизистой

инвазией - в сочетании с демаркационной линией или с бесструктурными ямками эпителия, соответствующими Vp-типу.

Результаты. Частота совпадения результатов морфологической идентификации плоских эпителиальных новообразований с результатами эндоскопического прогнозирования при осмотре в белом свете оказалась довольно высокой и составила 97,6% (в 164 из 168 наблюдений).

Абсолютный результат получен при визуальной оценке аденом с развившейся в них местно распространенной карциномой: все 15 (100%) ранних раков были правильно интерпретированы как при исследовании в белом свете, так и при осмотре в условиях применения уточняющих эндоскопических технологий. Причем, в 13 из 15 наблюдений, была правильно визуально определена глубина опухолевой инвазии (поверхностная или глубокая), что позволило рекомендовать адекватные, с онкологических позиций, способы их лечения.

Заключение. Полученные результаты показали адекватность разработанных вариантов эндоскопической семиотики для оценки и интерпретации выявленных при колоноскопии плоских эпителиальных новообразований толстой кишки при их осмотре в белом свете, что доказывает высокую информационную эффективность исключительно субъективной визуальной идентификации этих образований, основанной на знании их характерной эндоскопической семиотики.

РОЛЬ ВИТАМИНА D В ИСХОДАХ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Власова А.Л., аспирант кафедры акушерства и гинекологии

Руководитель: Подзолкова Н.М., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

По оценкам всемирной ассоциации здравоохранения (ВОЗ), около 10-15% женщин страдают от бесплодия, а проблемы с зачатием имеют около 80 млн. человек во всем мире. В последнее время огромная роль в лечении и профилактике бесплодия отводится жирорастворимому витамину D. Витамин D участвует во многих физиологических процессах организма, одним из которых является функционирование репродуктивной системы.

Недостаточность витамина D широко распространена среди женщин репродуктивного возраста. Гиповитаминоз витамина D может приводить к снижению естественной фертильности и снижению частоты наступления беременности в ходе программ ВРТ. Считается, что витамин D может быть вовлечен в патогенез синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) и эндометриоза. Витамин D может влиять на чувствительность тканей к инсулину, он оказывает модулирующий эффект на экспрессию генов, ответственных за углеводный обмен и синтез андрогенов. Дефицит витамина D может приводить к нарушению толерантности к глюкозе, инсулинорезистентности (ИР) и сахарному диабету (СД) 2 типа и усугублению гипреандрогении. Значение витамина D в патогенезе эндометриоза объясняется его иммуномодулирующим и противовоспалительным свойствами.

Насыщенность витамином D также зависит от воздействия на человеческий организм УФ-излучения и типа кожи. Снижение естественной фертильности в осенне-зимнее время года ассоциируется с дефицитом витамина D. По данным ряда авторов, уровни 25-гидрокси витамин D

(25(OH) D) меняются в зависимости от времени года у женщин с бесплодием, обратившихся для лечения методами ВРТ.

В проспективном исследовании у группы женщин с достаточным уровнем 25(OH) D в сыворотке крови частота наступления клинической беременности была значимо выше, чем в группах с дефицитом и недостаточностью. Впервые была выполнена работа по определению уровня 25(OH) D в фолликулярной жидкости в Иране в 2010 г. Уровень 25 (OH) D в фолликулярной жидкости отражает уровень витамина D в организме в целом. Высокий уровень 25 (OH) D в фолликулярной жидкости сопровождается повышением частоты наступления клинической беременности после ЭКО.

При переносе криоконсервированных эмбрионов наблюдалась прямая связь между уровнем витамина D в крови и эффективностью программ ВРТ, то есть наибольшая частота наступления клинической беременности наблюдалась у женщин с нормальным уровнем витамина D.

Доказано, что витамин D участвует в функционировании репродуктивной системы женщин и вовлечен в патогенез многих гинекологических заболеваний, в том числе бесплодия, однако точные механизмы остаются неизвестными. В настоящее время существуют исследования, подтверждающие связь витамина D с репродуктивной системой вследствие обнаружения рецепторов к витамину D в матке и яичниках. Витамин D активизирует стероидогенез, увеличивает продукцию прогестерона. Предполагается, что витамин D воздействует на пролиферацию эндометрия и тем самым увеличивает шансы на наступление беременности. Эффект витамина D в матке может проявляться либо через регуляцию специфических генов-мишеней, либо через хорошо установленные иммуномодулирующие эффекты гормона. Однако данные противоречивы и требуют дальнейшего изучения, имеются работы зарубежных авторов, показывающие, что нет корреляции между уровнем витамина D и клиническими исходами ВРТ. Возможно, неоднородность

получаемых результатов связана с различными типами программ ВРТ, с изменениями, возникающими в результате индукции суперовуляции, временем года. В связи с этим перспективным является изучение влияния уровня витамина D на различные программы ВРТ.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В АWAKE-ХИРУРГИИ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА В «ЦКВГ» ФСБ РФ

Вореводин А.Н., ординатор кафедры анестезиологии и реаниматологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Увеличение числа нейроонкологических пациентов, заставляет совершенствовать методики нейрохирургических операций.

Краниотомия в сознании (Awake craniotomy) – представляет собой нейрохирургическую операцию, которая выполняется абсолютно аналогично классической краниотомии, но пациент находится в сознании на протяжении, практически, всей процедуры. Это позволяет нейрохирургу тестировать работу мозга, в течение всей операции. Такая тактика позволяет минимизировать риски послеоперационных осложнений для пациента. Нейрохирург и анестезиолог вместе выбирают вид Awake-анестезии. Задачей анестезиолога является выбор такого вида анестезиологического пособия, чтобы минимизировать риск развития кризисных ситуаций.

Цель исследования: Проанализировать имеющиеся литературные данные о вариантах анестезиологического обеспечения при «хирургии мозга в сознании» - awake – анестезии и оценить возможности метода, на основании методики применяемой в ЦКВГ ФСБ РФ.

Материалы и методы. В «ЦКВГ» ФСБ РФ используется строго регламентированная методика выполнения краниотомии в сознании. Осмотр больного (тироментальное расстояние, шкала Маллампати), выбор анестетика (пропофол, десфлюран, севоран, дексдор), мониторинг ЭЭГ-потенциалов, либо BIS – мониторинг; миоплегия с возможностью гарантированного медикаментозного реверса блока (рокуроний - сугаммадекс) и нейромышечный мониторинг, выбор наркотического анальгетика и режима введения (фентанил 1-2 мкг/кг/ч), местная анестезия зон фиксации нейрохирургической скобы. Обеспечение проходимости дыхательных путей в зависимости от выбранного сценария awake- анестезии. Пробуждение. Этап картирования. Гемостаз и ушивание, экстубация пациента с оценкой неврологического статуса. Перевод в ОРИТ.

Результаты. Проведенный анализ литературных источников, а также опыт применения методики awake-анестезии, при оперативных вмешательствах на функционально значимых областях головного мозга, на базе «ЦКВГ» ФСБ РФ, продемонстрировал следующие возможности метода: точное картирование функционально активных и пораженных опухолью областей головного мозга (ГМ), нивелирование потерь точности навигационных систем во время операции, уменьшение степени послеоперационного отека ГМ и неврологического дефицита, сокращение длительности ИВЛ, уменьшение длительности этапа лечения в ОРИТ.

Заключение. Краниотомия в сознании является уникальной методикой, позволяющей проводить интраоперационное картирование функционально наиболее важных зон коры головного мозга. По литературным данным, положительными сторонами данной методики является: снижение времени пребывания в ОРИТ, времени ИВЛ, увеличение оборота койки в ОРИТ нейрохирургического профиля. Метод может совершенствоваться в связи с открывающимися возможностями фармакологии, интраоперационного мониторинга, противоотечной терапии,

а также в связи с развитием средств для обеспечения проходимости дыхательных путей при спонтанном дыхании у бодрствующих пациентов.

АНАЛИЗ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ РИСКОВ РАБОТНИКОВ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ.

Габараев Г.М., студент СОГМА, кафедра внутренних болезней № 2;

Макиева И.Г., студентка СОГМА, кафедра внутренних болезней № 2

Руководитель: Теблосов М.М., к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, г. Владикавказ

Введение. Ежегодно во всем мире теряют трудоспособность около 2 миллионов людей, из-за заболеваний вызванных вредными факторами труда. Metallurgy-отрасль промышленности, которая и по сей день остается ведущим двигателем экономики во многих регионах страны. Производство металла требует плавление руды в доменных печах, при температуре выше 1000 градусов Цельсия. Так же в металлургии помимо температурных методов используют химические и электрохимические методы. При выплавке металлов, работник сталкивается с комплексом вредных факторов: высокая температура, шум, производственные газы, пыль, вибрация.

Цель исследования: Выявить наиболее часто встречающиеся профессиональные и профессионально обусловленные заболевания у работников металлургической промышленности.

Методы исследований. Для выявления профессиональных патологий, был проведен углубленный анализ данных медицинских осмотров за 3 года, на базе ГБУЗ «Поликлиника» №2, которая обслуживает Владикавказский завод ОАО «Победит», который является одним из ведущих предприятий по производству вольфрама, молибдена, рения и твердых сплавов.

Результат исследований. Анализ данных медицинских осмотров показывает, что весь контингент работников (1100 человек), работающих на предприятии, находятся в контакте с вредными факторами труда. Однако из всего числа трудящихся, периодические медицинские осмотры, на основании приказа №302Н, прошли только 739 человек. По результатам медицинских осмотров, профпригодны к работе с вредными и (или) опасными веществами и производственными факторами только 722 человека, 7 работников постоянно профнепригодных и 171 человек нуждаются в лечебно-профилактических мероприятиях. Среди причин утраты трудоспособности у лиц, работающих на металлургическом производстве выявлены такие заболевания как вибрационная болезнь, нейросенсорная тугоухость, полиневриты, заболевания опорно-двигательного аппарата.

Выводы. Нерациональная организация трудового процесса, несвоевременное выявление преморбоидных состояний на этапе диспансеризации и пренебрежение средствами индивидуальной защиты-это основные факторы, располагающие к возникновению хронических профессиональных или профессионально обусловленных заболеваний.

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВИДОВ ВРОЖДЕННО ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБОВ ПРИ ГИПОДЕНТИИ

Гагкаева З.А., аспирант кафедры ортодонтии

Руководитель: Самойлова Н.В., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Врожденное отсутствие менее 6-ти постоянных зубов обозначается термином гиподентия. Наиболее часто встречающейся на приеме у врача-ортодонта аномалией количества зубов является адентия 1-2 зубов, которую можно отнести к легкой степени выраженности патологии.

Цель исследования: определить частоту встречаемости и локализацию врожденного отсутствия разновидностей зубов при адентии легкой степени выраженности для последующей разработки рекомендаций к ортодонтическому и междисциплинарному лечению такой аномалии.

Материал и методы. Из 115 детей и подростков с разновидностями врожденного отсутствия зубов, обследованных клинически и ортопантомографически, выделена группа из 74 пациентов (21 - муж. пола и 53 - жен. пола) с адентией 1 - 2 зубов. Возраст пациентов в среднем составил $M \pm m = 12,1 \pm 2,08$. Мы изучили количество и локализацию врожденно отсутствующих зубов, на верхней и нижней челюстях, а также поквадрантно. Адентию третьих моляров не учитывали. Применены стандартные методы вариационной статистики.

Результаты. Общее количество врожденно отсутствующих зубов у 74 обследованных составило 139. В среднем у одного пациента отсутствовало $1,88 \pm 0,33$ зубов с превалированием по количеству адентии зубов на верхней челюсти ($M = 1,81$ $sd=0,39$) по сравнению с нижней ($M=1,62$, $sd=0,49$). Чаще встретилась адентия 2-х зубов - у 65 (87,8%) пациентов, тогда как адентия 1-го зуба – только у 9 (12,2%).

Суммарно у 74 пациентов врожденно отсутствовало 91(65,5%) боковых резцов верхней челюсти, 18 (12,9%) центральных резцов нижней челюсти, 13 (9,3%) нижних и 8 (5,7%) верхних вторых премоляров, 6 (4,3%) клыков верхней челюсти, 2 (1,4%) нижних боковых резца и 1 (0,7%) левый нижний второй моляр. Наиболее характерным видом гиподентии являлось двустороннее отсутствие латеральных резцов на верхней челюсти, выявленное у 41(55,4%) пациента и адентия центральных резцов на нижней челюсти – у 9 (12,2%) пациентов. У 3 (4,1%) обследованных отмечалась адентия клыков с обеих сторон верхней челюсти и у такого же количества пациентов – адентия нижних вторых премоляров, как в 3-ем, так и в 4-ом квадрантах. Всего было выявлено 15 видов дефектов зубных рядов.

Гиподентия чаще поражала верхнюю челюсть - у 58 (78,4%) из 74 пациентов, чем нижнюю челюсть – у 21 (28,4%). У 69 (93,2%) пациентов отмечалась одночелюстная локализация адентии, в том числе у 53 (71,6%) – верхнечелюстная, у 16 (21,6%) - нижнечелюстная и лишь у 5 (6,8%) – двучелюстная. Симметричная локализация гиподентии определена у 58 (78,4%) пациентов, а односторонняя – у 16 (21,6%), чаще правосторонняя. Нам не встретилась адентия центральных резцов, первых премоляров и моляров на верхней челюсти, а также клыков, первых премоляров и первых моляров на нижней челюсти.

Заключение. Врожденное отсутствие от 1 до 2 зубов наблюдается чаще у лиц женского пола: соотношение пациентов женского пола к мужскому полу составило 2,52 1. Превалирует двусторонняя адентия верхних латеральных резцов (55,4%) и центральных резцов нижней челюсти - в 12,2% случаев. Наиболее типична одночелюстная (преимущественно верхнечелюстная - 78,4%) и симметричная (78,4%) локализация гиподентии двух зубов (87,8%). Выделено 15 вариантов локализации гиподентии 1 – 2 зубов. Полученные данные будут способствовать разработке протоколов оказания ортодонтической и комплексной стоматологической лечебной помощи детям и подросткам при гиподентии.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ВРОЖДЕННО ОТСУТСТВУЮЩИХ ЗУБОВ ПРИ ГИПОДЕНТИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

Гагкаева З.А., аспирант кафедры ортодонтии

Руководитель: Самойлова Н.В., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В повседневной практической деятельности врач-ортодонт часто диагностирует аномалии количества зубов и, в частности, их врожденное отсутствие – адентию. В зависимости от количества отсутствующих зубов, адентию подразделяют на гиподентию, олигодентию и анодентию. В свою очередь, гиподентия может проявляться в легкой форме – при врожденном отсутствии 1 – 2 зубов или средней – при адентии 3-5 зубов.

Цель исследования: проанализировать частоту встречаемости, определить локализацию и функциональную принадлежность врожденно отсутствующих зубов при гиподентии средней степени выраженности у детей и подростков для последующей оптимизации их ортодонтического лечения.

Материал и методы. Нами обследовано 115 детей и подростков с гиподентией различной степени выраженности в возрасте $M \pm m = 12,15 \pm 2,08$ лет. Диагноз подтверждали на основании изучения ортопантомограмм челюстей. Выделена группа из 41 пациента (12 - муж. пола и 29 - жен. пола) с врожденным отсутствием от 3 до 5 зубов. Проведен анализ частоты встречаемости, количества и расположения адентии зубов. Для обработки материала применены стандартные методы вариационной статистики.

Результаты исследования. Общее количество врожденно отсутствующих зубов у 41 пациента составило 169, т. е. в среднем 4,12 ($s.d.=0,8$) - у одного обследованного. Несколько большее среднее количество отсутствующих зубов выявлено на верхней челюсти - 2,43 ($s.d.=1$) по

сравнению с нижней - 2,14 (s.d.=0,84). У 34 пациентов (82,9%) определена двучелюстная локализация гиподентии, у 7 (17,1%) – на одной из челюстей, из них у 4 (9,76%) – на нижней челюсти. Чаще превалировало симметричное расположение гиподентии: на верхней челюсти - в 56,1% случаев, на нижней челюсти – в 65,85%, тогда как правосторонняя ее локализация встретилась у 19,5% пациентов, а левосторонняя – у 7,32%. Врожденное отсутствие зубов во всех четырех сегментах явление редкое и наблюдалось лишь у 2,44 % обследованных. Адентия трех зубов выявлена у 11 пациентов (26,8 %), четырех - у 14 (34,1%), пяти - у 16 (39%). Чаще других встретилась адентия боковых резцов верхней челюсти - у 27 (65,85%) пациентов, из них у 22 - двусторонне (53,66%). Второе место по частоте встречаемости заняла адентия вторых премоляров нижней челюсти, которая встретилась у 23(56,1%) пациентов, в том числе двусторонняя – у 16 (39%). Далее следовала адентия нижних центральных резцов – у 16 (39%) обследованных, из которых оба резца отсутствовали у 11(26,8%). Наиболее устойчивыми в отношении адентии явились центральные резцы верхней челюсти, клыки и первые моляры – на нижней челюсти. Эти зубы имелись в наличии у всех пациентов. Суммарно у 41 пациента встретилось 35 вариантов сочетания врожденного отсутствия видов зубов, 29 из них - единично, а 6 вариантов - дважды. В 3 вариантах из этих 6-ти выявлена полная симметрия в виде изолированной адентии боковых резцов на верхней челюсти или ее сочетания с врожденным отсутствием центральных резцов или вторых премоляров на нижней челюсти.

Заключение. Гиподентия от 3 до 5 зубов наблюдается в 2,4 раза чаще у лиц женского пола. Локализация этой патологии обычно двучелюстная и чаще симметричная. У 41 исследуемого пациента с гиподентией выявлено 35 вариантов ее разновидностей, что позволяет сделать вывод о необходимости индивидуального подхода к планированию ортодонтического метода лечения

больных адентией средней степени тяжести в комплексе стоматологических реабилитационных мероприятий.

ВЛИЯНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Гаджимагомедова А.А., аспирант кафедры гериатрии и медико-социальной
экспертизы

Руководители: Пузин С. Н. д.м.н., академик РАН, проф.;

Богова О.Т. д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Частота фибрилляции предсердий (ФП) прямо коррелирует со степенью хронической сердечной недостаточности (ХСН): она нарастает от 10 % у больных II функционального класса (ФК) до 40 % и более у пациентов IV ФК. В целом ФП встречается при ХСН в 25% случаев и повышает смертность до 34% по сравнению с 23% при синусовом ритме (по данным литературы). По результатам проведенного в 2000–2001 гг. в 24 странах Европы исследования, пароксизмальная и устойчивая ФП наблюдалась среди пациентов с ХСН более чем в 45% случаев, при этом у 13% госпитализированных по поводу декомпенсации ФП была диагностирована впервые.

Цель исследования: изучить влияние ФП на развитие ХСН.

Материалы и методы. В данном исследовании 30 пациентов с пароксизмальной и персистирующей ФП (постоянная форма отсутствует). В качестве сопутствующих заболеваний наблюдались артериальная гипертензия, ИБС, инфаркт миокарда в анамнезе, сахарный диабет II типа, гипертиреоз. Всем пациентам проводили инструментальные исследования - ЭхоКГ показатели (фракция изгнания (ФИ) и левое предсердие (ЛП)) и метод

оценки спектральных показателей variability сердечного ритма 5-минутных интервалов с помощью компьютерного комплекса. Изучали эффекты β -адреноблокатора бисопролола (2,5 мг в день per os) и амиодарона (200 мг).

Результаты. По данным ЭХОКГ: ФИ и размер ЛП на момент госпитализации у больных с ФП составляет: 20 пациентов с ФП имели среднюю ФИ- 62-63% и размер ЛП -4,2 см; 10 пациентов с ФП средняя ФИ- 55-56% и размер ЛП- 4,5 см.

Метод оценки спектральных показателей variability сердечного ритма 5-минутных интервалов с помощью компьютерного комплекса показал, что на фоне лечения ФП бисопрололом и амиодароном у пациентов с впервые выявленной пароксизмальной формой ФП в структуре спектра была резко уменьшена мощность медленных (LF) колебаний и увеличена мощность быстрых (HF) колебаний. Мощность очень медленных колебаний (VLF) составляла 40%.

Выводы. Таким образом, на первом этапе исследования у пациентов с впервые возникшей ФП не выявлены проявления ХСН 2-4 ст. Лечение пациентов выше перечисленными антиаритмическими средствами показало положительные эффекты на variability ритма.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НАРУЖНОГО ГЕМОРРОИДАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

Гаин М.Ю., доцент кафедры неотложной хирургии

Руководитель: Шахрай С.В., д.м.н., проф.

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

Введение. Возникающие боли и выраженный местный дискомфорт у пациентов с острым тромбозом наружных геморроидальных узлов в значительной степени влияют на физическую, социальную и часто психическую сферу человека, ограничивают его трудоспособность. Поэтому разработка и внедрение эффективных методик лечения острого геморроидального тромбоза является важной с экономической и социальной точек зрения задачей хирурга амбулаторной практики.

Цель исследования: оценка результатов лечения острого геморроидального тромбоза в амбулаторно-поликлинических условиях с применением лазерных технологий.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 430 пациентов. В 259 случаях имел место «нодулярный» тип острого наружного геморроидального тромбоза 1-2 степени, при котором возможно выполнение в амбулаторных условиях хирургического вмешательства в виде того или иного варианта тромбэкстракции, что составляет 60,2% пациентов. У 125 пациентов (1-я группа) произведен следующий объем вмешательства: выделение из тканей после гидропрепаровки анестетиком тромбированного узла без вскрытия кавернозной капсулы, коагуляция и отсечение сосудистой ножки, при имеющемся кровотечении - дополнительный гемостаз; диссекцию тканей и гемостаз производили хирургическим полупроводниковым лазером с излучением длиной волны 940 нм и мощностью 12 Вт. Во второй группе (47 пациентов) применяли пункционную

вакуумную тромбэкстракцию с лазерной локальной коагуляцией кавернозной капсулы лазерным излучением с длиной волны 1560 нм и мощностью 10 Вт, в течение 5 дней назначали местную терапию мазевыми аппликациями и венотоники. Третью группу составили 87 пациентов, которым применялась традиционная консервативная терапия.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения оценивали по динамике болевой реакции, степени анального дискомфорта и морфологическим местным изменениям. Степень боли и дискомфорта оценивали по визуальной аналоговой шкале. Анализ результатов лечения показал преимущество активной хирургической тактики, что позволяет ко 2 суткам всем пациента 1-й и 2-й группы избавиться от болевых ощущений, при этом более чем у 80% пациентов обеих групп уже на 1-е сутки после вмешательства боли отсутствуют. В третьей же группе у подавляющего количества наблюдаемых (90% пациентов) только с 3-х суток терапии появляется положительная динамика и в 60% случаев только к концу первой недели у пациентов исчезает болевой синдром. Анализ результатов между 1-й и 2-й группами не выявил достоверных различий по интенсивности болевых ощущений, однако наличие открытого раневого дефекта в течение 5-7 дней и отсутствие такового после пункционной тромбэкстракции с лазерной деструкцией узла позволяет говорить о преимуществах второй методики.

Выводы:

1. Около 60% пациентам с острым геморроидальным тромбозом возможно применение активной хирургической тактики в амбулаторных условиях.

2. Эффективными методиками оперативного лечения острого геморроидального тромбоза при локальной форме 1-2 степени является применение пункционной или инцизионной тромбэкстракции с лазерной коагуляцией наружного геморроидального узла.

ПОДКОЖНО-ПОДСЛИЗИСТАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С ШОВНОЙ ДЕАРТЕРИЗАЦИЕЙ И МУКОПЕКСИЕЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Гаин М.Ю., доц. кафедры неотложной хирургии

Руководитель: Шахрай С.В., д.м.н., проф.

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

Цель исследования: изучить результаты лечения пациентов с хроническим геморроем после подкожно-подслизистой лазерной фотокоагуляции геморроидальных узлов лазерным излучением инфракрасного диапазона длиной волны 1560 нм в сочетании с шовным лигированием терминальных ветвей верхней прямокишечной артерии и мукопексией.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения пациентов в двух группах сравнения. В первую (контрольную) группу вошло 45 пациентов с III стадией заболевания (38 мужчин и 7 женщин, медианный возраст – 46 лет). Всем пациентам этой группы выполнена закрытая геморроидэктомия. Вторую группу составили также 45 пациентов с III стадией хронического геморроя (37 мужчин и 8 женщин, медианный возраст 46 лет), которым произведена лазерная фотокоагуляция геморроидальных узлов лазерным излучением в инфракрасном диапазоне длиной волны 1560 нм и мощностью 8-10 Вт. Также пациентам второй группы было выполнено прошивание питающих узлы артерий с «якорной» геморроидомукопексией.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных в ближайшем послеоперационном периоде показал преимущества лазерной коагуляции геморроидальных узлов с шовным лигированием артерий и мукопексией по

сравнению с закрытой геморроидэктомией. Техническая особенность выполнения данной операции заключалась в том, что лазерная коагуляция не требовала использования дополнительного гемостаза, отсутствовала необходимость ушивания послеоперационных ран. В первые 3 суток после операции отмечались значительные различия в основной и контрольной группах со стороны болевого синдрома. У пациентов после геморроидэктомии полное купирование болевого синдрома происходило только после применения наркотических анальгетиков, кратность введения которых в первые сутки для обеспечения комфортного послеоперационного периода составляла от 4 до 6 раз ($Me=5$). У 78% пациентов контрольной группы адекватный перевод с наркотической аналгезии на введение препарата «Кеторолак» осуществлён был на вторые сутки, у 22% - на третьи. В основной группе интенсивность болевого синдрома была существенно меньше в первые 3 суток (в соответствии с унифицированной шкалой болевого синдрома и послеоперационного дискомфорта) ($p=0,00013$, MannWhitney U-test) и не требовала применения наркотических анальгетиков (при этом в 93% случаев начиная с третьих суток в покое боли полностью отсутствовали). Динамика уменьшения болевого синдрома после дефекации показывает статистически значимые различия между группами. При этом к концу второй недели в 52% случаев боли при дефекации у пациентов основной группы отсутствовали, а на четвёртой неделе наблюдения у всех пациентов после лазерной коагуляции полностью отсутствовала болевая реакция. В контрольной группе динамика уменьшения индуцированной дефекацией боли имела замедленный характер с полным их исчезновением у всех пациентов только к 9-й неделе наблюдения ($p=0,00007$, MannWhitney U-test).

Интенсивность послеоперационного болевого синдрома и наличие осложнений оказало влияние на медианную длительность пребывания пациентов контрольной группы в стационаре, что составило 8 койко/дня

(против 2 койко/дней в группе после лазерной операции; $p=0,000147$, MannWhitney U-test). Медиана длительности временной нетрудоспособности после геморроидэктомии составила 20 дней, что более чем в 3 раза больше, чем в основной группе ($p=0,0000397$, MannWhitney U-test).

Выводы. Подкожно-подслизистая лазерная коагуляция геморроидальных узлов в сочетании с шовным лигированием артерий и мукопексией является менее инвазивным и травматичным способом лечения хронического геморроя III стадии в сравнении с традиционно применяемой закрытой геморроидэктомией.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОЧЕК В СОЧЕТАНИИ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гайнетдинов А.И., заочный аспирант кафедры урологии и нефрологии
Руководитель: Галеев Р. Х., д.м.н., проф., зав. каф. урологии и нефрологии
КГМА - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

Цель исследования: повышение эффективности лечения пациентов с новообразованиями почек в сочетании с мочекаменной болезнью.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 222 пациентов (127 мужчин и 95 женщин) с новообразованиями почек, проходивших лечение в отделениях пересадки почек и отделении урологии ГАУЗ МЗ РТ Республиканской клинической больницы, города Казани в период с 2013 года по 2017 год. Возраст пациентов составил от 23 до 86 лет (средний возраст — 57,5 лет). Диагноз выставлялся с помощью данных анамнеза, физикального осмотра и инструментальных методов (ультразвуковое исследование, рентген-компьютерная томография,

нефросцинтиграфия, остеосцинтиграфия, магнитно-резонансная томография).

Результаты. В 53% новообразования у пациентов были выявлены в правой почке, в 31,7% - в левой почке, а в 15,3% случаев выявлены опухоли обеих почек. У 49 пациентов (19,4%) опухоль поражала единственную почку. Оперативное лечение по поводу новообразований включало в себя: резекцию почки (64 случая), энуклеорезекцию (85), нефроэктомию (28). Средний размер образований – 45,2 мм (от 5 мм до 250 мм). У 24 пациентов (10,8%) с новообразованиями почек выявлена также мочекаменная болезнь. У 21 пациента обнаружены камни почек, у 3 пациентов камни мочеточников. В 5 случаях проводилась дистанционная ударно-волновая литотрипсия камней противоположной от пораженной опухолью почки. Уретероскопия с контактной литотрипсией и экстракцией конкремента была выполнена 1 раз пациенту с почечной коликой. 2 пациентам выполнена нефроэктомия. Пиелолитотомия была выполнена у 7 пациентов. В 10 случаях пациентам проводилась литолитическая терапия с последующим самостоятельным отхождением конкрементов или растворением уратных камней. 4 пациентам был установлен внутренний стент катетер.

Выводы. При лечении пациентов с новообразованиями почек следует проводить комплексное обследование всей мочеполовой системы. В случае обнаружении другой урологической патологии особую важность обретает выбор оптимальной тактики лечения пациента. В случае мочекаменной болезни при выраженной ее симптоматике (почечная колика, нарушение уродинамики) целесообразнее проводить мероприятия по восстановлению уродинамики и удалению конкремента. В остальных случаях первым этапом проводится хирургическое лечение по поводу новообразования. А при односторонней локализации возможно проведения одномоментной комбинированной хирургии.

СОРАФЕНИБ В ЛЕЧЕНИИ ЙОДРЕФРАКТЕРНОГО
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:
КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Гарипов К.А., ординатор кафедры онкологии, радиологии и паллиативной
медицины

Руководитель: Афанасьева З.А., д.м.н., доц. кафедры онкологии, радиологии
и паллиативной медицины КГМА, секретарь Научного общества онкологов
Татарстана

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

Актуальность. По литературным данным, у 25-66% больных дифференцированным раком щитовидной железы (РЩЖ) с отдаленными метастазами при лечении радиоактивным йодом развивается частичная или полная резистентность к терапии. Данной группе пациентов рекомендуется таргетная терапия мультикиназными ингибиторами.

Цель исследования: оценить результаты применения таргетного препарата Сорафениба (Nexavar) в лечении больных радиойод-резистентным РЩЖ.

Материалы и методы. Имеем опыт применения таргетного препарата Сорафениба у 3 больных радиойод-резистентным РЩЖ. Йодрезистентность у пациентов развилась после получения суммарной дозы от 8 до 12,7 ГБк. Все получали супрессивную терапию левотироксином до ТТГ <0,1 ммоль/л. Пациент З., мужчина 69 лет, получал Сорафениб 2 недели в дозе 800 мг, далее препарат отменен из-за острого нарушения мозгового кровообращения. Пациентка С., женщина 67 лет, получала Сорафениб с самостоятельной редукцией дозы из-за высокого артериального давления 10 недель: 3 – по 800 мг, 3 – по 600 мг, 4 недели – по 400 мг. Из-за отсутствия эффекта решено вернуться к суточной дозе 800 мг. Пациентка И., женщина, 58 лет, получает

Сорафениб 13 месяцев. У нее получен хороший клинический эффект с положительной динамикой метастазов в легких.

Выводы. Таким образом, применение Сорафениба позволило получить положительный эффект в виде уменьшения метастатических очагов в легких у 1 из 2 пациенток с йодрезистентным РЦЖ.

ЗАКОНОМЕРНОСТИ РЕГИОНАРНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Гатауллин Б.И., врач-онколог РКОД МЗ РТ

Руководитель: Хасанов Р.Ш., д.м.н., проф., член-корр. РАН

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

Высокие показатели смертности от КРР связаны с неадекватным стадированием, планированием лечения без учета прогностических и предиктивных факторов. Анализ комплекса прогностических факторов опухолевого процесса показал, что 5-летняя выживаемость больных при раке прямой кишки зависит от наличия регионарных метастазов. Однако возможности дооперационных методов диагностики метастазов рака прямой кишки в регионарные лимфатические узлы существенно ограничены.

Цель исследования: изучение клинико-морфологических и генетических закономерностей регионарного метастазирования.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов клинического обследования и лечения 316 больных раком прямой кишки., получивших комбинированное лечение в ГАУЗ РКОД МЗ РТ. Иммуногистохимические исследования проведены с помощью набора моноклональных (МКАТ) антител к маркеру клеточной пролиферации Ki-67 и белку онкогена HER2/neu. Кроме того, 62 пациентам был проведен генетический анализ на наличие мутации в гене K-ras. Статистическую

обработку данных проводили с использованием пакета статистических программ Statistica (StatSoft) версии 6.0.

Изучение характера регионального метастазирования опухолей прямой кишки у больных показало, что подавляющее большинство регионарных метастазов, независимо от уровня поражения прямой кишки (нижнее-, средне- и верхне-ампулярные отделы), локализовалось в параректальных лимфатических узлах (71,4%, 96,9%, 62,3%). В то же время, при всех локализациях рака у больных основной группы было диагностировано поражение париетальной группы лимфатических узлов – парааортальные (3,6%, 15,3%, 14,8%), подвздошные (3,6%, 6,8%, 19,7%) и запирательные (3,6%). Отмечено, что наиболее часто в регионарные лимфатические узлы метастазируют опухоли, прорастающие все слои стенки кишки (T3) – в 27,1%, и врастающие в окружающие ткани (T4) – в 70,9% случаев, представленные гистологическим вариантом низкодифференцированной (35%) и умеренно дифференцированной аденокарциномы (35,7%), а также отмечено увеличение частоты регионарного метастазирования по мере увеличения площади опухоли (с 11,1% при площади опухоли не более 5 см² до 57,1% по мере увеличения размеров до 30 см²). При изучении особенностей регионального метастазирования опухолей прямой кишки нами было отмечено, что опухоли, локализующиеся в среднеампулярном отделе прямой кишки метастазируют в регионарные лимфатические узлы несколько чаще (42,4%), чем опухоли верхнеампулярного и ректосигмоидного (26,3%), а также анального и нижнеампулярного отделов прямой кишки (25%).

У больных с поражением регионарных лимфатических узлов чаще выявляются опухоли с положительным статусом HER-2/neu – 37%, чем при их отсутствии - 28% и высокой (более 20%) экспрессией Ki-67 у 67% пациентов. При наличии регионарных метастазов мутации гена K-ras встречались значительно чаще, в 45,8%, чем при их отсутствии-4,9%. Данная зависимость является статистически значимой ($p < 0,005$). Проведение

многофакторного корреляционного анализа показало, что неблагоприятными прогностическими критериями регионарного метастазирования рака прямой кишки являются: глубина инвазии, локализация опухоли, эндофитный рост рака, низкая степень дифференцировки опухолей, высокая экспрессия Ki-67, положительный статус HER-2/неу, мутации гена K-ras.

Полученные результаты исследования могут служить основанием к выполнению расширенной лимфодиссекции и проведению адъювантной химиотерапии при отсутствии морфологически подтверждённом поражении метастазами регионарных лимфатических узлов.

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА В РАЗВИТИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Гафарова С.У., магистр кафедры акушерства и гинекологии

Саидова Ф.И., студент 2-го курса лечебного факультета

Руководитель: Рахматуллаева М.М., к.м.н., старший преподаватель

Бухарский Государственный медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Цель работы: на основании изучения литературных данных определить значимость нарушений микробиоты влагалища в развитии предраковых заболеваний шейки матки.

Материал и методы. Нами изучены литературные данные на интернет-сайтах по медицине.

Результаты и обсуждение. Бактериальный вагиноз – наиболее распространенное инфекционное заболевание нижних половых путей у женщин репродуктивного возраста может играть определенную роль в развитии неоплазии шейки матки, нарушая сбалансированную экосистему влагалища и его врожденные защитные механизмы против других инфекций. Вероятную взаимосвязь между бактериальным вагинозом (БВ) и CIN

впервые выявили в 1970 году Josey и Lambe. БВ характеризуется переходом от защитной лактобактериальной флоры к чрезмерному росту анаэробных бактерий, включающих *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus species* и *Prevotella species*.

У здоровых женщин нормальная вагинальная микрофлора, в основном, включает лактобактерии. Эти бактерии определяют защитные свойства эндогенной микрофлоры посредством различных механизмов: секреции органических кислот и антимикробных субстанций (перекисей, бактериоцинов и биосурфактантов), блокирования рецепторов влагалищного эпителия для посторонних микроорганизмов (адгезии к эпителию), участия в индукции иммунного ответа по отношению к патогенным микроорганизмам, продукции стимуляторов иммуногенеза и активаторов фагоцитарной и ферментативной активности. При этом продуцируемая лактобактериями перекись водорода, не только подавляет рост патогенных микроорганизмов, но и оказывает противоопухолевую защиту за счет влияния на процесс селективного апоптоза в трансформативных клетках.

Рандомизированное проспективное исследование Gillet E. и соавт. (2012) показало, что частота развития CIN в два раза выше у БВ-позитивных женщин, чем у БВ-негативных. В другом ретроспективном когортном исследовании Engberts и соавт.(2007) обнаружили, что у женщин с БВ чаще выявляют LSIL и HSIL при цитологическом исследовании. Обнаруженное явление может быть связано с теми биохимическими изменениями, которые происходят при БВ, а именно – с образованием метаболитических побочных продуктов, таких как пропионат и бутират, способных оказывать повреждающее действие на эпителиальные клетки шейки матки. Кроме того, преобладающие в вагинальной флоре при БВ анаэробы выделяют летучие амины (особенно путресцин, триметиламин и кадаверина), ответственные за характерный «неприятный запах рыбы». Амины появляются во влагалищной среде в результате продукции анаэробами аминокислот, образующих в

сочетании с нитритами нитрозамины. По данным Wolrath Н., эти канцерогенные соединения способны образовывать аддукты ДНК, оказывающие мутагенное влияние. Кроме этого, ряд исследований показывает, что локальное скопление нитрозаминов при БВ может вызвать трансформацию клеток эпителия шейки матки при взаимодействии с другими онкогенными агентами, такими как ВПЧ-инфекции.

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют о том, что наблюдается связь между нарушениями микробиоценоза влагалища и развитием цервикальных интраэпителиальных неоплазий шейки матки. При этом БВ отводится роль кофактора развития неоплазии, что позволяет предположить, что лечение БВ может способствовать регрессу неоплазий на ранних этапах их развития.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Гергова А.А., аспирант кафедры неврологии

Руководитель: Замерград М.В., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: оценить частоту вестибулярных расстройств у пациентов с болезнью Паркинсона, их влияние на постуральную устойчивость и возможность их коррекции.

Материалы и методы. К настоящему времени обследовано 15 пациентов с болезнью Паркинсона, из них 7 мужчин и 8 женщин.

Пациенты были разделены на 2 клинические группы: 1 – пациенты с БП и вестибулярными симптомами (n=5); 2 – пациенты с БП, без вестибулярных симптомов (n=10).

Выборка пациентов с БП производилась в соответствии с международными диагностическими критериями Британского банка мозга. Оценивались форма заболевания (акинетико-ригидная, смешанная или дрожательная). Критериями исключения из исследования были: 1) нежелание и неспособность пациента к сотрудничеству; 2) наличие инсульта в ВББ в анамнезе; 3) прием вестибулярных супрессантов; 3) деменция; 4) аффективные нарушения; 5) расстройства зрительной системы; 5) полиневропатии, мозжечковые атаксии; 6) парезы нижних конечностей; 7) нарушение подвижности крупных суставов, требующие дополнительную опору.

Пациентам проводилось клинико-неврологическое, нейропсихологическое, а также нейровестибулярное исследование с количественной оценкой изменений.

Тяжесть состояния пациентов количественно оценивалась по унифицированной рейтинговой шкале БП – MDS-UPDRS (Movement Disorder Society Unified Parkinson's Disease Rating Scale), функциональная стадия заболевания – по шкале Hoehn-Yahr, уровень повседневной активности — по шкале Schwab и England. Для оценки когнитивной функции использовалась - Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment MoCA); тест 3–КТ, тест Рея – Остеррита (Rey–Osterrieth complex figure test (ROCF); тест Бентона на ориентацию линий.

Нейровестибулярное исследование включало (с использованием видеоокулографии): исследование спонтанного, скрытого и позиционного нистагма, тест плавного зрительного слежения, тест рандомизированных саккад, оценка оптокинетического нистагма, исследование вестибулоокулярного рефлекса, шаговый тест Фукуды, тест на субъективную зрительную вертикаль.

Оценка ходьбы и равновесия производилась с помощью: теста Берга, «TUG», шкалы оценки головокружения (Dizziness Handicap Inventory (DHI).

Качество жизни пациентов оценивалась с помощью опросника PDQ-39.

Результаты. У пациентов с БП был выявлен определённый паттерн вестибулярных нарушений – спонтанный нистагм (у 1 пациента), нарушение оптокинетического нистагма (у 4 пациентов дизритмия, у 2 пациентов умеренное ослабление). У 1 пациента из 1 клинической группы выявлено ДППГ на фоне каналолитиаза заднего полукружного канала.

Заключение. Анализ полученных данных позволит оценить частоту вестибулярных расстройств и их влияние на повседневную активность и качество жизни у пациентов с БП, а также позволит разработать подходы к вестибулярной реабилитации.

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ ОЖИРЕНИЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ, КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ВИТАМИНА D И ГЕНЕТИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ РЕЦЕПТОРА ВИТАМИНА D

Гольдшмид А.Е. студент,¹ Беляев Н.С. студент¹

Руководитель: Потешкин Ю.Е. к.м.н., доц.²

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.

Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

² Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Введение. Ожирение – это хроническое заболевание, статистические показатели заболеваемости которого увеличиваются с каждым годом. В 2016 году более 1,9 миллиарда взрослых имели избыточный вес или ожирение. Как известно, ожирение является причиной развития множества заболеваний и осложнений. Одним из самых распространенных осложнений является нарушение липидного спектра. Также доказано, что недостаток витамина D и

ожирение связаны. Изменения уровня витамина D могут являться частью патологического процесса при ожирении.

Цель исследования: определить связь между ожирением, витамином D и метаболическими проблемами

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации 147 пациентов с ожирением. Проводился сбор данных по возрасту, весу, росту, биохимическому и клиническому анализу крови, данным о концентрации сывороточного уровня 25(OH)D, данным о полиморфизме гена рецептора витамина D, по объему потребляемых продуктов, с оценкой их содержания: белков, жиров, углеводов и энергетической ценности. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ «STATISTICA-8», используя описательный, корреляционный и сравнительный анализ.

Результаты. Пациенты были поделены на 4 группы. Критерием выбора группы был установлен ИМТ (индекс массы тела). Группа 1 – пациенты с избыточной массой тела, группа 2 – пациенты с ожирением 1 степени, группа 3 – пациенты с ожирением 2 степени, группа номер 4 – пациенты с ожирением 3 степени. Избыточная масса тела (ИМТ 25-29,9) была у 23 (15,6%) пациентов. Ожирение 1 степени (ИМТ 30-34,9) наблюдалось у 44 (30%) пациентов. Ожирение 2 степени (ИМТ 35-39,9) у 45 (30,6%) пациентов. Ожирение 3 степени (ИМТ >40) у 35 (23,8%) пациентов. Дислипидемия была выявлена у 120 (81,6%) пациентов. Было проведено попарное сравнение показателя дислипидемии во всех группах, статистически значимых различий получено не было. При корреляционном анализе нарушений углеводного обмена с уровнем витамина D была выявлена корреляция между уровнем витамина D со степенью нарушения углеводного обмена ($r=-0,3$). Также было выявлено, что генетический полиморфизм рецептора не ассоциирован с концентрацией витамина D. Уровень триглицеридов был повышен у 93 (63%) пациентов. При проведении

корреляционного анализа, значимая корреляция была выявлена между триглицеридами и сахарным диабетом 2 типа ($r=0,37$, $p<0,05$), глюкозой ($r=0,54$, $p<0,05$) и степенью нарушения углеводного обмена ($r=0,49$, $p<0,05$).

Выводы. Исходя из результатов проведенного исследования, были сделаны выводы: 1. Триглицериды являются маркерами метаболических нарушений. 2. Недостаток витамина D ассоциирован с формированием инсулинорезистентности. 3. Ожирение более значимый фактор для концентрации витамина D, чем полиморфизм гена рецептора.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СООТВЕТСТВИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСРЕКТАЛЬНЫХ БИОПСИЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РАДИКАЛЬНЫХ ПРОСТАТЭКТОМИЙ

Гончарук Д.А., аспирант кафедры; Богданов А.Б., ассистент кафедры урологии и хирургической андрологии, Ивкин Е.В., Соколов Е.А., к.м.н., ассистент кафедры урологии и хирургической андрологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: оценить предсказательность биопсии в определении агрессивности рака предстательной железы (РПЖ). Клиническая стадия РПЖ, сумма баллов по шкале Глисона и уровень ПСА самые значимые предикторы агрессивности РПЖ. Биопсийный материал представляет собой крайне гетерогенные фрагменты ткани простаты малого объема, что препятствует их подробному морфологическому анализу. Часто происходит изменение конечной суммы баллов по шкале Глисона в сторону низкодифференцированных форм РПЖ.

Материалы и методы. В клинике в период с 2012 по 2018 год выполнено 1002 РПЭ. Из них сумма баллов Глисона 6 (3+3) Grade group 1

(GG1) по данным морфологического исследования столбиков трансректальной ультразвуковой биопсии предстательной железы определяется у 584 (58,283%) пациентов, сумма баллов Глисона 7 (3+4) GG2 определяется у 221 (22,056%), сумма баллов Глисона 7 (4+3) GG3 у 92 (9,182%) пациентов, Глисон 8 (4 + 4), (3 + 5) или (5 + 3) GG4 определяется у 73 пациентов (7,285) и Глисон 9-10 GG5 у 31 (3,094%) пациентов.

Результаты. Недооценка суммы баллов по шкале Глисона: GG1 после операции в 172 случаях (29.5%), в группе GG2 в 59 случаях (26,7%), при GG3 в 19 случаях (20,5%), для GG4 - 12 случаев (16,5%). Переоценка суммы баллов по шкале Глисона: GG2 определяется в 62 случаях (28,054%), GG3 – 53 случаев (57,609%), GG4 – 37 (50,685%), GG5 – 19 (61,290%).

Выводы. Определение конечной степени агрессивности РПЖ при первичной верификации имеет важное значение в выборе тактики обследования и лечения пациента. В нашем анализе увеличение индекса Глисона 6 (3+3) наблюдается у 29.5% пациентов. Таким образом, нельзя однозначно судить о степени окончательной дифференцировки РПЖ на основании биопсии ПЖ. Именно это подталкивает к поиску, оценке и разработке новых предикторов и маркеров, прогнозирующих более достоверную степень злокачественности РПЖ.

МЕТОД ОБЩЕЙ ГИПОТЕРМИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Гордеев И.Ю., студент, кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики

Руководитель работы: Чуканова А.С к.м.н., доц.

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

Введение. Смертность в России от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 5,17 на 1000 человек. Цереброваскулярные заболевания ежегодно

поражают более 500 тысяч человек в нашей стране. 90% из них приходится на структуру ишемического инсульта (ИИ). В группе тяжелых ИИ показатель летальности составляет 65-70%, остальные 30-35% составляют группу с выраженным неврологическим дефицитом. Это мотивирует к поиску новых методов лечения. Особый интерес возникает к методу общей гипотермии (ОГ), который зарекомендовал себя в лечении постаноксических состояний в кардио- и нейрохирургии. Стоит отметить, что снижение температуры при ИИ уменьшает активность воспаления и внутричерепную гипертензию, что делает перспективной ОГ при ИИ. Мы заинтересовались возможностью повлиять на исход и снижение глубины инвалидизации, улучшении перспективы реабилитационного коридора при ИИ с помощью ОГ.

Цель исследования: оценить эффективность ОГ для пациентов с ИИ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе городской клинической больницы имени В.М. Буянова города Москвы в отделении нейрореанимации. Группа исследования включала в себя 23 пациента в острейшем периоде ИИ. Контрольная группа представляет собой 25 архивных пациентов без термостабилизации. Критериями включения являлись: ИИ в бассейне правой или левой средней мозговой артерии возникший <12 часов, подтвержденный методом нейровизуализации (КТ головного мозга), оценка по ШКГ (Шкалы комы Глазго) <8 баллов, NIHSS (Шкала тяжести инсульта Национальных институтов здоровья США), >15 баллов. Критерием исключения являлось обнаружение геморрагического инсульта. Для охлаждения группы исследования был использован аппарат ARCTICSUN5000 с комплектом аппликационных манжет, фиксируемых к телу. Пациенты подвергались термостабилизации до 33С° с экспозицией 72 ч. Температура регистрировалась ректальным датчиком в прямой кишке. Все группы получали стандартную терапию согласно протоколам лечения, адекватную оксигенацию, в условиях ИВЛ. Для поддержки перфузионного давления добавляли симпатомиметики (норадреналин в расчетных дозах).

Для контроля мышечной дрожи и седации при ОГ использовался мидазолам. Всем группам проводили в динамике оценку: КТ, шкал: NIHSS, ШКГ.

Результаты. При сопоставлении полученных результатов было выявлено, что пациенты после перенесенной ОГ имеют балл ниже по шкале NIHSS (18,5) по сравнению с группой контроля (27.8). Отмечено отсутствие или снижение нарастания зоны инфаркта у 78% исследуемых в группе ОГ, по сравнению с архивной группой (зона нарастала у 100%), что свидетельствует о снижении: прогрессирования отека головного мозга; нарастания церебральной недостаточности; эффективном влиянии на пенумбру в группе исследования.

Выводы. Метод ОГ совместно с современными протоколами лечения ИИ позволяет снизить степень неврологического дефицита и глубину инвалидизации, повысить перспективы реабилитационного коридора.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АЛГОРИТМА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОСТЛУЧЕВОГО ПРОКТИТА

Гречин А.И., ординатор

Руководитель: Шелыгин Ю.А., член-корр. РАН, проф., д.м.н., директор
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, зав. кафедрой
колопроктологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: разработать оптимальный алгоритм лечения пациентов с хроническим постлучевым проктитом (ХПП).

Материалы и методы. Хронический постлучевой проктит развивается в результате стойких структурных и функциональных изменений тканей воспалительного характера, обусловленных действием ионизирующего излучения. ХПП является наиболее частым осложнением после проведения

лучевой терапии по поводу злокачественных образований органов малого таза. По данным литературы хронический постлучевой проктит развивается в 2-30% случаев от общего количества больных, перенесших лучевую терапию. От выраженности клинических проявлений ХПП, таких как ректальные боли, кровотечения, тенезмы, анальная инконтиненция, зависит качество жизни больных. Лечение хронического постлучевого проктита – преимущественно симптоматическое и направлено на снижение степени его выраженности. В настоящее время в литературе отсутствуют исследования, направленные на выбор метода лечения пациентов с хроническим постлучевым проктитом, проведенные на большой группе больных.

В планируемое исследование будет включено 50 пациентов с клинически выраженным, по данным опросника SOMA, хроническим постлучевым проктитом. Пациентам планируется проведение комплексного лечения основных проявлений ХПП с применением эндоскопических методов остановки кровотечений из телеангиозктазий (метод аргоно-плазменной коагуляции при скорости потока аргона – 1,5 л/мин. и мощности 50 Вт) и проведением медикаментозного лечения. Оценка эффективности проводимого лечения будет осуществляться на основании данных опросника SOMA LENT, а также результатов эндоскопического, ультразвукового исследования и показателей общего анализа крови. Оценка результатов будет проводиться с интервалами 1 раз в месяц и, при недостаточном эффекте от первой сессии, будет проводиться последующая процедура.

Результаты: на основании данных проведенного исследования планируется разработка алгоритма комплексного лечения хронического постлучевого проктита, что приведет к снижению выраженности клинических проявлений ХПП и улучшению качества жизни пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭНЕРГОИНФОРМАЦИОННОЙ ВОДЫ «РЕНОРМ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Даабуль К.С.¹, ассистент кафедры профпатологии и производственной
медицины

Руководитель: Королева Т.В.², д.м.н., профессор кафедры факультетской
терапии №2

¹ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва, ²ФГАОУ ВО Первый
МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

Цель: 1. Изучить клиническую переносимость и эффективность воздействия энергоинформационной воды «Ренорм» у больных с хроническими деструктивно-воспалительными заболеваниями гастродуоденальной зоны.

2. Оценить репаративное воздействие энергоинформационной воды «Ренорм» на слизистые оболочки гастродуоденальной зоны.

Материалы и методы. Было обследовано 34 пациента с язвенной болезнью желудка или луковицы 12-ти перстной кишки. Пациенты в возрасте от 20 до 61 лет ($44,1 \pm 2,33$): из них 19 мужчин и 15 женщин. Основная группа (1гр.) в количестве 22 человек получала воду «Ренорм». В контрольную группу (2 гр.) вошли 12 стационарных больных, которые получали необработанную исходную воду. Для изучения состояния желудочно-кишечного тракта использовались рентгенологические, эндоскопические и ультразвуковые исследования. Все пациенты 1гр. получали диетотерапию в рамках диеты №1 стандартный курс противоязвенной терапии (так называемая квадротерапия) и за 15 минут до еды 3 раза в день употребляли воду «Ренорм» по 100 грамм в течение 30 дней. Пациенты контрольной группы (2гр.) получали лечение, как и основная группа, но за 15 минут до

еды 3 раза в день употребляли исходную воду по 100 грамм в течение 30 дней.

Результаты. Переносимость энергоинформационной воды «Ренорм» была хорошей. Анализ клинической симптоматики выявил: у пациентов 1гр. отмечено уменьшение болевых ощущений, диспептических расстройств, а также выраженная тенденция к нормализации опорожнения толстой кишки. У контрольной группы больных также наблюдалось улучшение функции желудочно-кишечного тракта, но значительно в меньшей степени, чем в 1гр. При анализе периферической крови у больных 1 гр. отмечено повышение уровня гемоглобина - Hb $91,3 \pm 3,1$ и $132 \pm 6,1$ г/л ($p < 0,05$), 2гр.- Hb $98,9 \pm 3,1$ и $112,5 \pm 8,3$ г/л ($p < 0,05$) до и после лечения. Также выявлено снижение острофазовых показателей (регрессия СОЭ, мм/час 1гр.- $29,4 \pm 2,0$ и $10,8 \pm 1,6$ ($p < 0,05$) 2гр.- $21,8 \pm 2,2$ и $15,8 \pm 2,3$ ($p < 0,05$) до и после лечения соответственно) свидетельствующее об уменьшении активности воспалительных процессов на фоне лечения водой «Ренорм».

При эндоскопическом обследовании, также отмечалась более выраженная положительная динамика: в 1гр. наблюдалось 100% рубцевание язвенного дефекта, в группе контроль 84% при локализации процесса в двенадцатиперстной кишке и 76% при язвенной болезни желудка. Микроскопическая картина при обострении и до начала лечения была сопоставима во всех группах. При микроскопической оценке после лечения в 1гр. репаративные процессы и клиническая динамика были более выражены: процессы пролиферации эпителия, более зрелая грануляционная ткань, метакромия выражена значительно меньше, чем в контроле.

Выводы. Использование энергоинформационной воды «Ренорм» способствует усилению процессов репарации при хронических деструктивно-воспалительных заболеваниях гастродуоденальной зоны, нормализации показателей периферической крови. Отмечается положительная динамика клинической и эндоскопической картины.

Результаты проведенного клинико-диетологического исследования свидетельствует о том, что вода «Ренорм» может быть рекомендована к применению в качестве дополнительного диетического средства, а также в целях профилактики хронических воспалительных заболеваний пищеварительного тракта.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕТЧАТКИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ АНГИОРЕТИНОПАТИИ

Дгебуадзе А., аспирант кафедры офтальмологии

Руководитель: Мошетова Л.К., д.м.н., проф., академик РАН, Заслуженный
врач Российской Федерации

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Этиология. Гипертоническая ретинопатия признак хронического повышения артериального давления, определяемый как систолическое, выше 140 мм.рт.ст. и диастолическое, выше 90 мм.рт.ст. Патогенез гипертонической болезни является многофакторным и сложным: основной сердечный выброс (минутный объем сердца-МОС); повышенное общее периферическое сопротивление сосудов (ОПС); по морфологическим данным выявлена толстая стенка сосуда сетчатки по сравнению с просветом; по физиологическим данным - слабость тонуса мышечного слоя; повышенная вязкость крови. Некоторые основные анатомические и физиологические свойства сетчатки и сосудов сетчатки: отсутствие автономной иннервации, наличие ауторегуляции, значительная роль гематоретинального барьера.

Хронический вазоспазм приводит к диффузному и очаговому сужению артериол, увеличению извилистости сосудов. Склерозирование артериол (артериосклероз) может проявляться в виде симптома Gunn или Bonnet (AV-

сжатие), которые характеризуются компрессией венул вышележащей артерией. Поскольку артериола продолжает склерозироваться, то может происходить изменение хода сосудов и в конечном итоге вызвать окклюзию ветви вены сетчатки (BRVO). Злокачественная гипертоническая ретинопатия быстро приводит к нарушению гемато-ретиального барьера, что проявляется на глазном дне в виде точечных или пятнистых кровоизлияний во внутренних слоях сетчатки, в виде пламеобразных геморрагий в слоях нервных волокон, в виде ватных пятен (ишемические очаги), в виде макроаневризм. Могут образоваться экссудаты, в том числе классическая макулярная звезда. Тяжелая острая гипертензивная ретинопатия может привести к таким осложнениям, как геморрагическая отслойка внутренней пограничной мембраны, а также кровоизлияние в супрахориоидальном пространстве и в стекловидном теле.

Гипертоническая хориоидопатия проявляется как диффузно-пигментная гранулярность, скопление пигментов вокруг сосудов (пятна Эльшнига) и треугольные пятна атрофии. Острая гипертоническая хориоидопатия может привести к линейным изменениям в пигментный слой сетчатки в виде полос Зигриста, а также очаговым отслойкам в пигментном слое сетчатки (по ОКТ), к серозным отслойкам сетчатки и цистовидному отеку макулы (по ОКТ).

Отек зрительного нерва в основном присутствует при злокачественной гипертензии. Хроническая артериальная гипертензия может также приводить к угрозе повреждения перипапиллярных сосудов и задних коротких цилиарных артерий, которые кровоснабжают зрительный нерв, что приводит к постепенному побледнению диска зрительного нерва, в случае острой обструкции развивается ишемическая оптическая нейропатия (NAION). К вопросу о классификации Leibrich впервые описал гипертоническую ретинопатию в 1859 году. С тех пор многие исследователи предложили множество схем классификации, но самая известная

классификация Keith-Wagener Barker (KWB), которая в себя включает 4 степени гипертонической ретинопатии, также классификация Scheie и модификация классификации Scheie. Для гипертонической ангиоретинопатии характерны васкулярные и экстраваскулярные изменения. Васкулярные изменения могут быть генерализованные и локальные сужения артериол, утолщение и склероз артериальной стенки, прямолинейный ход, патологические артериовенозные перекрестки разной степени (симптом Салюса-Гунна 1,2,3), вызывающие вдавление вен в месте перекреста, сужение их просвета, изменение калибра артерий и вен, участки локального отека сетчатки, коллатерали, микроаневризмы, шунты. Экстраваскулярные нарушения включают: расширение артериолярного светового рефлекса, проявление ишемических очагов в сетчатке (ватные пятна), точечные единичные или множественные геморагии, твердые эксудаты.

Для гипертонической ангиоретинопатии характерны функциональные изменения контрастной чувствительности сетчатки на ахроматические стимулы, как световых (on), так и темновых (off) каналах сетчатки.

Повышение степени артериального давления ухудшает функциональное состояние сетчатки, вызывает снижение цветочувствительности на красные, зеленые и синие стимулы. Калиброметрия ретинальных сосудов важна при гипертонической ангиоретинопатии для оценки состояния сосудов сетчатки и проводится разными методами, которые информативны для изучения патогенеза ранней и дифференциальной диагностики, нарушения кровообращения сетчатки при гипертонической болезни.

Данная работа позволит выявить наиболее информативные данные для ранней диагностики гипертонической ангиоретинопатии.

ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА И МОРФОЛОГИИ АТИПИЧНЫХ МОНОНУКЛЕАРОВ МЕТОДОМ КЛЕТОЧНОГО БИОЧИПА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ

Демина О.И., аспирант кафедры детских инфекционных болезней¹;
Задорожная А.Е., студент кафедры медицинской физики⁴; Федянина О.С.,
старший научный сотрудник^{2,3}

Руководитель: Чеботарева Т.А., д.м.н., доц., проф. кафедры детских
инфекционных болезней¹; Кузнецова С.А., к.ф.-м.н., старший научный
сотрудник^{2,3}.

¹ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, кафедра детских инфекционных
болезней; ²ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России;
³ЦТП ФХФ РАН; ⁴МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва

Инфекционный мононуклеоз (ИМ) – полиэтиологичное заболевание, вызываемое вирусами группы герпес, характеризующееся лимфопролиферативным синдромом, лихорадкой, интоксикацией, гепатоспленомегалией, синдромом экзантемы.

Согласно принятой отечественной классификации заболевания, помимо указанных характерных клинических симптомов, основным лабораторным признаком является появление атипичных мононуклеаров в периферической крови (Учайкин В.Ф., Шамшева О.В.).

Атипичный мононуклеар (АМ) – клетка крови специфичного противовирусного иммунного ответа организма, от характера и выраженности которого зависит форма тяжести и прогноз инфекционного мононуклеоза.

Новым современным методом исследования морфологии клеток крови является метод клеточных биочипов, позволяющий параллельно полноценному морфологическому исследованию лейкоцитов проводить определение на их поверхности дифференцировочных маркеров (CD).

Антитела к CD антигенам лейкоцитов иммобилизуются на прозрачной подложке. Суспензия лейкоцитов наносится на биочип для инкубации. Лейкоциты оседают на поверхность биочипа и реагируют с иммобилизованными антителами. Клетки фиксируются и окрашиваются для дальнейшего морфологического исследования.

Цель исследования: целью работы было исследование диагностической и прогностической значимости иммунофенотипа и морфологических характеристик атипичных мононуклеаров периферической крови, определяемых с помощью клеточных биочипов, при инфекционном мононуклеозе различной этиологии у детей в отношении варианта инфекционного процесса и риска затяжного течения.

Материалы и методы. В исследование включено 100 детей в остром периоде инфекционного мононуклеоза в возрасте от 6 месяцев до 16 лет на базе ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ», этиологическая расшифровка проводилась на базе ФГБУ НМИЦ гематологии (лаборатория вирусной безопасности трансфузий крови и её компонентов, зав. лабораторией Гаранжа Т.А.), анализ морфологии и иммунофенотипа атипичных мононуклеаров выполнялся на базе лаборатории биофизики ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева (зав. лабораторией Атауллаханов Ф.И.).

Для установления этиологии методом ИФА в крови определялись антитела к вирусу Эпштейна-Барр (ВЭБ), цитомегаловирусу (ЦМВ). Методом ПЦР в крови определялись ДНК ВЭБ, ЦМВ, вируса герпеса человека 6 типа (ВГЧ-6).

На основе полученных данных первичная ВЭБ инфекция диагностировалась при наличии ДНК ВЭБ в крови пациента или при присутствии IgM VCA к ВЭБ либо при наличии IgG EA и отсутствия антител класса IgG EBNA. Реактивация ВЭБ диагностировалась по наличию в крови ДНК ВЭБ и при наличии IgM VCA к ВЭБ и/или IgG EA к ВЭБ совместно с обнаружением в крови IgG EBNA. Активная ЦМВ-инфекция

диагностировалась при наличии в крови пациента ДНК ЦМВ и/или иммуноглобулинов класса М против ЦМВ, активная инфекция ВГЧ-6 типа – при наличии ДНК ВГЧ-6 в крови испытуемого. Методом клеточных биочипов было исследовано количество, иммунофенотип и морфология атипичных мононуклеаров у всех включенных в исследование пациентов. Общее число лабораторных исследований составило более 600 анализов.

Результаты. Более 95% атипичных мононуклеаров являются активированными цитотоксическими Т-лимфоцитами (CD8+ клетки). При этом более чем у половины пациентов с первичной ВЭБ-инфекцией число атипичных мононуклеаров регистрировалось на уровне не менее 10% [4; 18]% и было значимо выше, чем при ИМ, вызванном реактивацией ВЭБ или другими герпес-вирусами – 2% [1; 3]%, $p < 0,01$ и 1,5% [1; 4]%, $p < 0,01$ соответственно. Количество атипичных мононуклеаров у пациентов с ИМ, вызванным реактивацией ВЭБ, ЦМВ или ВГЧ6 инфекцией, значимо не различались. У всех пациентов с ИМ обнаруживались атипичные мононуклеары в количестве не ниже 1% от общего числа мононуклеарных клеток периферической крови.

Из 38 пациентов с ИМ, вызванным первичной ВЭБ-инфекцией, у 6 (15,8%) пациентов течение болезни было затяжным (от 3 до 6 месяцев). Иммунный статус пациентов указанной группы характеризовался более низким количеством CD8+ атипичных мононуклеаров в периферической крови – 5% [4; 7] %, что достоверно различалось с показателями в группе пациентов без затяжного течения – 13% [6; 19] %, $p < 0,01$.

Выводы:

Атипичные мононуклеары являются активированными цитотоксическими Т-лимфоцитами.

Атипичные мононуклеары обнаруживаются у всех пациентов с инфекционным мононуклеозом - не ниже 1% от всех мононуклеарных клеток периферической крови. При первичной ВЭБ инфекции доля атипичных

мононуклеаров от всех мононуклеарных клеток периферической крови выше, чем при инфекционном мононуклеозе, вызванном другими герпес-вирусами или реактивацией ВЭБ.

Первичная ВЭБ-инфекция характеризуется более выраженными отклонениями числа атипичных мононуклеаров периферической крови и составляет не менее 10% у половины пациентов.

Риск затяжного течения болезни (от 3 до 6 месяцев), вызванной первичной ВЭБ-инфекцией, ассоциирован с низким количеством CD8+ атипичных мононуклеаров.

Работа частично поддержана грантом РФФИ №18-015-00272.

РАЗРАБОТКА ИННОВАЦИОННОГО 4-Х ПРОСВЕТНОГО ЗОНДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Джапаров А.И., магистрант, отдел магистратуры и докторантуры

Руководитель Умешов А.У., к.м.н., проф.

КазМУНО, Казахстан, г. Алматы

Актуальность. Химические ожоги пищевода занимают 1-е место среди заболеваний пищевода в детском возрасте. Почти 80 % химических повреждений пищевода связано со случайным приемом ядовитых веществ детьми в возрасте от 1 до 5 лет.

Большое количество осложнений и высокий уровень летальности, низкое качество жизни пациентов после лечения свидетельствуют о необходимости разработки и внедрения в клиническую практику новых способов внутриспросветного лечения и профилактики послеожоговых рубцовых стриктур пищевода.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с последствиями химических ожогов пищевода путем разработки

инновационного 4-х просветного зонда, включающего профилактику непроходимости пищевода, создание и применение миниинвазивных методов внутрипросветного воздействия в оптимальные сроки после получения ожога пищевода.

Задачи исследования. На основании результатов исследования пищевода у детей после химического ожога установить оптимальные сроки начала использования 4-х просветного зонда.

1. Определить клинико-диагностические критерии использования 4-х просветного зонда после химических ожогов у пострадавших детей на ранних этапах оказания медицинской помощи.

2. Разработать методы профилактики и лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода, используя 4-х просветный зонд.

3. Провести сравнительную оценку методов внутрипросветного лечения по сравнению с бужированием, стентированием; оценить применение 4-х просветного зонда у больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода.

4. Провести сравнительный анализ клинико-экономической эффективности различных внутрипросветных методов лечения рубцовых стриктур пищевода после химических ожогов.

Способ достижения цели. Кафедрой детской и неонатальной хирургии КазМУНО предложен инновационный 4-х просветный зонд для лечения химической травмы пищевода и получен патент РК на изобретение (Патент «Зонд для лечения ожогов пищевода у детей» № 32523, авторы: Джапаров А.И.; Умешов А.У.).

Научная новизна. Предлагаемая конструкция нового зонда позволяет осуществлять кормление больного через основной канал без формирования гастростомы и вводить лекарственные препараты через соответствующий канал зонда прямо на место ожога. Конструкция зонда обеспечивает постоянную, непрерывную дилатацию пищевода и способствует

профилактике сужения пищевода. Метод является атравматичным, так как не связан со вскрытием стенки пищевода или желудка и к тому же зонд выполнен из гипоаллергенного материала.

Ожидаемые результаты. В дальнейшем планируется пилотное исследование, которое подтвердит высокую эффективность процессов лечения термических и химических ожогов пищевода у детей с применением инновационного 4-х просветного зонда.

В ходе исследования будут проанализированы особенности ведения и лечения ожогов пищевода у детей с инновационным 4-х просветным зондом, и будут подготовлены несколько (не меньше четырех) статей на казахском, русском, английском языках, научный отчет (доклад) по теме исследования, несколько выступлений (как минимум два) на республиканских и международных конференциях.

РОЛЬ КАБИНЕТА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В ОКАЗАНИИ СВОЕВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Добрынина И.С., к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии и общей

врачебной практики; Страхова Н.В., к.м.н., доцент кафедры

поликлинической терапии и общей врачебной практики; Еремин А.А.,

студент 6 курса лечебного факультета

Руководитель: Добрынина И.С., к.м.н., доц.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко

Министерства Здравоохранения РФ, г. Воронеж

Цель исследования: определить экономическую значимость деятельности кабинета неотложной помощи в системе оказания амбулаторной помощи населению.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Подстанции Коминтерновского района БУЗ ВО «Воронежская станция скорой медицинской помощи». Материалом послужила отчётная документация о количестве переданных вызовов в кабинет неотложной помощи БУЗ ВО ВГП №3 из единой диспетчерской службы «03» по Коминтерновскому району г. Воронежа и о числе обслуженных вызовов на Коминтерновской подстанции БУЗ ВО «Воронежская станция скорой медицинской помощи» посуточно с 25.06.17 по 15.07.17. Полученные в ходе изучения сведения обработаны в программе MS Excel.

Результаты и их обсуждение. В период с 25.06.17 по 15.07.17 БУЗ ВО ВССМП «Коминтерновская подстанция» было выполнено суммарно 3307 вызовов, которые были обслужены врачебными и фельдшерскими бригадами скорой медицинской помощи. За указанные временной период в кабинет неотложной помощи было передано 183 вызова. Согласно приложению, N 5 к «Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. N 543н» медицинское обслуживание, осуществлялось в течение не более 2 часов после поступления обращения больного об оказании неотложной медицинской помощи на дому. Среднее суточное количество вызовов, переданных в кабинет неотложной помощи – 10,7; среднее количество выполненных вызовов скорой медицинской помощью в будние дни – 142,11; среднее количество выполненных вызовов скорой медицинской помощью в выходные дни – 187,25. Среднее количество обслуживаемых пациентов в день в кабинетах неотложной помощи поликлиникой - 34,4 пациента. С учетом помощи на дому - 45,1 пациента в день. Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования на 2017 год: скорая медицинская помощь -

1819,70 рублей (руб.); посещение по неотложной помощи - 481,7 руб. В 2017 году - 247 рабочих дней. Среднее количество амбулаторных пациентов в кабинетах неотложной помощи в год 8496,8 пациента и 2642,9 пациента на дому обслуживаются кабинетом неотложной помощи, суммарно 11139,7 пациента. Таким образом, на обслуживание кабинетом неотложной помощи данного числа пациентов будет затрачено 5365993,49 рублей. Если бы все эти вызовы обслуживали бригады скорой медицинской помощи, то затраты составили бы 20270912,09 рублей.

Заключение. На примере деятельности отдельно взятого кабинета неотложной помощи показана экономическая эффективность при обслуживании населения: в среднем 15 млн. в год.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Добрынина И.С., к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики; Страхова Н.В., к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики; Бакулева Н.И., студентка 6-го курса лечебного факультета
Руководитель: Добрынина И.С., к.м.н., доц.
ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко
Министерства Здравоохранения РФ, г. Воронеж

Актуальность. На сегодняшний день во всем мире отмечается рост количества так называемых «маскированных» депрессий, когда аффективные нарушения проявляют себя в соматическом аспекте. Выявление связи между нарушениями аффективной сферы и соматической патологией позволит говорить о постановке «двойного» диагноза и назначении адекватной терапии, включающей не только медикаментозное лечение, но и приемы

психотерапевтического воздействия, что позволит существенно снизить количество обострений соматической патологии.

Цели исследования: Оценить взаимосвязь клинического течения соматической патологии органов ЖКТ с выраженностью психопатологической симптоматики.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Vivantes Klinikum Neukölln, г. Берлин. В период с июня по август 2017 года было обследовано 52 пациента (34 женщины и 18 мужчин, средний возраст - $45 \pm 3,1$ года). Для исследования уровня тревожности и депрессии, а также выраженности психопатологической симптоматики использовались: госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS; опросник SCL-90-R. Статистическая обработка полученных результатов была выполнена с использованием стандартных статистических методов и пакета программы Excel 2013. При $p < 0,05$ результаты считались достоверными.

Результаты. При клиническом обследовании 52 пациентов у 45 лиц (87%) была выявлена соматическая патология органов ЖКТ. Гендерный состав группы: 35 женщин и 10 мужчин. Структура соматической патологии среди пациентов представлена следующим образом: хронический гастрит (не ассоциированный с *H. pylori*) - 44,5%, хронический панкреатит (неалкогольный) - 31,1%, хронический колит - 13,3%, синдром спазма пищевода - 11,1%. Среди обследованных пациентов у 51,9% был установлен диагноз «Депрессия умеренной тяжести», у 13 25 % - диагноз «Тяжелая депрессия», 13,5% находились в стационаре с диагнозом «Генерализованное тревожное расстройство (ГТР)», 9,6% - с диагнозом «Биполярное аффективное расстройство (БАР): депрессивная фаза». При оценке уровня тревоги по шкале HADS 42 пациента (80%) показали высокий уровень тревожности, что соответствует 11 баллам и более по шкале. 100% из них показали высокий уровень тревожности, депрессии, соматизации, фобии по шкале SCL - 90 - R. Увеличение выраженности симптомов соматического

заболевания, следующее за обострением психической патологии, отмечалось у пациентов 85% пациентов. После 2 недель психофармакологической терапии 75% лиц отмечали снижение выраженности абдоминальных болей и диспепсических явлений. Выявлена прямая сильная корреляционная зависимость между сочетанием основной соматической патологии с психиатрическим диагнозом ($r=0,83$; $p < 0,05$); прямая сильная корреляционная связь между выраженностью гастроэнтерологической симптоматики и обострением психопатологии ($r=0,73$; $p < 0,05$); обратная сильная взаимосвязь между выраженностью соматической симптоматики и показателями по шкале HADS и SLR - 90 – R после 2 недель психотерапевтической и психофармакологической терапии ($r=-0,87$; $p < 0,05$).
Заключение. Уровень выраженности течения основного заболевания прямо пропорционален выраженности психопатологической симптоматики. Между нарушениями в аффективной сфере и эскалацией патологии органов ЖКТ существует сильная корреляционная зависимость.

ЗАДАЧИ СКРИНИНГОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ

Држевецкая К.С., ординатор кафедры рентгенологии и радиологии

Руководитель: Корженкова Г.П., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Чем выше продолжительность жизни, тем острее борьба с неинфекционными заболеваниями – сердечно-сосудистыми и онкологическими. Вкладывая средства в технологии по снижению смертности, необходимо параллельно увеличивать вложения в профилактику, раннюю диагностику и лечение онкологических заболеваний, так как риск развития онкологических заболеваний увеличивается с возрастом. Согласно статистике «Росстата», среди всех возрастно-половых

групп населения, за последние 15 лет, число заболевших различными онкологическими заболеваниями на 100 тысяч населения увеличилось с 293,7 до 361,7, рост заболеваемости составил 23%. В России среди всех социально-значимых заболеваний онкологические процессы находятся на втором месте, после сердечно-сосудистой патологии.

Выявление онкологической патологии и в особенности ранних стадий онкологических заболеваний, а также предшествующих им пролиферативных процессов является одной из первостепенных и интенсивно разрабатываемых проблем современной онкологии, и безусловно первостепенной задачей государства. Необходима реализация мер по раннему выявлению онкологических заболеваний, а именно - широкое внедрение скрининговых технологий на уровне первичного звена здравоохранения; проведение мероприятий, способствующих повышению ответственности пациентов в отношении своего здоровья.

Цель исследования. Изучение возможности популяционного скрининга в диагностике различных форм злокачественных образований.

Материал и методы. Литературный обзор мировых исследований и статей, отчётных документов заболеваемости и смертности стран, которые используют популяционный скрининг - по теме.

Результаты и обсуждения. Результаты множества проведенных исследований доказывают, что, далеко не все скрининговые методы, оказываются финансово оправданными. Проведен ряд исследований, по оценке соотношения затрат и эффективности. Существует понятие — количество вложенных средств на один спасенный год жизни. То есть предотвращая смерть от рака, мы продлеваем жизнь человека до условной средней величины. Диагностика злокачественной опухоли на ранней стадии снижает смертность и увеличивает выживаемость, повышает экономическую эффективность здравоохранения. Нужно получить максимальную выгоду для здоровья каждого человека от тех средств, которые вкладываются в

скрининг. Практически во всех странах это просчитывают на основе доказательной медицины. Выбирают те скрининговые тесты, которые имеют наибольшую эффективность при меньших затратах. В Европе условная граница затрат — 30-40 тыс. евро на один спасенный год жизни. В США до 100 тыс. долларов.

Выводы. Таким образом, результаты массы американских и европейских исследований показывают, что есть опухоли, где точно доказана эффективность скрининга: рак шейки матки, рак молочной железы, колоректальный рак, рак легких. Эффективность скрининга оценивается по снижению показателей смертности и увеличению продолжительности жизни населения. Скрининговый тест должен иметь высокую чувствительность и эффективность, высокое отрицательное прогностическое значение.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ВЫСОКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ ТКАНИ ARC 3-4

Држевецкая К.С., ординатор кафедры рентгенологии и радиологии

Руководитель: Корженкова Г.П., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Диагностика рака молочной железы (РМЖ) у женщин приобрела особую актуальность в последние десятилетия. За счёт высокой плотности ткани молочной железы увеличивается количество ложноотрицательных результатов из-за эффекта суммации тканей на стандартных маммограммах. На фоне плотной молочной железы заболевание может диагностироваться на более тяжёлых стадиях, что для молодых женщин, находящихся в активном репродуктивном периоде наносит значительный физический, психологический и экономический ущерб.

Новые методы, такие как томосинтез, автоматизированное ультразвуковое исследование молочной железы и укороченные протоколы МРТ-исследования, дают новые возможности для полной, адекватной и достаточной диагностики, имеющей высокое прогностическое значение, как для лечения, так и для последующего качества жизни пациенток.

Цель исследования. Изучение возможностей новых методов исследования молочных желез с плотной структурой ткани.

Материал и методы. Литературный обзор мировых исследований и статей по теме.

Результаты и обсуждения. Литературные данные немногочисленны. Всего несколько стран, в которых введен скрининг РМЖ с использованием рассматриваемых нами новых методах, но имеющиеся результаты доказывают высокую эффективность данных методик.

Улучшением техники маммографии является добавление к ней технологии томосинтеза, метода послойного рентгенологического сканирования, аналогичного компьютерной томографии, что повышает чувствительность маммографического метода. Доказано, что томосинтез молочных желез повышает чувствительность и специфичность диагностического метода, особенно при высокой плотности ткани молочной железы. Это позволяет диагностировать рентгенонегативные раки на фоне плотной структуры ткани молочной железы. Использование томосинтеза при скрининговых обследованиях, уменьшает количество повторных вызовов и увеличивает выявляемость РМЖ на 4%, в сравнении с обычной маммографией (в популяции женщин от 40 до 50 лет). Было обнаружено, что в крупных перспективных исследованиях скрининга томосинтез как единственный способ или в сочетании с маммографией приведёт к примерно 30% увеличению обнаружения рака по сравнению с обычной скрининговой маммографией.

Маммография с контрастным усилением, может способствовать дифференциальной диагностике злокачественного и доброкачественного процесса. Маммография с контрастным усилением показана для оценки распространенности процесса, особенно в высокой по плотности ткани молочной железы.

Магнитно-резонансная томография молочной железы с контрастным усилением (МРТ) является наиболее чувствительным методом выявления и оценки распространения рака молочной железы и не ограничивается плотностью ткани. Оценка морфологических критериев и динамической кривой, изменения интенсивности сигнала во времени, позволяет дифференцировать доброкачественные и злокачественные изменения, оценить распространённость процесса. Ограничением МРТ является относительно низкая специфичность по сравнению с маммографией, большое количество неоправданных биопсий.

Наибольшую экономическую эффективность МРТ молочных желез демонстрирует в популяции женщин с повышенным риском рака молочной железы, с мутациями в генах BRCA1 и BRCA2. В данной группе показано УЗИ исследование 1 раз в 6 месяцев и МРТ 1 раз в год по согласованию с онкологом.

Выводы. Таким образом, результаты исследований показывают, что новые технологии, применяемые для скрининга, являются необходимыми и спасительными для полной и объективной оценки РМЖ у молодых женщин с плотной железистой тканью.

ФЛУКТУАЦИИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ДЕМЕНЦИИ С ТЕЛЬЦАМИ ЛЕВИ: КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ

Дудченко Н.Г, аспирант кафедры неврологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: оптимизировать диагностику и лечение деменции с тельцами Леви на основании комплексного изучения флуктуаций когнитивных функций.

Материалы и методы. В ходе исследования на базе Центра экстрапирамидных заболеваний нервной системы ФГБОУ ДПО РМНАПО за период с октября 2017г. по февраль 2018г. обследовано 9 пациентов с диагнозом «Деменция с тельцами Леви». Критериями включения являлись наличие у пациента деменции с тельцами Леви (ДТЛ), готовность пациента и родственников пациента к сотрудничеству. Критериями исключения - наличие инсульта в анамнезе, наличие тяжелой соматической патологии, которая может являться причиной колебания когнитивных функций в течение дня. В соответствии с указанными критериями в исследование включены 8 пациентов (1 пациент исключен из исследования ввиду наличия инсульта в анамнезе).

Результаты. Флуктуации когнитивных функций (ФКФ) выявлены у 6 пациентов из 8 (75%). При этом ФКФ в течение суток отмечались у 6 пациентов (75%), в течение недели - у 2 (25%) пациентов, ни у кого из обследуемых не выявлено колебаний познавательных функций в течение месяца и более. Изменения уровня внимания в течение суток регистрировались у 6 пациентов (75%), в то время как изменения уровня сознания (эпизоды, когда пациент смотрел в одну точку, выглядел отрешенным) – у 4 (50%). Длительность подобных эпизодов составляла от 2

минут до 2 часов. У всех пациентов с наличием ФКФ имелись экстракампильные феномены. В то время как подобные симптомы отмечались только у одного пациента без ФКФ. 3 пациента с ФКФ (37,5%) отмечали периодические падения в течение дня. В то время как среди пациентов без ФКФ падений не отмечалось.

Заключение.

1. Флуктуации когнитивных функций – частый симптом деменции с тельцами Леви.
2. У пациентов с ДТЛ с наличием ФКФ чаще, чем у пациентов без ФКФ встречаются экстракампильные феномены, падения.
3. В ходе дальнейшего исследования планируется разработать опросник для оценки флуктуаций когнитивных функций у пациентов с ДТЛ, определить связь флуктуаций когнитивных функций с двигательными, вегетативными, аффективными нарушениями, расстройствами сна и бодрствования при ДТЛ, оценить влияние базисной продиводементной терапии на стабильность когнитивных функций в течение дня, а также выявить предикторы эффективности противодementiaльной терапии у пациентов с флуктуациями когнитивных функций.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ПРОФИЛЯМИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ГЕНДЕРНЫХ ГРУПП, ПОЛУЧАВШИХ КАРБАМАЗЕПИН

Дюжев Д.В., ординатор кафедры наркологии МНПЦ наркологии ДЗМ

Руководитель: Застрожин М.С., к.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Противосудорожные препараты занимают значительную роль в лечении алкогольной зависимости. Изначально они

использовались в терапии абстинентных расстройств, вызванных употреблением алкоголя. Такому переходу поспособствовала гипотеза о «киндлинге», которая изначально применялась для объяснения механизмов развития эпилепсии, однако позже оказалось, что она удачно объясняет многое в патогенезе алкоголизма. Концепция киндлинга предполагает возникновение очагов аномальной электрической активности в некоторых структурах мозга (в лимбической системе, миндалине, височных долях, гиппокампе и др.), что в свою очередь объясняет внезапно возникающее обострение патологического влечения и связанные с ним эмоциональные колебания. Карбамазепин довольно часто применяется в терапии больных, страдающих алкогольной зависимостью, находящихся в состоянии обострения патологического влечения с ярко выраженным аффективным компонентом. При всей эффективности данного препарата, его нежелательные лекарственные реакции достаточно разнообразны, и могут доставлять дискомфорт пациенту, что влияет на качество проводимой терапии. Целью данного исследования было изучить влияние гендерного фактора на эффективность и безопасность препарата из группы антиконвульсантов Карбамазепин® у пациентов с преобладанием аффективных расстройств в структуре патологического влечения, проходивших лечение от алкогольной зависимости.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 29 пациентов мужского пола и 17 женского, проходивших лечение от алкогольной зависимости. Для оценки эффективности карбамазепина применяли международные психометрические шкалы: Пенсильванская шкала патологического влечения (PACS), Визуально-аналоговая шкала оценки влечения к алкоголю (ВАШ). Профиль безопасности исследовали с помощью шкал оценки побочного действия (UKU). Исследование пациентов проводили на 1-й, 16-й день терапии, включавшей карбамазепин.

Результаты. В процессе статистической обработки были получены средние значения: на первый день терапии значения по шкалам PACS, ВАШ, UKU составляли $8,17 \pm 1,49$, $46,34 \pm 11,13$ и $1,24 \pm 0,44$ соответственно. У женщин значения в 1-й день терапии были следующие: $8,12 \pm 1,93$, $45,76 \pm 12,10$ и $1,41 \pm 0,51$. На 16-й день терапии были получены следующие данные у группы мужчин: по шкале PACS $1,31 \pm 0,60$; по шкале ВАШ - $5,90 \pm 2,77$, UKU - $8,66 \pm 0,61$. У женщин на 16-й день лечения, по аналогичным шкалам, были получены следующие значения: $1,41 \pm 0,71$ (PACS), $7,0 \pm 2,45$ (ВАШ) и $8,53 \pm 0,51$ (UKU). При сопоставлении полученных данных между мужчинами и женщинами были получены следующие значения P-value в 1-й день: 0,92608164265385 (по шкале PACS), 0,698541725821138 (ВАШ), 0,236122403034195 (UKU). На 16-й день значения P составили 0,719848667955831, 0,148771212898689, 0,561084190138759 соответственно.

Выводы. Таким образом нам не удалось выявить взаимосвязь между гендерным фактором и профилями эффективности и безопасности у пациентов, получавших карбамазепин для лечения алкогольной зависимости.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА И ПАТОЛОГО–АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У НЕДОНОШЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ
МАССОЙ ТЕЛА И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В
РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Завьялов О.В., заочный аспирант 1-го года, кафедра анестезиологии и
реаниматологии «ЦГМА»

Руководитель: Пасечник И.Н., д.м.н., проф., зав. кафедрой анестезиологии и
реаниматологии «ЦГМА»

Научный консультант: Острейков И.Ф., д.м.н., проф., зав. кафедрой
анестезиологии, реаниматологии и токсикологии детского возраста

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

УДП РФ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»,
г. Москва

Введение. Пневмонии, регистрируемые в перинатальном периоде, обозначают термином "врожденные пневмонии". Под ним понимают инфекционную пневмонию, развивающуюся внутриутробно или при рождении.

Цель исследования: Изучить эпидемиологию, факторы риска, клиническую характеристику и патолого-анатомические особенности врожденной пневмонии (ВП) у недоношенных с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. Основная группа - 40 недоношенных детей с клинико-лабораторно-рентгенологическим диагнозом врожденная пневмония - ВП. Группа контроля - 40 недоношенных детей с клинико-лабораторно-рентгенологическим диагнозом синдром дыхательного расстройства - СДР. Обе группы сопоставимы по массе тела при рождении: ОНМТ (меньше 1500

граммов) и ЭНМТ (меньше 1000 граммов). Всем детям проводилось комплексное лечение и лабораторно-инструментальные методы исследования в круглосуточном режиме. Диагнозы ВП были подтверждены рентгенологически.

Результаты исследования. Среди факторов риска развития ВП выделяют материнские и неонатальные группы. Среди материнских различают: тяжелый соматический анамнез-35%, хронические воспалительные заболевания-45%, урогенитальные инфекции-15%, хориоамнионит-5%. Среди неонатальной группы факторов выделяют: крайнюю незрелость органов и систем у детей с ЭНМТ-95%, хроническую внутриутробную гипоксию плода-60%, ВПР-20%. Длительность пребывания ВЧ ИВЛ у детей с ЭНМТ-3,2 дня; у детей с ОНМТ-1,4 дня. Воспалительные изменения в гемограмме: лейкоцитоз более 30 тысяч -в 70% случаев, лейкопения менее 5 тысяч -в 30%. В исследуемой группе с ВП: внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) выявлены у 9 детей с ОНМТ- ВЖК 1-2 степени; у 16 детей с ЭНМТ- ВЖК 3-4 степени. Патолого-анатомические особенности ВП - отек, один или несколько темно-бордовых, плотных участков кровоизлияний.

Выводы.

1. Отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез роженицы, крайняя незрелость, дефицит сурфактанта и хроническая внутриутробная гипоксия плода- основные факторы высокого риска развития ВП у детей с ОНМТ и ЭНМТ.

2. В зависимости от степени выраженности дыхательной недостаточности и клинического состояния детей с ОНМТ и ЭНМТ - необходимо строго дифференцируемое назначение режима и параметров стартовой и/или текущей респираторной терапии (ВЧ ИВЛ и/или традиционная ИВЛ).

3. Динамика показателей кислотно - основного состояния крови, трактовка гемограммы, оценка СРБ и ПСТ- служит надежным маркером эффективности респираторной терапии, так и комплексного лечения ВП у детей с ОНМТ и ЭНМТ.

4. Своевременное выявление возбудителей на ранних сроках течения ВП и назначение и/или усиление этиотропной антибактериальной терапии предотвращает и/или уменьшает развитие инфекционно - токсических осложнений.

5. Патологоанатомическая макроскопическая картина, особенно в группе детей с ЭНМТ, не всегда отражает патолого-морфологические особенности клинического течения ВП; для заключительного патолого-анатомического диагноза необходимо проведение гистологии микропрепаратов.

РОЛЬ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПОСТАНОВКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Зайцева М.М., клинический ординатор кафедры неврологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Глазодвигательные нарушения обнаруживаются при множестве нозологий. Причем обнаружение глазодвигательных нарушений не требует дополнительной аппаратуры и является объективным симптомом.

Цель исследования: выявить взаимосвязь причин поражения глазодвигательных нервов с частотой и прогнозом заболевания.

Задачи:

1. Определить наиболее частые поражения глазодвигательных нервов;
2. Определить основные причины глазодвигательных нарушений;

3. Определить прогноз восстановления пациентов с острой патологией

Материалы и методы. Пациенты 10 неврологического отделения ГКБ им. С.П. Боткина в количестве 15 человек в возрасте от 43 до 70 лет (средний возраст 57.8 ± 7.6 лет). Процентное соотношение мужчин и женщин 30% и 70%.

Результаты. Основные нозологии были представлены инсультом (70%); энцефалопатия Вернике (20%); Дебют демиелинизирующего заболевания (10%). Во все случаях развитие глазодвигательных нарушений происходило остро.

Частота встречаемости поражения глазодвигательных нервов среди обследованных пациентов составила: 20% правый глазодвигательный нерв; 30% левый глазодвигательный нерв; 30% правый отводящий нерв; 20% левый отводящий нерв

При МРТ головного мозга во всех случаях заболеваний были выявлены изменения характерные для нозологий.

На фоне проводимой терапии при энцефалопатия Вернике: витаминотерапия (Витамин B1), Дебют демиелинизирующего заболевания: пульс-терапия глюкокортикостероидами, и раннем восстановительном периоде инсульта наблюдалось хорошее восстановление глазодвигательных нарушений.

Результаты работы. Наиболее часто в патологический процесс включаются глазодвигательный и отводящий нервы, что вероятно связано с особенностями топографической анатомии нервов. Основными причинами глазодвигательных нарушений являются сосудистые поражения головного мозга. Прогноз для восстановления функций глазодвигательных нервов является благоприятным, в 100% случаях наблюдается положительная динамика в уменьшении симптомов.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПЛИМОРФИЗМА rs1951795 *HIF1A* С РАЗВИТИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Запесоцкая С.Я.; студент, Солдатов В.О., м.н.с. НИИ Фармакологии живых систем БелГУ; Солдатов В.А., ординатор кафедры фармакологии БелГУ

Кафедра биологии, экологии и медицинской генетики

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

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, г. Курск

Введение. В развитии и прогрессировании ишемической болезни сердца (ИБС) большая роль принадлежит клеточной гипоксии. Быстрой реакцией на сниженный уровень парциального давления кислорода служит усиленное потребление глюкозы, переход с кислородного фосфорилирования на гликолиз и усиление эритропоэза, а для транспортировки достаточного количества кислорода к поврежденным тканям активируется процесс васкулогенеза. Каскад подобных реакций возможен при активации системы гипоксией индуцированного фактора-1 (HIF-1). Гены, такие как HIF-1, активация которых вызвана гипоксическими состояниями, могут взаимодействовать с ферментами и другими факторами транскрипции, чтобы контролировать васкуляризацию и рост тканей в организме. Молекула HIF-1 состоит из двух субъединиц: HIF-1 α - располагается в цитозоле и разрушается при нормоксии и HIF-1 β - перманентно экспрессируется в ядре. Данная молекула является высокоэффективным регулятором адаптации к дефициту кислорода на всех уровнях организации.

Гипоксические условия, способствующие активации HIF-1, провоцируют экспрессию ряда генов, функционирующих как для поддержания кислородного гомеостаза, так и для адаптации к изменениям концентрации кислорода, что существенно влияет на стереотип функционирования тканей. При этом, активность HIF-1 опосредует такие феномены, как ишемическое пре- и посткондиционирование,

неоваскуляризация миокарда и в целом способствует кардиопротекции. В гене *HIF1A* локализовано несколько однонуклеотидных полиморфизмов. Доказано, что полиморфизм rs1951795 непосредственно влияет на экспрессию гена.

Вышесказанное обуславливает актуальность научных исследований и служит поводом для изучения молекулы HIF-1 с позиций медицинской генетики.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили образцы ДНК 360 неродственных мужчин и женщин русской национальности, проживающих в Курской области. Основную группу составили 225 пациентов с диагнозом ИБС, находившиеся на стационарном лечении в ЛПУ города Курска в период с 2010 по 2017 гг. Контрольная группа - 135 относительно здоровых мужчин и женщин. Средний возраст контрольной группы составил 61 ± 7 лет, средний возраст исследуемой группы - 58 ± 7 лет. У всех обследуемых проводился забор венозной крови для молекулярно-генетического анализа. Выделение геномной ДНК из размороженной венозной крови проводилось стандартным методом фенольно-хлороформной экстракции. Генотипирование полиморфизма rs1951795 *HIF1A* выполнено методом ПЦР в режиме реального времени путем дискриминации аллелей с помощью TaqMan-зондов. Для оценки ассоциаций аллелей и генотипов с риском развития ИБС использовался критерий χ^2 . Значения $P < 0,05$ рассматривались как статистически значимые. Статистическая обработка проводилась с использованием программных пакетов Statistica 8.0.

Результаты. В ходе сравнительного анализа частот аллелей и генотипов полиморфизма rs1951795 *HIF1A* не было обнаружено статистически значимых различий между группами здоровых индивидов и больных ИБС (OR=2,14; 95% CI 0,44-10,43 $p=0,542$).

Вывод. Для установления роли полиморфизмов HIF1A в развитии ИБС необходимо изучения более широкого спектра полиморфизмов данного гена.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ В СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ

Захиров А.Р., студент, кафедра факультативной и госпитальной хирургии

Руководитель: Беркинов У.Б., д.м.н., проф.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цели и задачи исследования: изучение изменений в системах кровообращения и дыхания у пациентов с плевральной эмпиемой, повышения качества жизнедеятельности, степени улучшения и восстановления трудоспособности с помощью миниторакотомии, используемой в нынешний день в зависимости от возраста пациентов после дальнейшей плеврэктомии. Узнать целебное значение применения дренажей и санации плевральной полости и изучить значение процессов ликвидации бронхопульмональных выделений.

Методы исследования и материалы. Исследования проводились в Торакоабдоминальном отделении II клиники Ташкентской Медицинской Академии методом наблюдений и мини инвазивных операций 72 пациентов. Пациенты были осмотрены с мая 2017 года до января 2018 года. При этом изучались предоперационные, операционные и послеоперационные состояния больных. Нужно отметить: в ходе исследований выяснилось, что 51 больных (70,8%) были потенциальными курящими.

Результаты. Определено, что 72 больных, заболевших плевральной эмпиемой были в возрасте от 20 до 60 лет. Из них 35 (48,6%) были женского пола, 37 (51,4%) были мужского пола. Средний возраст мужчин составлял 35, а женщин – 40 лет. Эти данные показывают, что в течении последующих

десяти лет, возраст женщин с данной патологией становится равным возрасту пациентов мужского пола. Из этого можно заключить, что число курящих женщин в нашей стране возрастает. У всех больных отмечено развитие гнойных процессов. Особое значение имеет то, что все пациенты ранее пережили оперативные вмешательства. 38 (52,7%) пациентов пережили пункцию плевральной полости из-за плевральной эмпиемы, 12 (16,6%) – дренирования плевральной полости из-за абсцесса легкого, 8 (11,1%) – перицистэктомию из-за эхинококкоза легкого, 6 (8,3%) – лобэктомию из-за фидрозно-кавернозного туберкулеза легкого, 5 (6,9%) – пункцию гемоторакса из-за травмы грудной клетки, 3 (4,2%) – резекцию легкого из-за бронхоэктаза. Было определено, что 39 пациентов из общего числа болели правосторонней хронической эмпиемой плевры, 30 – левосторонней хронической эмпиемой плевры. Остальным трем пациентам был поставлен диагноз единого легкого. 20 (27,8%) пациентам было сделано только видеоторакоскопические санации и дренирования, 30 (41,7%) пациентам – видеоторакоскопическая плеврэктомия, 6 (8,3%) пациентам – декорткация легкого путем миниторакотомии и частичная плеврэктомия, 3 (4,2%) пациентам – миниторакотомическим путем декорткации легкого, 3 (4,2%) пациентам – декорткация легкого, частичная плеврэктомия и дренирование через широкое торакаотомическое сечение. Открыто оперированным трем пациентам было сделано резекция ребер, а также торакомиопластика. При этом была сделана тампонада с помощью «живой мышечной ткани», взятой с ноги. При бронхопульмональных выделениях, появившихся из-за абсцесса легкого, тоже были применены тампонады – взятые с ноги «живые мышечные ткани».

Вывод. Зная на какой стадии находится заболевание у больных с эмпиемой плевры можно провести операционные процедуры. Нельзя выполнить декорткацию легкого и плеврэктомию на каждом больном с хронической эмпиемой плевры. При бронхопульмональных выделениях

процедура тампонады дает хорошие результаты. Исходя из этого, можно сделать вывод, что при развитии выделений из других паренхиматозных органов тоже можно использовать идентичный метод тампонады.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ВЫПОЛНЯЕМЫХ НА ЗАБРЮШИННЫХ ОРГАНАХ ПУТЕМ ТРАНСРЕТРОАБДОМИНАЛЬНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ХИРУРГИИ

Захиров А.Р., студент, кафедра факультативной и госпитальной хирургии

Научный руководитель: Беркинов У.Б., д.м.н., проф.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цели и задачи: уменьшить объем наносимого повреждения пациентам и выписать их из больницы за более короткие сроки, предупредить появление назокомиальной пневмонии у пациентов, выполняя лапароскопические вмешательства трансретроабдоминальным путем при патологических процессах, возникших в забрюшинной области больного. Научиться правильно пользоваться методом трансретроабдоминальной лапароскопии, меньше нанести ущерб органам полости живота, выбрать, оценить и провести оперативные вмешательства, не вредя их (органов) функциональной активности.

Методы исследования и материалы. Операционные процессы и наблюдения проводились в Торакоабдоминальном отделении II клиники Ташкентской Медицинской Академии. При этом больным с опухолью надпочечника были сделаны оперативные вмешательства. Этот метод на сегодняшний день в нашей клинике используется очень профессионально. Исследования были проведены с сентября 2017 года по январь 2018 года у больных, обратившихся с такими заболеваниями. 12 пациентам с аналогичными заболеваниями были выполнены трансретроабдоминальные

лапароскопические оперативные вмешательства. При этом надпочечник полностью был удален адреналэктомией. Все больные болели односторонним развитием опухоли надпочечника и получили лечение вышеуказанным методом.

Результаты. После обследований 5 пациентам из 12 был поставлен диагноз кортикостерома (41,7%), 4 пациентам – первичный альдостеронизм (33,3%), 3 пациентам - феохромоцитомы (25%). Диагнозы были установлены выявлением гиперплазии надпочечника с помощью ультрасовременных методов диагностики, как КТ и МРТ. При этом также было определено, что все пациенты – женщины в возрасте от 20 до 50 лет. Выбор правильного оперативного сечения зависит от уровня квалификации хирурга, от техники операции и от состояния самого больного. Больной будет лежать на операционном столе не на спину, а на живот. При этом в грудной, паховой, коленной областях больного накладываются мягкие опоры. Здесь нужно уделить внимание на профессионализм анестезиолога тоже, потому что пациент будет подключен к аппарату ИВЛ. При этом нужно поддерживать на одном уровне давление внутри грудной клетки и в полости живота. Анестезиолог должен поддерживать сатурацию, давление и пульс больного в норме, потому что орган, на котором планируется провести операцию, обильно снабжен кровеносными сосудами. Долговременное воздействие лапароскопических аппаратов приводит к повышению артериального давления и других показателей. Также нужно учесть вес тела пациента тоже, т. к. у пациентов с весом выше нормы вероятность ошибки выбора операционного сечения повышается. У одного пациента операционное сечение было проведено между XI и XII ребрами, причиной которому послужило диаметр трубки лапароскопического аппарата, соответствовавший межреберной щели данных ребер. Хотя ввод трубки прошел успешно, движение видеолапароскопического инструмента было затруднено. В таких случаях тактика операции была выбрана неправильно и

время операции удлинилось. У остальных пациентов данный случай не повторился. Время проведения операции значительно сократилось.

Вывод. Применение данного метода дало возможность уменьшить повреждение, наносимого пациентам врачом, более после операций и срока выписки из больницы. Кроме того, сократилась вероятность осложнений, как при предыдущих методах операций. У всех больных, переживших оперативное вмешательство таким методом, не наблюдаются осложнения в послеоперационном периоде. В дальнейшем с целью предупреждения повышения артериального давления было предложено метод артериальной эмболизации сосудов данной железы со стороны ангиохирурга.

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОЭНЗИМА Q₁₀ В ПЛАЗМЕ КРОВИ, ПОЗВОЛЯЮЩАЯ ОЦЕНИВАТЬ БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИЕМА СТАТИНОВ

Зозина В.И., аспирант кафедры клинической фармакологии и пропедевтики
внутренних болезней

Руководитель: Кулес В.Г., академик РАН, проф.

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

Введение. Коэнзим Q₁₀ (CoQ₁₀) обладает множеством важных функций в организме человека. В первую очередь, он является ключевым компонентом цепи переноса электронов в митохондриях. В дополнение к этой роли, CoQ₁₀ также действует как антиоксидант, защищающий плазматическую мембрану. Статины широко применяются для лечения гиперхолестеринемии и профилактики сердечнососудистых заболеваний, ингибируя фермент HMG-CoA-редуктазу, который играет основную роль в

продуцировании холестерина в печени и является побочной цепью синтеза CoQ₁₀.

Цель исследования: разработка методики определения коэнзима Q₁₀ в плазме крови методом ВЭЖХ с последующим определением его концентрации у больных, принимающих статины.

Материалы и методы. Исследование проводилось методом ВЭЖХ с использованием высокоэффективного жидкостного хроматографа Agilent 1200 с ультрафиолетовым детектированием. В работе использовались химические реактивы марки LiChrosolv (Merck) .

Результаты. Разделение проводили на колонке Eclips XDB C18 в изократическом режиме, при температуре 40°C, скорость потока 0,8 мл/мин, длина волны - 275 нм. В качестве подвижной фазы использовали смесь этанол: пропанол-2 (90:10). В указанных условиях время удерживания коэнзима Q₁₀ составило 12,9±0,2.

Пробоподготовку осуществляли методом жидкостной экстракции: к плазме добавляли этиловый эфир (1:5), смесь встряхивали на шейкере, затем центрифугировали при 3000 об/мин 10 минут. Отбирали органический слой в коническую колбу и упаривали под вакуумом досуха, а затем растворяли в 250 мкл этанола и хроматографировали.

Валидацию разработанной нами методики проводили по параметрам: линейность, прецизионность, повторяемость, воспроизводимость, правильность. Коэффициент корреляции составил 0,998, что свидетельствовало о линейности методики в выбранном диапазоне концентраций. Правильность и прецизионность методики соответствовали критериям приемлемости (не более 20% - для нижней точки, не более 15%- для остальных).

В результате пилотного исследования с использованием разработанной методики было установлено, что концентрация CoQ₁₀ в плазме крови

больных, принимающих статины, снижалась на 30% по сравнению с условно-здоровыми добровольцами.

Выводы. Разработана воспроизводимая методика количественного определения коэнзима Q_{10} в плазме крови методом ВЭЖХ-УФ, позволяющая оценивать безопасность применения статинов, вызывающих истощение запасов CoQ_{10} в организме по его концентрации.

Однако эти предварительные выводы проведенных нами пилотных исследований требуют дальнейшего изучения.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Ибавов И.У., клинический ординатор кафедры неотложной и общей хирургии;

Каллагов Т.Э., научный сотрудник отделения торакальной хирургии

Руководитель: Тарабрин Е.А., к.м.н., руководитель отделения торакальной хирургии, главный торакальный хирург г. Москвы

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Трансплантация легких является единственным радикальным методом лечения для пациентов с терминальными стадиями заболеваний дыхательной и/или сердечно-сосудистой системы, когда исчерпаны все альтернативные виды медикаментозного и хирургического лечения. По данным международного общества трансплантации легких и сердца ежегодно выполняются около 4000 трансплантаций легких. Среди них пациенты с муковисцидозом занимают второе место по частоте выполнения таких операций.

Муковисцидоз – это системное наследственное прогрессирующее заболевание, в основе которого лежит генная мутация трансмембранного

белка, приводящая к нарушению транспорта хлоридов через апикальную мембрану эпителиальной клетки, что приводит к развитию кистозной трансформации с множественными гнойными полостями и тяжелой дыхательной недостаточности. Показаниями к трансплантации легких у таких пациентов являются: хроническая дыхательная недостаточность III степени: гипоксемическая (pO_2 менее 60 мм рт.ст.); и/или гиперкапническая форма (pCO_2 более 50 мм рт.ст.); легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии более 35 мм рт.ст. по данным эхокардиографического исследования или среднее давление в легочной артерии более 25 мм рт.ст. по данным катетеризации правых камер сердца); снижение объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1, FEV1) до 30% от расчетного и менее.

Материалы и методы. За период с мая 2011 года по февраль 2018 года в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского выполнено 53 трансплантации легких пациентам с различными патологиями, из них 18 пациентов (33,9%) с муковисцидозом. Среди них 10 - женщин (55,6%), 8 – мужчин (44,4). Средний возраст пациентов составил – 29 ± 2 лет. Всем пациентам выполнялась двусторонняя трансплантация легких. У 12(66,6%) пациентов интраоперационно использовалась экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО), в 16,6(2) ЭКМО была продолжена в послеоперационном периоде.

Результаты. Госпитальная летальность после трансплантации легких у пациентов составила 11,1%(2). Однолетняя выживаемость у пациентов с муковисцидозом после трансплантации легких по нашим данным составила 88,9% (16). Для сравнения, госпитальная летальность после трансплантации легких у пациентов с легочным фиброзом составляет 70%.

Выводы. Трансплантации легких у пациентов с муковисцидозом в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского демонстрируют низкую летальность в

раннем и позднем послеоперационном периоде, что сопоставимо с данными мировых трансплантационных центров.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ильина А.А., студентка 1-го курса Института фармации

Руководитель: Михайленко Д.С., к.м.н., доц.

ФГАОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский
Университет), г. Москва

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) является одним из распространенных онкологических заболеваний, занимая при этом пятое место в структуре общей мужской смертности. Способность опухоли к самостоятельному синтезу андрогенов на фоне андрогендепривационной терапии в настоящее время представляет собой главную трудность при лечении пациентов с РПЖ.

Цель исследования: обобщение знаний о генетически обусловленных механизмах устойчивости к терапии РПЖ и о возможных способах преодоления резистентности.

Материалы и методы. Проанализированы 67 литературных источников за последние 5 лет, поиск проводился в базах данных PubMed, eLibrary, MedLine. Использован библиографический редактор Zotero.

Результаты. Ключевую роль в формировании устойчивости к андрогенной аблации при РПЖ играет андрогенный рецептор (AR) и изменения в его структуре, обусловленные вариантами сплайсинга гена AR и переключением его сигнального пути на альтернативные варианты. Прогрессия кастрационно-рефрактерного РПЖ (КРРПЖ) и устойчивость его к таргетным препаратам связана со вторичными мутациями AR. Выявление

изоформы андрогенного рецептора *AR-V7* в циркулирующих опухолевых клетках может быть использовано в качестве маркера устойчивости к энзалутамиду и абиратерону, а также может найти широкое применение в клинической практике при выборе модели лечения пациента.

При использовании таксанов в качестве химиотерапевтических агентов может также возникнуть устойчивость, обусловленная гиперэкспрессией β III-тубулина. Полученные данные дают право предполагать, что микротрубочки, включающие в себя β III-тубулин, менее стабильны и характеризуются измененной динамикой. Сочетанные мутации в α и β -тубулинах представляют собой еще один потенциальный механизм устойчивости к таксанам, при которой терапия доцетакселом становится менее эффективной. Выявление мутаций в α и β -тубулинах как биомаркеров устойчивости пациента к таксановой химиотерапии также может иметь прогностическое значение. Несмотря на различие в механизмах действия *AR*-таргетных агентов и таксанов, данные клинических исследований свидетельствуют о наличии общих механизмов устойчивости к этим препаратам.

Перспективным направлением в таргетной терапии КРРПЖ предполагается использование препаратов, воздействующих на N-концевой или ДНК-связывающий домен *AR*, поиск маркёров перекрестной устойчивости к *AR*-таргетной терапии и таксанам.

Выводы. Понимание механизмов устойчивости к химиотерапии и антиандрогенным таргетным препаратам позволяет при диагностировании заболевания выбрать оптимальную последовательность лечения пациента. Обоснованный подход к выбору схем лечения заболевания позволяет повысить медиану общей выживаемости и сократить затраты на неэффективное лечение.

ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭМБОЛИЗАЦИЮ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Ирназарова Д.Х., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2

Руководитель: Нажмутдинова Д.К., д.м.н., проф.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Общеизвестно, что миома матки является самой распространенной доброкачественной опухолью репродуктивной системы женщины в молодом возрасте, диагностируемое у женщин, когда репродуктивная функция еще не реализована и частота ее, по данным различных источников, колеблется от 20 до 44 % (Lampman L., 2003). Приоритетным направлением в лечении миомы матки является разработка и практическое внедрение органосохраняющих технологий. В мировой практике успешно применяется эмболизация маточных артерий, ее эффективность по данным российских и зарубежных авторов составляет 84-100 % (Soyer P. и соавторы, 2015). Основными проявлениями симптомокомплекса постэмболизационного синдрома после эмболизации маточных артерий являются болевой синдром.

Цель исследования: целью исследования, проведенного на базе II клиники Ташкентской медицинской академии, явилось оценка степени выраженности болевого синдрома в постэмболизационном периоде у женщин с миомой матки перенесших эмболизацию маточных артерий.

Материал и методы. В исследование были включены 29 женщин в репродуктивном возрасте от 28 до 45 лет, перенесших эмболизацию маточных артерий, по поводу миомы матки с различной локализацией миоматозных узлов с клиническими проявлениями меноррагии, дисменореей. Для определения степени выраженности болевого синдрома использовались анкетирование пациенток, включающие субъективные данные болевого синдрома и визуальная аналоговая шкала для определения

выраженности и интенсивности болевого синдрома. Всем женщинам в проведении общеклинические исследования в послеоперационном периоде. Болевой синдром в постэмболизационном периоде купировался симптоматической терапией.

Результаты и обсуждение. Анкетирование субъективных болевых ощущений в постэмболизационном периоде проводилась на 1 и 3 сутки по 100 балльной системе, большому количеству баллов соответствует более выраженности интенсивности болей. На 1 сутки средний балл составил 80,2 баллов и на 3 – 51,2. Послеоперационные осложнения, такие как постэмболизационный болевой синдром у наших больных имел место в следующих пропорциях: легкой степени у 19 больных (65,6%), средней степени – у 6 (20,1%) и тяжелой степени тяжести у 4 (13,8%). Необходимо отметить, что болевой синдром имел место у всех пациенток после эмболизации маточных артерий в первую декаду постэмболизационного периода. Локализация, размеры и другие характеристики миомы матки в этих случаях были разнообразны. Однако выявлялись общие моменты характера болей: боли внизу живота носили тянущий характер. Болевой синдром в постэмболизационном периоде у женщин, перенесших эмболизацию маточных артерий в среднем длился 7,2 дней (от 3 до 11 дней). Средний койко-день после эмболизации маточных артерий составил 4,3 дня.

Значение интенсивности болевого синдрома выявленная визуальной аналоговой шкалой на 1-е сутки постэмболизационного периода составило 6,33, на 4-е сутки – 3,08. При этом выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между выраженностью болевого синдрома и размерами миоматозных узлов.

Заключение. На основании полученных результатов можно сделать выводы о том, что болевой синдром в постэмболизационном периоде в первую очередь зависит от размеров миоматозных узлов. Выписывать больных после операции эмболизации маточных артерий целесообразно не

раньше 4 суток послеоперационного периода, с целью контроля уменьшения интенсивности болей в постэмболизационном периоде. Анализ данного анкетирования показал наличие ранней положительной динамики качества жизни. Эмболизация маточных артерий как альтернатива гистерэктомии в лечении миомы матки, способствует снижению частоты потери репродуктивного органа, возможности реализации материнства, благоприятно влияет на качество жизни пациента.

ОЦЕНКА СООТВЕТСТВИЯ КРИТЕРИЯМ PARADISE J.L. ПАЦИЕНТОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ДВУСТОРОННЮЮ ТОНЗИЛЛОЭКТОМИЮ

Исамов А.Н., ординатор кафедры оториноларингологии

Руководитель: Анготоева И.Б., к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Проблема хронического тонзиллита в наше время остаётся не до конца решённой. Отсутствуют объективные критерии диагностики хронического тонзиллита, а также остаётся открытым вопрос о целесообразности проведения тонзиллэктомии. Хронический тонзиллит и рецидивирующий стрептококковый тонзиллит – это два совершенно различных патологических состояний нёбных миндалин. В зарубежных странах показания для тонзиллэктомии определяются по критериям Paradise J.L. Рецидивирующий стрептококковый тонзиллит в зависимости от числа рецидивов в году является самым частым показанием для проведения тонзиллэктомии, а у пациентов с хроническим тонзиллитом (по данным зарубежных авторов) очень редко удаляют нёбные миндалины, за исключением случаев наличия у пациента халитоза.

Цель исследования: оценить соответствие критериям Paradise J.L. пациентов, направленных на тонзиллоэктомию.

Материалы и методы. В данное исследование были включены 30 пациентов, поступивших в оториноларингологическое отделение с диагнозом хронический тонзиллит, для последующей тонзиллэктомии. Руководствуясь критериями, предложенными в 1984 году Paradise J.L., нами был составлен опросник. Больным была проведена фарингоскопия и оценка опросника по наличию критериев Paradise J.L.

Результаты. У 22 из 30 пациентов при опросе не было выявлено ни одного из критериев Paradise J.L., у 6 пациентов были выявлены показания для проведения тонзиллэктомии по критериям Paradise J.L., а также у 2 – халитоз.

Заключение. По результатам проведенного опроса предоперационных пациентов, был сделан вывод о том, что большинство тонзиллэктомий у взрослых пациентов проводится без показаний. Перед направлением пациента на хирургическое лечение предлагается использовать опросник, основанный на критериях Paradise J.L.

К АКТУАЛЬНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ

Кадырова Э.Р., доктор ГАУЗ ГПД «Центр восстановительного лечения
инвалидов»

Руководитель: Сафиуллина Г.И. д.м.н. проф.

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

Аннотация. Представлены результаты комплексного клинического исследования спортсменов различных категорий и классов в возрасте 14-17 лет. У всех обследованных были выявлены различной степени выраженности дисфункции: резидуальная микроорганическая симптоматика, соматические дисфункции позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) на различных

уровнях позвоночного столба. Выявленные изменения позволяют говорить о необходимости проведения комплексного клинико-функционального обследования спортсменов, регулярного мониторинга состояния их здоровья с целью разработки дифференцированного объема лечебно-профилактических, реабилитационных мероприятий с преимущественным применением нелекарственных методов, позволяющих повысить саногенетические процессы в организме, его возможности для достижения высоких спортивных результатов.

Актуальность. Не вызывает сомнения, что спорт высших достижений стимулирует поиск путей совершенствования контроля за уровнем здоровья спортсменов. От того, как подготовлен спортсмен к соревнованиям зависят не только его результаты, но и способность к восстановлению после высоких психофизических нагрузок.

Важной составляющей медицинского контроля в условиях спортивной деятельности является мониторинг состояния нервной системы. При этом обследование должно включать не только классический неврологический осмотр, но и детальное изучение перинатального анамнеза у спортсмена, его развитие до 3-х лет и старше, так как нервная система растущего организма особенно чувствительна к влиянию неблагоприятных факторов на самых ранних этапах онтогенеза. При изучении литературных источников, нами было отмечено недостаточное внимание к изучению интегративной роли центральной нервной системы в процессе роста и развития будущего спортсмена, ее пластических особенностей в условиях повышенных психофизических нагрузок.

Таким образом оценка состояния нервной системы спортсменов различных категорий и классов является актуальной проблемой, требующей детального комплексного клинико-функционального исследования.

Цель исследования: исследовать состояние центральной нервной системы у спортсменов юношеского возраста.

Материал и методы исследования. Обследовано 42 спортсмена: 13 бадминтонистов (мальчиков – 4, девочек - 9), 11 теннисистов (большой теннис) (мальчиков – 8, девочек - 3) и 18 футболистов (все мальчики) в возрасте от 14 до 17 лет.

Всем спортсменам проводился детальный классический неврологический осмотр, вертеброневрологическое, нейроортопедическое, остеопатическое обследования.

У части обследованных, независимо от вида спорта, выявлялась резидуальная неврологическая симптоматика в виде: жалоб на незначительные головные боли после тренировок (по визуально- аналоговой шкале (ВАШ) около 2-3 баллов), нистагмOID (5-6 толчков), повышенные сухожильные рефлексы ног и рук, пошатывание в позе Ромберга I, тремор век и пальцев рук, повышенная потливость кистей и стоп.

У спортсменов, занимающихся бадминтоном, на первый план выходили жалобы на незначительные кратковременные головокружения, у 5 человек в анамнезе была травма плечевого сустава, у 3-х травма коленного сустава. При обследовании был зафиксирован нистагмOID до 6 толчков, выявлялось напряжение мышц краниовертебрального перехода без разности сторон, напряжение нижней косой мышцы головы с синдромом раздражения позвоночной артерии (1 человек). Наблюдалась неустойчивость тела в пространстве, особенно при проведении усложненной пробы Ромберга II.

У спортсменов, занимающихся большим теннисом, было выявлено, что мышечная сила разгибательной группы плеча «ударной» правой руки сильнее, чем сгибательной группы плеча. Почти у всех спортсменов были выявлены сколиотические изменения грудного отдела позвоночника (у 12 человек), дисфункции тазовой области.

У 16 из 18 спортсменов-футболистов выявлялось установочное положение головы, больше вправо.

Заключение. У всех спортсменов были выявлены различной степени выраженности дисфункции: резидуальная микроорганическая симптоматика. соматические дисфункции шейных, грудных, поясничных ПДС, крестцово-подвздошных сочленений.

Данные изменения определяют необходимость проведения комплексного клинико-функционального обследования спортсменов, регулярного мониторинга состояния их здоровья. Это позволит оптимизировать разработку дифференцированного объема лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий с преимущественным применением методов традиционной/комплементарной медицины, подготовить спортсмена к дальнейшим высоким спортивным достижениям.

ВЫРАЖЕННОСТЬ И КЛЕТОЧНЫЙ СОСТАВ ЛИМФОИДНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ КАК ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОТЕРАПИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Казаков А.М., студент, кафедра онкологии и лучевой терапии

Руководитель: Титов К.С., д.м.н., доц.

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

Введение. Одним из наиболее эффективных методов терапии диссеминированной меланомы кожи является иммунотерапия (интерферон-альфа, интерлейкин-2, клеточная терапия, CTLA-4 ингибитор, анти-PD-1/PD-L1 иммуноонкологические препараты). Однако, не все пациенты одинаково отвечают на данные препараты (различия в 1-,2-,5-летней выживаемости и др.). Одними из важнейших факторов, влияющих на эффективность иммунотерапии являются наличие и выраженность лимфоидной инфильтрации (л.и.) опухоли, её количественный и качественный состав, а именно соотношение CD8+ и CD4+ Т-лимфоцитов, помимо НК, CD4+ CD25+

FOXP3+ Т-регуляторных лимфоцитов. Известно, что преобладание CD8+Т лимфоцитов над CD4+ является положительным прогностическим признаком, поскольку данное соотношение клеточных элементов обладает более выраженным противоопухолевым действием, что связано с наличием у CD4+ лимфоцитов как про-, так и противоопухолевых свойств. Определение степени выраженности и клеточного состава л.и. является важным критерием назначения иммунотерапии, предиктором её эффективности и прогностическим фактором.

Цель исследования: определить с помощью иммуногистохимического (ИГХ) метода клеточный состав л.и. у группы больных с первичной меланомой кожи, выявить связь между выраженностью и клеточным составом л.и. и рядом морфогистологических параметров, дать оценку диагностической ценности определения данных критериев при первичной меланоме кожи.

Материалы и методы. Операционный материал от 50 больных с первичной меланомой кожи (м – 31, ж – 29,) медиана возраста – 64 г., оперированных в Московском клиническом научном центре с 20.07.2015 по 26.09.2016, исследован гистологическим и ИГХ методами. Гистологическое исследование оценивало: гистологический тип, толщину по Бреслоу, уровень инвазии по Кларку, изъязвление, степень выраженности лимфоидной инфильтрации, митотический индекс. Материал окрашивался гематоксилин-эозином по рутинной методике. ИГХ с моноклональными антителами mouse anti-human CD4 (клон ICO86) и mouse anti-human CD8 (клон ICO31) проводилось на иммуностендере – Ventana. Система детекции – Ventana.

Результаты. У 18 пациентов была выявлена выраженная л.и., у 16 – умеренная, у 11 – слабая, у 5 – отсутствовала. Выраженная л.и.: 13 случаев (72%) – выраженная экспрессия CD8 одновременно со слабой/умеренной экспрессией CD4, 5 (28%) – одинаково умеренная экспрессия CD8/CD4. Умеренная л.и.: 7 (43%) случаев с умеренной экспрессией CD8 и выраженной

CD4, 5 (31%) – выраженная экспрессия CD8, умеренная – CD4, 4 (25%) – слабая CD8 и умеренная CD4. Слабая л.и.: 6 случаев (54%) – умеренная экспрессия CD8 и CD4, 2 (18%) – выраженная экспрессия CD8 и слабая – CD4, 3 (27%) – слабая экспрессия CD8 и выраженная CD4. Случаи выраженной и умеренной л.и. чаще имели меньшую толщину по Бреслоу и уровень инвазии по Кларку, по сравнению со слабой лимфоидной инфильтрацией. Выводы. Выраженная л.и. чаще сочетается с преобладанием CD8+ над CD4+ Т-лимфоцитов, чем умеренная и слабая л.и. (72% по сравнению с 31% и 18% соответственно), что является совокупностью двух положительных критериев как назначения иммунотерапии, так и положительного прогноза заболевания. Кроме того, выраженная л.и. чаще сочетается с меньшей толщиной и уровнем инвазии, что также является положительным фактором. Таким образом, определение клеточного состава л.и. может быть важным критерием назначения или не назначения иммунотерапии у пациентов с первичной меланомой кожи.

МЕЛАНОМА: ОТ МОЛЕКУЛЯРНОЙ БИОЛОГИИ К ТЕРАПИИ.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Калашникова Д.Д., студентка 5 курса Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Руководитель: Поддубная И.В., академик РАН, д.м.н., проф., зав.

кафедрой онкологии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цели и задачи исследования: провести анализ клинико-биологических характеристик меланомы, описать эффективность таргетной терапии метастатической меланомы препаратом Вемурафениб.

Меланома – одна из наиболее опасных и быстро прогрессирующих злокачественных опухолей. Ежегодно в мире диагностируется более 300000

случаев в год (из них в России свыше 10000). На сегодняшний день достижения молекулярной биологии позволили выделить несколько ключевых для развития метастатической меланомы мутаций в различных генах: BRAF (50-70%), NRAS (15-30%), cKIT (11-21%). Частота выявления данной мутации зависит от формы меланомы: кожа без хронического солнечного повреждения – 50% BRAF; кожа с хроническим солнечным повреждением – 10% BRAF; меланома слизистых – 5% BRAF; акральная меланома – 15% BRAF. Среди BRAF – мутаций самой частой является BRAF V600E. Выявление характерных мутаций в опухолевых клетках меланомы позволило обосновать дифференцированный подход к лечению метастатической меланомы. Использование BRAF – ингибиторов (Вемурафениб) – это возможность индивидуализации лечения с быстрым наступлением ответа, высокой эффективностью (даже при метастазах в ЦНС), предсказуемой и управляемой и токсичностью. Эффективность препарата обусловлена тем, что при наличии мутации в гене BRAF клеток меланомы селективный ингибитор BRAF киназы блокирует мутантную форму белка BRAF, угнетая клеточный цикл, селективно ингибируя рост и пролиферацию, индуцируя апоптоз, приводящий к гибели клетки. Препарат Вемурафениб зарегистрирован в России в 2016 году. Эффективность препарата была изучена в исследовании BRIM3: общая эффективность -59%, увеличение медианы ОВ до 13,3 мес., медианы ВБП до 6,9 мес.

Описание клинического случая. Мужчина, 56 лет, в ноябре 2011 года выявлено пигментное образование кожи спины 3,5 см в диаметре без повреждения кожного покрова. Выполнено радикальное иссечение. Гистологическое заключение: пигментная меланома, узловатая форма, из невусообразных клеток, 5-й уровень инвазии по Кларку, по Бреслоу - 1,5см. Диагноз: меланома кожи спины, pT4 N0 M0, II B стадия. Дополнительное специальное лечение не проводилось. Спустя 2 года, в октябре 2013 года, выявлен метастатический очаг в мягких тканях скальпа справа; по данным

КТ-легких диагностировано наличие множественных мелких метастазов на фоне очагового фиброза. Цитологическое исследование опухоли мягких тканей подтвердило прогрессирование меланомы. 08.11.2013г. проведено исследование с определением мутационного статуса опухолевых клеток - выявлена мутация BRAF V600. 26.11.2013г. начата терапия метастатической меланомы вемурафенибом в дозе 960 мг 2 раза в день. Через 1 месяц (23.12.2013г.) зарегистрирована положительная динамика метастазов в обоих легких - уменьшение размеров очагов в 1,5 раза. Терапия продолжена в прежних дозах. Через 3 месяца зарегистрирован полный ответ на терапию вемурафенибом: множественные метастатические очаги в легких не визуализируются (данные КТ-легких от 19.02.2014г.), мягкотканый метастаз полностью резорбировался. Ремиссия сохранялась на протяжении 28 мес. В июне 2016 г. констатируется генерализованное прогрессирование заболевания. Терапия второй линии оказалась неэффективной.

Выводы. Препарат Вемурафениб обеспечивает эффективность при меланоме с BRAF мутацией; клинический пример демонстрирует высокую результативность вплоть до полного ответа и наступления продолжительной ремиссии при метастатической меланоме. Необходимо накопление клинических наблюдений для оценки отдаленных результатов.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Калинина С.А., ординатор кафедры детской челюстно-лицевой хирургии
Руководитель: Топольницкий О. З., д.м.н., проф., зав. кафедрой детской
челюстно-лицевой хирургии, заслуженный врач РФ

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ,
г. Москва

Цель исследования: улучшить методы лечения детей с деформацией нижней челюсти после перенесенного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава путем разработки и применения обоснованной комплексной системы диагностики, лечения, профилактики, психологической коррекции.

Материалы методы. С 2016 по 2017 год в отделении ЧЛХ стоматологическом детском, клинического центра челюстно-лицевой реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии осуществлено хирургическое лечение 26 детей с диагнозом «Дефект ветви нижней челюсти, деформация нижней челюсти после перенесенного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава».

В клинике проводилась подготовка детей к хирургическому вмешательству - сбор анамнеза, выявление сопутствующей патологии, общеклиническое обследование, рентгенологическое обследование (ортопантомография, телерадиография в прямой и боковых проекциях, компьютерной томографии, магниторезонансной томографии правого и левого височно-нижнечелюстного сустава), ортодонтическое обследование: выполнение и анализ диагностических моделей челюстей, были выполнены фотографии детей в анфас, полуанфас слева и справа, в профиль слева и справа, внутриротовые фотографии окклюзии в прямой и боковых

проекциях, фотографии формы зубных рядов верхней и нижней челюсти, фотографии измерений величины открывания рта. В ходе подготовки детей к костной пластике ветви нижней челюсти аутотрансплантатом из гребня подвздошной кости, эндопротезом были выполнены пластиковые стереолитографические модели черепа по данным КЛКТ черепа пациентов. После комплексного обследования пациентов, было проведено хирургическое лечение. Нами было выполнено 26 хирургических операции. Двенадцати пациентам, ввиду того, что после ранее проведенных операций определялись отставания линейных размеров нижней челюсти была произведена операция «Остетомия ветви нижней челюсти с постановкой в область ветви нижней челюсти дистракционного аппарата».

Следует отметить, что полностью устранить деформацию костей лица после устранения анкилозов ВНЧС не всегда удается. И после 16-17 лет необходимо проводить ортогнатическую челюстях с целью выравнивания окклюзионной плоскости.

Результаты и выводы.

1. Благодаря комплексному и систематизированному обследованию нам удалось определить факторы и особенности развития вторичных деформаций нижней челюсти, костей черепа, мягких тканей челюстно-лицевой области.

2. Создан особый алгоритм, комплексной хирургической, ортодонтической, ортопедической, физиотерапевтической, психологической помощи на всех этапах роста и развития челюстно-лицевой области у детей.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ШОП И АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНИКА

Камавосян А.К., ординатор кафедры рефлексологии и мануальной терапии

Руководитель: Тянь В.Н., д.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Данные о частоте отдельных видов аномалий развития позвоночника у детей и взрослых в литературе освещены недостаточно. Наиболее часто встречаются изменение числа поясничных и крестцовых позвонков. В литературе описан случай увеличения числа шейных позвонков - лишний третий позвонок (Lebouscq, 1944; Barclay Smith, 1911) описал несколько случаев наличия 8 шейного позвонка, сопровождаемых двумя ребрами и указал, что «в некоторых из этих случаев добавочный шейный позвонок должен учитываться как 1 грудной, проявляющий признаки шейного позвонка, а первые ребра являются рудиментарными». Аномалии и пороки развития оказывают существенное влияние на статику позвоночника и движение в каждом отдельном сегменте, также могут относиться к дополнительным факторам образования нестабильности. Прогрессирование неврологической симптоматики в виде радикулопатии при нестабильности ШОП наблюдается в 2% - 36% случаев, а частота болевого синдрома колеблется в 7% - 34%. Нестабильность ШОП, радикулопатия и дегенеративно- дистрофические изменения позвоночника служат причинами возникновения синдрома Наффцигера и других нейроваскулярных синдромов. Золотым стандартом дифференциальной диагностики является рентгенография в боковой проекции при максимальном сгибании и разгибании шеи.

Представляем клинический случай аномалии строения шейного отдела позвоночника у пациентки Б. 31 года. Больная Б., обратилась к врачу неврологу, мануальному терапевту с жалобами на постоянную головную

боль затылочно-теменной локализации, эпизоды головокружения, преходящее онемение и парестезии в обеих руках, больше справа, цервикалгия, выраженный миофасциальный синдром. При физикальном осмотре обращает на себя внимание утолщенная шея, имеющая конусообразный (тюленеподобный) вид, опущенные плечи как бы продолжение шеи (симптом Мануйлова), наличие удлинненной *os sossugis* и возможность сознательно осуществлять сгибательно-разгибательные движения в данном отделе позвоночника. Рентгенографическое исследование выявило нестабильность C3-C5, признаки дегенеративно-дистрофических изменений, дополнительный 8 шейный позвонок. Пациентке было назначено ортопедическое лечение (воротник Шанца), симптоматическая терапия, с дополнительным курсом рефлексотерапии.

Выводы. Обзор литературы показал, что представленная аномалия, в виде увеличения количества шейных позвонков, является дополнительным фактором образования нестабильности. При выборе тактики лечения нестабильности ШОП нужно руководствоваться комплексным подходом. Наряду с медикаментозной терапией и ортопедическим лечением, оправдано использование методов рефлексотерапии. Особое значение имеют рекомендации о гигиене движений в повседневной жизни.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ АНАЛЬНЫХ ТРЕЩИН В СОЧЕТАНИИ С ГЕМОРРОЕМ 3-4А СТАДИИ МЕТОДОМ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ЦИРКУЛЯРНОЙ ДИЛАТАЦИИ

Камаева З.З., аспирант кафедры колопроктологии

Руководители: Шелыгин Ю.А., д.м.н., профессор, член-корр. РАН, ФГБОУ
ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва; Аносов И.С., врач-
колопроктолог отделения общей и реконструктивной колопроктологии
ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. В настоящее время нет метода ликвидации спазма сфинктера у больных с хроническими анальными трещинами в сочетании с геморроем 3 - 4 стадии, являющегося «золотым стандартом». Применение методики пневмодивульсии у больных с геморроем 3 – 4 стадии зачастую приводит к механическому сдавлению геморроидальных узлов и развитию интрамуральных гематом в зоне наиболее выраженной кавернозной ткани, что затрудняет одномоментное выполнение иссечения трещины и операции по поводу геморроя (дезартеризации с мукопексией или геморроидэктомии). Разработка и внедрение новой методики, включающей применение контролируемой циркулярной дилатации, позволит улучшить результаты хирургического лечения у больных с данной патологией, снизить болевой синдром и частоту развития осложнений.

Цель: улучшение результатов лечения больных с хроническими анальными трещинами в сочетании с геморроем 3 – 4 стадии.

Материалы и методы. В 2018 – 2020 гг. в рамках проспективного одноцентрового рандомизированного исследования планируется набрать 120 пациентов – 60 пациентам основной группы будет выполнена контролируемая циркулярная дилатация анального сфинктера, а 60 пациентам в группе сравнения будет выполнена боковая подкожная сфинктеротомия для ликвидации спазма сфинктера. С целью объективной

оценки давления в анальном канале всем пациентам до операции, а так же на 7 и 45 дни после хирургического лечения будет выполнена аноректальная манометрия (профилометрия). Выраженность боли планируется оценивать с помощью визуально аналоговой шкалы, а наличие и степень недостаточности анального сфинктера с помощью шкалы Wexner.

Результаты. В настоящее время по новой методике пролечено 12 пациентов. Из них мужчин - 8 (66%), женщин – 4 (33%). Средний возраст составил 49 ± 12 лет. У 9 (75%) пациентов трещина располагалась по задней полуокружности, и только у 3 (25%) больных – по передней. Сочетание трещины с геморроем 3 стадии отмечено у 7 (58%) пациентов, с геморроем 4а стадии – у 5 (42%) больных. Лишь у одного пациента во время операции отмечено развитие подкожной гематомы, однако ее локализация на 6 часах не помешала выполнению дезартеризации внутренних геморроидальных узлов. Других осложнений отмечено не было. Послеоперационный болевой синдром в первые сутки не превышал 5 баллов у 10 (92%) больных, к 3 суткам интенсивность боли снизилась у всех больных и в дальнейшем не превышала 1-2 баллов. По данным манометрии на 7 сутки у всех больных отмечена ликвидация спазма сфинктера. У 9 (86%) пациентов отмечено снижение показателей давления покоя относительно нормальных величин, однако симптомов недержания ни один пациент не отметил. Давление сокращения (как среднее, так и максимальное) у всех пациентов определялось в границах нормы, что может свидетельствовать об отсутствии интраоперационного повреждения мышечных структур анального сфинктера.

Заключение. Применение метода контролируемой циркулярной дилатации обеспечивает мягкое вправление геморроидальных узлов, исключаящее их сдавление и одновременно адекватную релаксацию мышечных структур сфинктера, что позволит наряду с ликвидацией мышечного спазма и иссечением трещины выполнять хирургическое вмешательство по поводу геморроя. Контролируемая степень воздействия на

дилататор предупреждает или сводит к минимуму развитие послеоперационной недостаточности анального сфинктера.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДИПРОСПАНА В ЛЕЧЕНИИ УВЕИТОВ ПРИ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Камалова К.Б., студентка магистратуры кафедры офтальмологии

Руководитель: Закирходжаев Р.А., к.м.н. доц. кафедры офтальмологии

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент

Актуальность темы. Увеит встречается в офтальмологии в 30-57% случаев воспалительных поражений глаза. Увеит и его осложнения в 30% случаев приводят к существенному снижению остроты зрения, слепоте и инвалидизации, в том числе и у лиц молодого возраста. Дипроспан оказывая противовоспалительное, противоаллергическое и иммунодепрессивное действие, позволит снизить частоту осложнений (частые рецидивы, вторичная глаукома, катаракта и слепота) и улучшит показатели временной нетрудоспособности и инвалидности.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность препарата Дипроспан в комплексном лечении увеитов при системных заболеваниях соединительной ткани.

Материалы и методы. Были обследованы 8 (16 глаз) пациентов в возрасте от 19 до 67 лет. Этиологическим фактором являлись: болезнь Бехчета (3 пациента), болезнь Бехтерева (3 пациента), ревматоидный артрит (2 пациента). Большинство пациентов были молодого трудоспособного возраста. Из них женщин - 5, мужчин - 3. У всех пациентов увеальный процесс характеризовался рецидивирующим течением (3-4 раза в год). Пациенты были разделены на 2 группы, в I группе (контрольная) – 4

пациента, которым было проведена традиционная терапия, включающая: местное применение мидриатиков, НПВС и дексаметазона в каплях. Больные II группы (основная) – 4 пациента, которые кроме традиционной терапии, получали Дипроспан ретробульбарно. Через 3 месяца пациенты обеих групп были повторно обследованы.

Результаты исследования. Острота зрения пациентов на момент поступления $1/\infty$ pr. certae - 0,02 (56%), 0,03 - 0,09 (32%), 0,1 - 0,3 (12%). У пациентов обеих групп острота зрения составляла $0,02 \pm 0,01$. Через 3 месяца острота зрения пациентов 1ой группы составила $0,04 \pm 0,01$, 2ой группы $0,1 \pm 0,2$. Острота зрения больных контрольной и основной группы улучшилось в 2 и 5 раза соответственно. Также рецидив увеита наблюдался у 1 больного контрольной группы (25%), у больных основной группы в течении 3 месяцев рецидив процесса не наблюдался.

Вывод. Применение Дипроспана снижает частоту рецидивов увеита при системных заболеваниях соединительной ткани и приводит к значительному улучшению зрительных функций.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРАНСАНАЛЬНОЙ ЭНДОМИКРОХИРУРГИИ

Капитанов М.В., младший научный сотрудник

Руководитель: Хачатурова Э.А., д.м.н.

ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России,
г. Москва

Актуальность. До настоящего времени вероятность и частота анестезиологических осложнений при трансанальной эндомикροхирургии (ТЭМ) остаются малоизученными. Дополнительными факторами анестезиологического риска служат: размеры опухолей и длительность

оперативного вмешательства, локализация опухоли, от которой зависит положение пациента на операционном столе (на спине, боку, животе), с возможным развитием позиционного дискомфорта. Необходимыми требованиями для выполнения адекватной и безопасной анестезии при ТЭМ являются: отсутствие двигательной активности пациента, обеспечение нейровегетативной защиты, отсутствие позиционного дискомфорта для пациента и соответственно создание комфортных условий для хирурга. Вместе с тем, малоизученным остается появление критических инцидентов (КИ), что связано с особенностями анестезии и может негативно влиять на течение интраоперационного и раннего послеоперационного периода.

Цель исследования: улучшение качества анестезиологического обеспечения при выполнении Трансанальной Эндомикрхирургии.

Материалы и методы. С октября 2016 г. по апрель 2017г. в проспективное, рандомизированное исследование включено 48 пациентов с аденомами и аденокарциномами прямой кишки. Пациенты были рандомизированы на 2 группы. В первой группе оперативное вмешательство осуществлялась под тотальной внутривенной анестезией (ТВА) $n=20$ (41,7%), во второй группе проводилась спинномозговая анестезия (СМА) $n=28$ (58,3%). Группы сопоставимы по возрасту, полу, степени анестезиологического риска, положению на операционном столе, размерам образования, по времени анестезии и времени оперативного вмешательства. Оценка адекватности анестезии проводилась методом регистрации критических инцидентов(КИ).

Результаты. Выявлена статистически значимая разница в длительности оперативного вмешательства в зависимости от размера новообразования (для всей когорты пациентов). При размере опухоли менее 3,5 см медиана и 25%-75% процентиля времени оперативного вмешательства составили 32,5 (25-55) мин, при размере опухоли более 3,5 см, время оперативного вмешательства достоверно увеличивалось и составляло 60(40-

70) мин ($p = 0,003$). Интраоперационно повышение уровня CO_2 в артериальной крови отмечалось более чем в половине случаев. Статистически значимых различий в частоте гиперкапнии между группами не выявлено (ТВА – 53,5%, СМА - 55%, $p=1,0$). ТЭМ сопровождалась высокой частотой критических инцидентов (110 КИ при 48 анестезиях, ЧКИ=2,29). В интраоперационном периоде КИ встречались в 1,8 раза чаще, чем в послеоперационном (ЧКИ= 1,5 и 0,79), соответственно. Уровень боли (оценка по шкале ВАШ) в послеоперационном периоде соответствовал слабой или умеренной боли, и не носил статистически значимых различий ($p > 0,05$ на всех этапах исследования) между группами.

Заключение. Сравнительная оценка двух видов анестезии при выполнении ТЭО позволяет заключить, что выбор метода обезболивания в большей степени зависит от локализации опухоли, ее величины и положения пациента на операционном столе (на животе или на боку), что располагает к проведению ТВА. Уровень гиперкапнии достоверно не зависел от метода анестезии. Что касается адекватности анестезии, то безусловно приоритет отдается регионарному методу – спинномозговой анестезии. В то же, время ранняя оптимизация послеоперационного периода (отсутствие депрессии дыхания, сердечно-сосудистых нарушений) также была выше при спинномозговой анестезии.

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА АПРАКСИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кардава Л.О., клинический ординатор кафедры неврологии

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

ГКБ им. С.П. Боткина, г. Москва

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Апраксия, это нарушение произвольных целенаправленных движений, встречается приблизительно у 57 % пациентов с поражением левой гемисферы (Barbieri, De Renzi, 1988) и у 6 % — с поражением правой гемисферы головного мозга (Morady, 2009). Частота возникновения апраксии у пациентов, находящихся в острой стадии инсульта, достигает 30 % (Salter et al., 2009; Neugten, Geusgens, 2009).

Материалы и методы. В исследование включено 16 человек с ишемическим инсультом и наличием апраксии, из них 9 мужчин и 7 женщин, находившихся на лечении в ГКБ им. С.П. Боткина. Средний возраст больных составил $69,5 \pm 6,4$, (от 43 до 83 лет).

Проводилась оценка возраста, пола, степень неврологического дефицита и виды апраксии.

Результаты. у пациентов с апраксией и инсультом в правой средней мозговой артерии достоверно чаще выявлялись парезы и выраженная гипотония в конечностях ($p < 0.05$). Кинестетическая апраксия выявлялась у 8 пациентов из 16. Средний возраст больных составил 67.8 ± 12.9 лет (диапазон от 47 до 80 лет). Наличие данной апраксии коррелировало с ранним развитием пирамидной симптоматики у пациентов молодого возраста (62.5 ± 2.1 лет и 79.5 ± 0.7 лет соответственно) в первый день инсульта ($p < 0,05$).

Пространственная апраксия выявлялась у 6 пациентов из 16 и может сочетаться с кинетической и кинестетической апраксией. Средний возраст больных составил лет $74,5 \pm 7,1$ (диапазон от 65 до 80 лет). Как и для

кинестетической апраксии, характерно развитие акцента сухожильных рефлексов с пораженных конечностей в первые сутки инсульта, для пациентов более молодого возраста (66.0 ± 1.4 лет и, 79.7 ± 3.5 лет соответственно, $p < 0,05$).

Кинетическая апраксия выявлялась у 5 пациентов из 16. Средний возраст больных 55.0 ± 14.1 лет (диапазон от 45 до 65 лет).

Регуляторная апраксия выявлялась у 4 пациентов из 16. Средний возраст больных 55.0 ± 14.1 лет (диапазон от 45 до 65 лет).

Выводы. Наиболее часто при сосудистых поражениях головного мозга встречается кинестетическая апраксия (37.5%). Наличие гипотонии в левых конечностях в первые сутки инсульта может быть маркером для дальнейшего развития апраксии у данных пациентов.

Апраксия может развиваться в разных возрастных категориях, в более пожилом возрасте чаще наблюдалась пространственная апраксия, что может быть связано с корковой атрофией, атрофией теменных долей головного мозга у пожилых пациентов.

УСТРАНЕНИЕ ГЛЮКОЗО- И ЛИПОТОКСИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ВИСЦЕРАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА 2 ТИПА

Каськова А.В., аспирант кафедры эндокринологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель работы: описать клинический случай эффективного управления СД2 за счет одновременного влияния на глюкозотоксичность и

липотоксичность при использовании терапии ингибитором натрий-глюкозного котранспортера 2 типа.

Материал и методы. Пациент П, 51 год, инженер, доставлен в эндокринологический стационар БСМП с жалобами на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание (до 2-3 раз за ночь), повышение гликемии до 14 ммоль/л, снижение зрения. Из анамнеза: ухудшение состояния в течение последнего месяца, когда появились и стали усугубляться вышеперечисленные жалобы. Повышение гликемии зафиксировано впервые, ранее у эндокринолога не наблюдался. При объективном обследовании: рост- 177 см, масса тела- 120 кг, индекс массы тела (ИМТ) – 38.7 кг/м², объем талии (ОТ) – 123 см. По данным лабораторного исследования: показатели углеводного обмена: гликированный гемоглобин- 7.9% (нецелевой для пациента), гликемия натощак – 12.6 ммоль/л, постпрандиальная гликемия – 11.2 ммоль/л. Показатели метаболического здоровья: лептин – 19.2 (3.7-11.1) нг/мл, адипонектин 36.6 мкг/мл, холестерин общий – 5,08 (норма до 5.2) ммоль/л; ЛПВП – 0.8 ммоль/л (0,9–1.9ммоль/л), ЛПНП – 1.91 ммоль/л (0–3,3 ммоль/л), триглицериды – 0.68 ммоль/л (до1.7). Показатели функциональной активности β -клетки: инсулин – 11.5 мкЕд/мл, индекс НОМА IR – 4.5

Результаты. Пациенту установлен диагноз: СД 2 типа, целевой уровень HbA1c <6.5%. Экзогенно-конституциональное ожирение 2 ст.

В первые дни госпитализации пациенту проведено непрерывное мониторирование глюкозы крови, по данным которого выявлены неудовлетворительные показатели гликемического контроля. Принимая во внимание удовлетворительные показатели функции почек (СКФ 68 мл/мин), ожирение (ИМТ 38.7 кг/м²) с преимущественным отложением подкожно-жировой клетчатки вокруг живота (ОТ 123см), тенденции к повышению постпрандиальной гликемии, пациенту был назначен канаглифлозин 300 мг утром и метформин 1000 мг 2 р/д. При повторном обследовании через 6 мес отмечалась положительная динамика по целому ряду клинико-лабораторных

показателей. По данным осмотра: масса тела – 102.7 кг, ИМТ – 32.9 кг/м². По данным лабораторного исследования: гликированный гемоглобин – 4.9%, гликемия натощак – 4.9 ммоль/л, постпрандиальная гликемия – 5.6 ммоль/л, инсулин – 3.44 мкЕд/мл (2.6- 25 мкЕд/мл), индекс НОМА IR – 4.5. Определены маркеры метаболического здоровья: лептин – 4.1 нг/мл, адипонектин - 61.8 мкг/мл, холестерин общий – 4,1 (норма до 5.2) ммоль/л; ЛПВП – 1.13 ммоль/л (0,9–1.9 ммоль/л), ЛПНП – 2,6 ммоль/л (0–3,3 ммоль/л), триглицериды – 0.66 ммоль/л (до 1.7). Проведено непрерывное мониторирование глюкозы крови, согласно результатам которого отмечалось значительное уменьшение вариабельности гликемии.

Выводы. Рассмотренный клинический случай продемонстрировал снижение интенсивности исходно имевшихся у пациента липо- и глюкозотоксичности. Улучшение качества гликемического контроля сопровождалось снижением вариабельности гликемии и уровня гликированного гемоглобина. В представленном наблюдении использование современного сахароснижающего препарата способствовало коррекции висцерального ожирения, основного фактора развития СД2. Отмечено снижение веса, ИМТ, ОТ как маркера диабетической дислипидемии. Важно, что на фоне проводимой терапии выявлена тенденция к снижению лептина, лептинорезистентности, а также к повышению уровня адипонектина, что свидетельствует о восстановлении адипокинового ответа висцеральной жировой ткани.

ЗАВИСИМОСТЬ УРОВНЕЙ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ ОТ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Касьянова А.Н.^{1,2}, клинический ординатор кафедры педиатрии с курсом
поликлинической педиатрии им. Г.Н. Сперанского

Руководители: Захарова И.Н.¹, д.м.н., профессор; Климов Л.Я.², к.м.н., доцент

¹ ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

² ФГБОУ ВО СтГМУ Минздрава России, г. Ставрополь

Цель исследования – анализ динамики показателей кальцидиола, β_1 - и β_2 -дефенинов у детей первых трёх лет жизни на фоне месячного курса приёма терапевтических доз холекальциферола.

Методы исследования. Обследовано 107 детей в возрасте от 1 мес до 3 лет, из которых 50 (46,7%) детей первого года жизни, 29 (27,1%) – второго года и 28 (26,2%) – третьего года жизни. Препараты холекальциферола назначались по результатам исходного уровня кальцидиола: при уровне менее 20 нг/мл – 3000 МЕ/сут (32 ребёнка), при уровне от 20 до 30 нг/мл – 2000 МЕ/сут (40 детей), а при уровне более 30 нг/мл – 1000 МЕ/сут (35 детей). Длительность терапии составляла 30 суток. Обследование включало определение в сыворотке крови кальцидиола (25(ОН)D), концентрации β_1 - и β_2 -дефенинов до и после месячного курса приёма холекальциферола.

Результаты. После месячного курса холекальциферола в лечебной дозе уровень 25(ОН)D повысился с 24,8 [17,6-32,5] нг/мл до 49,1 [39,7-69,8] нг/мл ($p<0,001$). У детей, получавших до обследования профилактические дозы витамина D (500 МЕ/сут), исходный уровень β_2 -дефенина в сыворотке крови составил 335,8 [116,0-767,4] пг/мл, у детей, не получавших холекальциферол – 159,2 [74,1-581,6] пг/мл ($p<0,05$). Различия в уровне β_1 -дефенина среди детей, получавших и не получавших до начала исследования профилактическую дозу холекальциферола, незначительны – 3,32 [2,4-5,9] пг/мл и 3,28 [2,0-5,8] пг/мл соответственно ($p>0,05$).

Средний уровень β_1 -дефенинов у детей, находящихся на грудном вскармливании, составил 7,1 [2,2-7,2] пг/мл, у детей на искусственном вскармливании 3,2 [1,3-3,4] пг/мл ($p<0,05$). Показатели β_2 -дефенинов у детей на грудном и искусственном вскармливании различаются – 870,4 [359,1-1139,6] пг/мл и 116,0 [79,1-353,8] пг/мл соответственно ($p<0,001$).

Приём лечебной дозы холекальциферола способствует незначительному приросту уровня β_1 -дефенина и существенному росту β_2 -дефенина. Уровень β_1 -дефенина повысился с 3,3 [2,2-5,9] пг/мл до 3,65 [2,3-6,3] пг/мл ($p>0,05$). Показатели β_2 -дефенина на фоне приёма лечебных доз витамина Dувеличились с 244,6 [90,0-782,1] пг/мл до 514,2 [344,1-1038,8] пг/мл ($p<0,001$).

Помимо этого, мы получили, что прирост β_2 -дефенина на фоне приема препаратов витамина D имеет дозозависимый характер. Так, дети, которым была назначена доза 1000 МЕ/сут, имели исходные уровни β_2 -дефенина 165,4 [88,3–300,2] пг/мл, а после терапии 452,5 [357,7–634,8] пг/мл ($p<0,01$); дети, получающие 2000 МЕ/сут до терапии, имели уровни β_2 -дефенина 233,0 [52,2–527,6] пг/мл, после терапии 505,2 [264,8–1034,1] пг/мл ($p<0,01$); дети, получающие 3000 МЕ/сут имели уровни β_2 -дефенина до и после терапии 386,2 [106,6–889,2] пг/мл и 823,3 [363,6–1072,4] пг/мл соответственно ($p<0,05$).

Корреляция между суточной дозировкой холекальциферола и приростом уровня β_2 -дефенина у детей раннего возраста составила $r=0,34$ ($p<0,001$).

Выводы. Уровень β -дефенинов, и прежде всего, β_2 -дефенина у детей раннего возраста зависит от обеспеченности витамином D. У детей с дефицитом и недостаточностью витамина D месячный курс холекальциферола в лечебных дозах (1000 – 3000 МЕ/сут) сопровождается существенным дозозависимым увеличением уровня β_2 -дефенина.

НЕРЕГЛАМЕНТИРОВАННОЕ (OFF-LABEL) ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ДЕТЕЙ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ

Касьянова А.Н.¹, клинический ординатор кафедры педиатрии с курсом
поликлинической педиатрии им. академика Г.Н. Сперанского

Трофимов А.А.², врач анестезиолог-реаниматолог отделения интенсивной
терапии и реанимации ГБУЗ ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ

Руководитель: Заплатников А.Л., д.м.н., проф.

¹ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

²ГБУЗ ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ, г. Москва

Цель исследования: изучить частоту и структуру «off-label» применения лекарственных препаратов у детей при интенсивной терапии и реанимации.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ листов назначений из историй болезней 125 пациентов в возрасте от 1 месяца до 14 лет (от 1 мес. до 3 лет – 40 детей (32 %), 4-6 лет - 31 ребенок (24,8%), 7-10 лет - 27 детей (21,6%) и 11-14 лет 27 (21,6%)), находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии ДГКБ им. З.А. Башляевой г. Москвы за период с 01.01.2017 по 31.12.2017 года.

Для верификации «off-label» назначений использовались утверждённые в Российской Федерации инструкции по медицинскому применению лекарственных препаратов (ЛП), опубликованные на сайте Государственного реестра лекарственных средств (<http://grls.rosminzdrav.ru/>).

Результаты. Анализ показал, что у 125 пациентов было зарегистрировано 1057 назначений 161 ЛП, при этом 35 (21,7%) из них были назначены «вне инструкции». Общее число препаратов, которое получил ребенок за период госпитализации, в среднем составило $13,09 \pm 0,65$, при этом, число препаратов на одного ребенка за одни сутки госпитализации,

составило $2,09 \pm 0,09$. Выявлена сильная прямая корреляция между числом койко-дней и количеством препаратов ($r=0,88$, $p<0,001$).

Всего было зарегистрировано 75 «off-label» назначений у 41 пациентов из 125, включенных в исследование (у 32,8% детей). При этом 24 ребенка получали только 1 ЛП «вне инструкции», 13 детей - 2-3 ЛП и 4 пациента - более 3 ЛП. В подавляющем большинстве случаев (98,7%) применение ЛП «off-label» было связано с нарушением возрастных ограничений, при этом наиболее часто ЛП «вне инструкции» назначали детям раннего возраста (61,3%).

Наиболее распространенными группами ЛП, назначенными «off-label» являлись препараты, относящиеся к классу А (Пищеварительный тракт и обмен веществ) по АТХ-классификации – 17 (22,67%), из них большую часть составили растворы омепразола ($q=0,63$) для внутривенного введения и кваматела ($q=0,31$); к классу N (Нервная система) 17 (22,67%). 15 препаратов (20,0%) относились к группе J (Противомикробные препараты системного действия), при этом большая часть приходилась на группу фторхинолонов ($q=0,5$).

Выводы. Выявлена высокая частота (в 32,8% случаев) назначения препаратов «off-label» у детей при интенсивной терапии и реанимации. В подавляющем большинстве случаев (98,7%) применение ЛП «off-label» было связано с нарушением возрастных ограничений. При этом максимальное число назначений «вне инструкции» приходилось на детей раннего возраста (61,3%). Среди ЛП, наиболее часто назначаемых «off-label», были препараты, относящиеся к группе А (22,67%), N (22,67%) и J (20,00%) по АТХ-классификации.

ДИНАМИКА МОТОРНЫХ И НЕМОТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА НА ФОНЕ РИТМИЧЕСКОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Кашежев А.Г., аспирант кафедры неврологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: оценить динамику изменений различных симптомов болезни Паркинсона на фоне ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (РТМС).

Материалы и методы. В настоящее исследование было включено 55 пациентов с болезнью Паркинсона, 3 стадией по шкале Хен-Яра. Средний возраст составил $73,5 \pm 7,2$ года. Пациенты были случайным образом разделены на 2 группы: основная группа пациентов насчитывала 35 пациентов, контрольная – 20. В основной группе состояло 20 мужчин (57,1%) и 15 женщин (42,9%), в контрольной – 11 мужчин (55%) и 9 женщин (45%). Группы сопоставимы по возрасту, форме, длительности заболевания, тяжести симптомов. Всем пациентам из основной группы был проведен курс лечебной РТМС, включающий 10 сеансов. Проводилась двусторонняя подпороговая стимуляция первичной моторной коры (M1) представительства верхних конечностей с частотой 5 Гц, амплитудой 90% от порога ВМО. В группе контроля РТМС не проводилась.

Всем пациентам проводились неврологическое и нейропсихологическое исследования с количественной оценкой изменений. Динамика изменений моторных симптомов болезни Паркинсона оценивалась по унифицированной рейтинговой шкале БП – MDS-UPDRS, части III (Movement Disorder Society Unified Parkinson's Disease Rating Scale) и шкале ходьбы и равновесия (GABS). Для оценки когнитивных нарушений использовались Монреальская шкала когнитивной оценки (MoCA), для

оценки аффективных нарушений – госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Оценка проводилась непосредственно до начала курса, после завершения и через 1 месяц после завершения. Базовая медикаментозная терапия болезни Паркинсона оставалась прежней.

Результаты. Статистический анализ полученных данных выявил улучшение моторных функций у некоторых пациентов из основной группы после 10 сеансов подпороговой стимуляции M1 с частотой 5 Гц по шкале MDS-UPDRS-III и уменьшение суммарного балла по шкале GABS. У 21 из 35 пациентов (60,0%) основной группы выявлено достоверное уменьшение суммарного балла по шкале MDS-UPDRS-III в среднем на 10 баллов (13,3%), преимущественно за счет уменьшения выраженности тремора покоя и гипокинезии, а также достоверное уменьшение суммарного балла по шкале GABS в среднем на 9,1 балла (19,7%), за счет уменьшения выраженности постуральной неустойчивости, частоты застываний и увеличения скорости ходьбы ($p < 0,05$). В контрольной группе значимых изменений за этот период времени не выявлено. В группе респондеров средний балл по подшкале депрессии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии находился на уровне 6, т.е. в пределах нормы. В группе не ответивших на лечение пациентов – на уровне 8,6, что свидетельствует о субклинической депрессии, что является предиктором неэффективности РТМС.

Заключение. Полученные результаты указывают на эффективность высокочастотной РТМС в коррекции некоторых двигательных расстройств при болезни Паркинсона и возможность использования этого метода в комплексном лечении болезни Паркинсона.

АНАЛИЗ ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ПОСТРАДАВШИМ В ДТП

Каюмова А.А., студентка ОрГМУ, кафедра судебной медицины и
правоведения

Руководитель: Кайсаров И. Г. асс. кафедры
ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России г. Оренбург

В данной работе проведен анализ встречаемости различных видов травмы опорно-двигательного аппарата у детей на примере детского хирургического центра в городе Оренбурге. Показана социальная значимость проблемы изучения и анализа встречаемости дефектов оказания медицинской помощи детям, пострадавшим в ДТП. Были рассмотрены: черепно-мозговая и другие виды скелетной травмы в общей структуре повреждений.

Цель исследования: провести анализ комиссионных экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел в отношении детей, в возрасте от 4 до 15 лет с клиническим диагнозом черепно-мозговой травмы, пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях. Выявить наиболее частые дефекты при клиническом обследовании детей, а также информативно предоставить связь между качеством медицинской помощи и судебно-медицинской оценкой тяжести вреда здоровью при ЧМТ.

Материалы и методы. Основу клинических наблюдений составили 196 случаев детского травматизма, полученного вследствие Дорожно-транспортных происшествий. Среди пострадавших чаще встречаются мальчики дошкольного и младшего школьного возраста, находившихся на стационарном лечении в отделениях травматологии и ортопедии областного детского хирургического центра города Оренбурга за период с 2014 по 2017 годы.

Результаты. Анализ структуры ЧМТ показывает, у 39,1% пострадавших детей выявляется сотрясение головного мозга (СГМ), у 22,1% – ушиб головного мозга (УГМ) легкой степени, у 21,7% и 12,7% соответственно – УГМ средней и тяжелой степени тяжести, у 4,4% – внутримозговые гематомы. Но по другим данным литературы, в структуре детского травматизма 50-60% ЧМТ приходится на сотрясение головного мозга.

Выяснилось, что наиболее частыми дефектами при клиническом обследовании детей являются поздние осмотры специалистами, зачастую без детального отражения неврологических симптомов. Отсутствие инструментального и лабораторного исследования, малоинформативная характеристика наружных телесных повреждений. Существенным дефектом, связанным с субъективными особенностями самих пострадавших и их законных представителей, явился факт позднего обращения за медицинской помощью. Было установлено, что комплексному обследованию (2 и более метода) подверглась лишь примерно треть пациентов (34%), однократному – (27% пострадавших детей), не проводилось подобное исследование почти в половине случаев (39%).

Выводы. Наиболее частыми дефектами при клиническом обследовании пострадавших являются: поздние осмотры специалистами, без детального отражения неврологических симптомов и их динамики; Отсутствие комплексного (инструментального и лабораторного) исследования; Крайне скудная характеристика наружных телесных повреждений. При судебно-медицинской оценке детской ЧМТ необходимо учитывать механизм патогенеза данного вида травмы у детей, а также принимать во внимание особенности детского организма.

ОПТИМИЗАЦИЯ МИНИТОРАКОТОМНЫХ ДОСТУПОВ В ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ

Каюмова А.А., студентка 4-го курса кафедры общей хирургии

Руководитель: Залошков А.В., к.м.н., асс.

ФГБОУ ВО «Оренбургский Государственный Медицинский Университет»

Минздрава России, г. Оренбург

Актуальность. Минидоступы в торакальной хирургии за последние годы всё более широко входят в клиническую практику. От их оптимизации во многом зависят возникающие технические трудности и необходимость конверсии.

Цель исследования: определить точную локализацию миниторакотомного доступа.

Материалы и методы. На базе НУЗ ОКБ на станции Оренбург РЖД, был проведен анализ компьютерной томографии грудной клетки, выполненной у 70 мужчин и 42 женщин без патологии грудной клетки, разделённых на первый, второй зрелый и пожилой возраста, а также – по форме грудной клетки – на долихоморфную (22 человека), мезоморфную (54 человек) и брахиморфную (36 пациентов). Форма грудной клетки была определена по показателям эпигастрального угла и индекса ширины грудной клетки. Используя программу-просмотрщик DicomWorks, по фронтальному КТ-срезу был идентифицирован номер тела грудного позвонка. Начиная с Th1 до Th8, по четырём условным линиям грудной клетки на аксиальных КТ-срезах отслеживали ход ребер и межреберных промежутков на уровне середины тела каждого грудного позвонка. Была рассмотрена проекционная анатомия ребер и межреберных промежутков с двух сторон, у мужчин и женщин, у лиц всех форм грудной клетки. Зная номер тела грудного позвонка, входящего в оптимальный для патологического очага аксиальный

КТ-срез, была определена локализация минидоступа по каждой вертикальной условной линии при разных формах грудной клетки.

Результаты. При изучении проекционной анатомии ребер и межреберных промежутков с телами грудных позвонков оказалось, что отсутствуют различия слева и справа. Не было отмечено и достоверных гендерных отличий для каждого уровня. Выявлена значительная разница в проекционной анатомии у лиц с различными формами строения грудной клетки.

Выводы.

1. Проекционная привязка ребер и межреберных промежутков к телам грудных позвонков по основным вертикальным условным линиям различается при долихо -, мезо - и брахиморфной формах грудной клетки.

2. На оптимальном для патологического очага аксиальном КТ-срезе, зная номер грудного позвонка и используя полученные данные, можно с точностью определить локализацию трансторакального минидоступа.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ КОАГУЛАЗООТРИЦАТЕЛЬНЫХ СТАФИЛОКОККОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кенжебекова А.М., Идаят М.Г., магистранты кафедры гигиены,
эпидемиологии и микробиологии

Руководители: Баймуратова.М.А., зав.кафедрой, к.м.н.;

Абдусаламова З.С., преподаватель, м.м.н.

Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы,
Казахстан

Цель работы: оценить в динамике роль и распространенность коагулазоотрицательных стафилококков среди новорожденных в перинатальных учреждениях г. Алматы

Материалы и методы. За период 2016-2017г.г. авторами был проведен анализ роли и места бактерий рода *Staphylococcus* spp., в частности коагулазоотрицательных стафилококков в микробном пейзаже гнойно-воспалительных заболеваний среди новорожденных на базе Центра перинатологии и Детской кардиохирургии г. Алматы. Всего изучено в 2016г - 60 культур, в 2017 -131 культура. Первичную верификацию клинических изолятов, выделенных из различных биосубстратов (кровь на стерильность, пупочная культя, ликвор, интубационная трубка) проводили общеизвестными методами и согласно нормативным документам Республики Казахстан Приказ № 535 (1985). По результатам работы получены предварительные патенты, разработанные коллективом кафедры «Гигиены, эпидемиологии и микробиологии» Казахского медицинского университета непрерывного образования.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных за период 2016-2017г выявил динамичное повышение доли гнойно-стафилококковой инфекции стафилококковой этиологии, что и актуализировало изучение данной темы. В настоящее время в акушерстве среди всей группы грамположительных микроорганизмов наряду с золотистым стафилококком отмечалась активизация коагулазоотрицательных стафилококков, в частности *S. epidermidis* по результатам сравнительного 2-х летнего анализа встречаемости. Так, бактериологическое исследование крови на стерильность в 2016году показало доминирующую роль *S. epidermidis* – 72% с незначительным подъемом к 2017году до 80%; изоляты, выделенные из интубационной трубки достигли 100% в 2016, а к 2017г уменьшились до 50%; он выделялся и из пупочной культи составив в 2016 г. -100%, в 2017 году с уменьшением до 29% случаев. При исследовании ликвора, т. е. при 100% выделяемости в 2016 году, ситуация поменялась не только снижением эпидермального стафилококка до 33% случаев, но и сменой лидеров, с обнаружением *S. saprophyticus* до 67%. Последний за анализируемые годы

обнаруживался и в интубационной трубке, и в пупочной культе, причем отмечен рост в 25 раз с 2016 по 2017 годы, на фоне уменьшения выделения сапрофитного стафилококка с 23% до 10% случаев. Отличительной особенностью другого представителя коагулазоотрицательных стафилококков *S. haemolyticus* явилось его выделение из четырех клинических материалов в крови на стерильность. Лидирующая роль *S. aureus* в возникновении гнойно-воспалительных заболеваний была сведена к минимуму. За весь период отмечен существенно низкий удельный вес золотистого стафилококка, чем у коагулазоотрицательных стафилококков, и незначительная стабильность в исследованиях на стерильность крови (гемокультуры) в 2016г.-5% и 2017г. 4%, на фоне очевидной тенденции роста при исследованиях интубационной трубки в 25 раз, пупочной культи в 42раза.

Таким образом, в родовспомогательных учреждениях существуют предпосылки для возникновения инфекций связанных с оказанием медицинской помощи, а полученные данные по внутриродовому разнообразию стафилококков требуют пристального внимания к оценке результатов обсемененности объектов госпитальной среды. Доминирование группы коагулазоотрицательных стафилококков среди клинических изолятов настораживает с позиции смены потенциально опасных возбудителей в структуре инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

НОВАЯ МОДЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Кечиян Д.К., аспиранты кафедры сурдологии, Мосин В.В., ПМГМУ им.

Сеченова (Сеченовский университет)

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Повышение эффективности реабилитации после кохлеарной имплантации (КИ) продолжает оставаться актуальным вопросом, в особенности в свете расширения показаний к КИ и увеличения количества пациентов, пользующихся КИ. Внедрение новых технологий на различных реабилитационных этапах после кохлеарной имплантации позволяет удовлетворить возросшие требования пациентов, организовать реабилитацию пациентов раннего возраста, обеспечить объективизацию оказываемой помощи, а также экономию времени квалифицированного специалиста.

Целью нашей работы явилась клиническая апробация компонентов новой системы клинического ведения пациентов на этапах кохлеарной имплантации от компании «Cochlear», Австралия. Нами были проведены клинические испытания нового беспроводного устройства для регистрации электрически вызванного потенциала действия слухового нерва (ЭВПДСН) методом телеметрии нервного ответа – CR120 и CR220, а также нового программного обеспечения для настройки речевых процессоров – Nucleus Fitting Software (NFS).

Нами было проведено проспективное межиндивидуальное исследование у 105 пациентов с использованием CR120 и 125 пациентов - с CR220. Регистрация ЭВПДСН была проведена интраоперационно как с использованием новой методики, так и стандартной клинической системы. Регистрировалось время, затраченное на проведение исследований, и

проводилась статистическая обработка данных с целью подтверждения эквивалентности результатов проведенных исследований.

Проспективное межиндивидуальное исследование с использованием NFS было проведено нами у 66 пациентов. Настройка речевого процессора производилась как с использованием нового, так и классического программного обеспечения. Отмечалось время, затраченное на каждого пациента, а также оценивались результаты сурдопедагогического обследования пациентов.

Пороговые значения ЭВПДСН достоверно коррелировали при использовании обеих методик регистрации. Время, затраченное на исследование с беспроводным устройством, оказалось достоверно короче. Проведение регистраций с использованием CR120 и CR220 возможно менее квалифицированным персоналом и с привлечением минимального комплекта аппаратуры. Время, затраченное на настройку речевого процессора с использованием NFS, оказалось статистически достоверно короче, чем с использованием классической системы, а результаты пациентов соответствовали показателям, полученным у пациентов, проходящих реабилитацию по классической схеме.

Выводы. Таким образом, проведенные нами исследования позволяют рекомендовать новые инструменты клинического ведения пациентов после КИ для широкого использования в клинической практике.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БИОПЛАСТИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Ким Е.В., клинический ординатор кафедры колопроктологии ФГБОУ ДПО
РМАНПО МЗ РФ; Черножукова М.О., аспирант кафедры колопроктологии
ФГБУ «ГНЦК им А.Н. Рыжих» МЗ РФ; Мухин И.А., аспирант кафедры
колопроктологии ФГБУ «ГНЦК им А.Н. Рыжих» МЗ РФ; Богормистров И.С.,
к.м.н., врач колопроктолог ФГБУ «ГНЦК им А.Н. Рыжих» МЗ РФ
Руководитель: Кузьминов А.М. д.м.н., проф., руководитель отделением
ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Сохранение функции держания сфинктера, уменьшение частоты рецидивов заболевания и минимизирование травматизации анального сфинктера являются основными направлениями развития хирургии свищей прямой кишки. Добиться этого позволяет применение биопластических материалов за счет усиления репаративных способностей и уменьшения объема операции до малоинвазивного.

Цель: улучшить результаты хирургического лечения свищей прямой кишки.

Материалы и методы. В группу изучения вошли 10 пациентов с транссфинктерными свищами, которым был применен двухэтапный метод хирургического лечения с применением фибринового клея (патент №2579629 от 10.03.2016г.). Двухэтапный метод состоял в первичном кюретаже свищевого хода с помощью радиочастотной абляции с санацией раневого канала (этап 1) и последующей пломбировке раневого канала фибриновым клеем. Средний возраст больных составил 46 лет. Наблюдались пациенты в сроки до 10 месяцев. Также в «ГНЦК им. А.Н. Рыжих» применяется метод лечения экстрасфинктерных и транссфинктерных свищей прямой кишки любой сложности с помощью биопластического материала «Коллост», разработанный в нашем центре колопроктологии. Данный метод заключается

в пластике внутреннего свищевого отверстия коллагеновой мембраной, с последующей пломбировкой раневого канала иссеченного свищевого хода биопластическим материалом в форме жгута и введением геля «Коллост». Мы отслеживали 74 пациента в течение 3 лет.

Результат. Фибриновый клей улучшил результаты лечения трансфинктерных свищей. Так заболевание рецидивировало всего у 22% больных, однако при повторном лечении тем же методом выздоровление наступало в 66% случаев. Связано это с более прицельным подходом к лечению. В итоге выздоровление наступило в сумме у 93% пациентов. «Коллост» успешно был применен без рецидива 94,7 % больных. Подавляющее большинство рецидивов было зарегистрировано в группе пациентов с экстрасфинктерными свищами 4 степени сложности – 30%.

Выводы. Результаты показывают высокую эффективность применения биопластических материалов в лечении свищей прямой кишки любой сложности и локализации.

СИМУЛЯЦИОННАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ОСВОЕНИЯ НАВЫКОВ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТИМПАНОПЛАСТИКИ

Кирдеева А.И., аспирант кафедры оториноларингологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Отличительной особенностью использования симуляционного тренинга в 21 веке является возможность интеграции доказательной системы в оценку эффективности и правомерности данного метода обучения. Данный подход является новым и основанным на знаниях и результатах исследований поведенческой науки. Но хотя, основанный на моделировании, метод обучения, может быть концептуально и

интеллектуально привлекательным, он представляет собой изменение основной парадигмы медицинского образования.

Поиск эффективным методик симуляционного тренинга является актуальной проблемой во многих хирургических специальностях, в частности в оториноларингологии. Хирургия среднего уха -отрасль, где безопасность для пациента является основополагающим критерием, а риск интраоперационных осложнений сведен к минимуму за счет высокого профессионализма врачей.

Возможная ниша для использования симуляционного метода — обучение эндоскопической тимпанопластике. Данный метод пока не получил широкого распространения в мире, а среди отечественных специалистов техникой владеют лишь единицы. Низкую распространенность применения указанной технологии операции, при высокой ее эффективности, связывают с трудной техникой выполнения. Согласно результатам исследований, в среднем, для обучения эндоскопической тимпанопластике для врача, полноценно владеющего микроскопом, требуется не менее 60 повторений всех этапов операции.

Целью исследования: является повышение качества хирургической подготовки врачей оториноларингологов за счет создания симуляционной системы обучения эндоскопической тимпанопластике.

Методы исследования. Объективная оценка качества выполнения этапов хирургического тренинга с использованием валидированной метрической системы эффективности обучения.

Морфометрический и анатомический сравнительный анализ структур наружного и среднего уха барана и человека.

Разработка методологического пособия, содержащего алгоритмы выполнения хирургических задач.

Результаты исследования. Предложенная симуляционная модель для эндоскопической тимпанопластики обладает анатомо-топографическим и

физическим соответствием тканям уха человека. Разработанный алгоритм симуляционного тренинга объективно улучшает навыки эндоскопической хирургии среднего уха.

Заключение. Внедрение симуляционных методов обучения эндоскопической тимпанопластике в программу подготовки врачей оториноларингологов до настоящего времени не происходило, что подчеркивает актуальность представленного исследования. Внедрение симуляционных технологий в классическую систему подготовки врачей оториноларингологов позволит приобрести необходимые умения и навыки, подготовиться к выполнению аналогичных манипуляций в реальных условиях и в целом улучшить качество оказания медицинской помощи.

ХИЛОТЕРАПИЯ. РОЛЬ УПРАВЛЯЕМОЙ ЛОКАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Кириллов Д.А., студент

Руководитель: Пиманчев О.В., к.м.н., врач травматолог-ортопед
ФГАОУ ВО Первый Московский Государственный Медицинский
Университет им И.М. Сеченова, г. Москва

Наиболее частым осложнением в послеоперационном периоде являются такие состояния, как отеки, локальные боли в области проведения операции, нарушение оттока лимфы от нижележащих тканей, а также кровотечение в течении определенного времени от момента проведенной операции. Врачи давно научились справляться с такими осложнениями с помощью холода. Однако, при использовании традиционных средств локального охлаждения: таких как лед, холодные компрессы, термopakеты и т.д., врачи и пациенты сталкиваются с неизбежными проблемами агрессивного неконтролируемого охлаждения, а также, с трудностями их

применения. Решение данных проблем было найдено – это Хилотерапия, которая обеспечивает контролируемую регуляцию температуры, широчайшие возможности применения, комфортное проведение терапии без риска возникновения осложнений.

Но что же из себя представляет хилотерапия на самом деле? Хилотерапия – является видом физиотерапии и представляет собой процедуру или комплекс процедур управляемой локальной гипо/гипертермии, направленный на значительное уменьшение негативных последствий послеоперационных, посттравматических реакций, а также хронического воспаления со стороны кожи, сосудов, мягких тканей и суставов. Однако, не совсем правильно считать Хилотерапию разновидностью Криотерапии. Принципиальное отличие Хилотерапии состоит в возможности управлять охлаждением и четко контролировать температуру тканей на протяжении любого, необходимого для пациента, промежутка времени. В свою очередь, контролируемая температура тканей имеет решающее значение. Местное охлаждение на 10 °C снижает скорость метаболизма на 50%, что уменьшает потребность тканей в кислороде, уравнивая её с фактическим поступлением, тем самым предотвращает негативное влияние гипоксии, повреждение тканей, прогрессирование отека и воспаления, образование гематом. Как у любой медицинской процедуры есть своя теоретическо-практическая база знаний на основе которой ведется применение данной процедуры, так и у Хилотерапии имеется ряд клинически обоснованных терапевтических эффектов на чем и строится применение этого вида лечения в клинике. Какие терапевтические эффекты оказывает Хилотерапия? Данная физиотерапия была разработана на основе знаний о патологическом влиянии тканевой гипоксии, а также знаний о роли сосудов в процессе регенерации, в частности это касается пластической хирургии. Основываясь на этой информации, создатели прибора выбрали оптимальный диапазон температур, которые позволяют добиться наилучших, клинически

значимых, положительных эффектов. Наиболее благоприятный температурный режим работы Хилотерапии от +10°C до +35°C, что позволяет выбрать необходимую температуру, исходя из клинических задач и локализации пораженного участка тела. Если не придерживаться вышеуказанных границ, то с высокой вероятностью можно переломить положительный результат, в сторону отрицательного воздействия, как локально, так и на организм в целом.

Таким образом, можно сделать вывод, что применение хилотерапии в повседневной клиничко-госпитальной деятельности оказывает не только значимый терапевтический эффект, но и сокращает время послеоперационной реабилитации в несколько раз, давая нам право утверждать насколько важно применять данную методику повсеместно.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АТРАВМАТИЧНЫХ РАНЕВЫХ ПОВЯЗОК ПОСЛЕ АУТОДЕРМОПЛАСТИКИ

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

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. У пациентов с глубокими ожогами необходимо своевременное выполнение операции по пластическому закрытию ожоговых ран, так как длительное их существование, существенно ухудшает жизнь пациента, может привести к осложнениям или даже летальному исходу.

Основным методом восстановления кожного покрова особенно при обширных ожогах, является аутодермопластика: пересадка расщепленных

перфорированных аутодермотрансплантатов. Основным преимуществом при этом является возможность одномоментного закрытия ран большой площади.

В то же время результат аутодермопластики во многом зависит от послеоперационного периода. В этот период имеется опасность инфицирования и механического повреждения аутодермотрансплантатов, в результате чего может произойти их смещение и лизис с образованием ран, требующих повторной операции или длительного консервативного лечения с возможным образованием патологических рубцов в результате вторичного заживления.

Традиционным методом лечения ран после трансплантации, перфорированной аутокожи является аппликация на них повязок. Повязки до периода полного приживления и эпителизации пересаженных аутодермотрансплантатов должны обладать рядом свойств: удобством в использовании, надежностью фиксации, сохранением структурной прочности, атравматичностью при удалении, наличием антибактериального компонента.

Цель исследования: оценка эффективности различных групп перевязочных средств для аппликации на пересаженные аутодермотрансплантаты у пациентов с глубокими ожогами.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 15 пациентов, находящихся на лечении в Ожоговом центре ГKB им. Ф.И.Иноземцева, г Москвы. Возраст больных от 20 до 79 лет (средний возраст 46,2) общая площадь ожогов в среднем составила 23,2%п.т. При этом площадь глубокого поражения в среднем составила 8,6% п.т. Пациентам была выполнена хирургическая обработка ран (8 человек) или некрэктомия (7 человек) через 3 -8 дней от момента поступления, пластическое закрытие ран сетчатым трансплантатом (коэффициент перфорации 1:4) с предварительным иссечением грануляций проводилось на 7-16 сутки.

Результаты. В качестве раневых повязок атравматичные раневые покрытия (парапаран, бранолинд Н) применялись у 7 (46,7%) пациентов после выполнения некрэктомии и затем аутодермопластики. Влажно-высыхающие повязки с растворами антисептиков – группа сравнения, применялись у 8 (53,3%) пациентов на аналогичных этапах лечения. Приживление пересаженных ауодермотрансплантатов в каждой из групп было зафиксировано на 3-4 сутки после операции, эпителизация в ячейках отмечалась на 7 сутки. Бактериальный лизис трансплантата был отмечен, в группе с применением атравматичных повязок (бранолинд Н), у 1 (6,7%) пациента. Полная эпителизация ран после аутодермопластики в группе применения атравматичных повязок отмечена на 9 – 14 сутки после операции, а в группе сравнения на 17– 20 день.

Выводы. Полученные результаты требуют дальнейшего изучения. Применение атравматичных раневых повязок на пересаженные сетчатые трансплантаты, позволит улучшить результаты хирургического лечения ожоговых больных и уменьшить сроки их госпитализации.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ

Коломан И.И., клинический ординатор кафедры неврологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Полиневропатии – одна из наиболее актуальных проблем современной неврологии, она диагностируется у 2,4% населения, а в старших возрастных группах - у 8%. На долю полиневропатий приходится более 50% всех болезней периферической нервной системы. Клинически большинство форм полиневропатии начинается с чувствительных нарушений. При этом

чувствительные нарушения могут приводить к существенному снижению качества жизни пациентов.

Материалы и методы. В ходе научной работы было обследовано 23 пациента с диагнозом полиневропатия, находившихся на лечении в ГКБ им. С.П. Боткина города Москвы. Из них было включено 10 мужчин и 13 женщин. Наличие нарушений чувствительности по полиневритическому типу в неврологическом статусе было критерием включения в исследование. Средний возраст больных составил $61,8 \pm 15,2$ в возрастном диапазоне от 34 до 88 лет. У всех пациентов оценивался неврологический статус, возраст, пол, сопутствующие неврологические нарушения, лабораторные показатели - уровень ГГТП, глюкозы крови, результаты инструментальных исследований (ЭНМГ). Пациенты были разделены на 5 групп согласно выявленным нозологиям: синдром Гийена-Барре, алкогольная полиневропатия, диабетическая полиневропатия, токсическая полиневропатия, хроническая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия. Данные проанализированы с использованием программного обеспечения Statistica 6.

Результаты. Сочетание нарушений мышечно-суставного чувства, болевого синдрома и сенситивной атаксии чаще встречается при нарушениях чувствительности выше локтевого и коленного сустава ($P < 0,05$). Нарушения тактильной чувствительности коррелировали с появлением парезов и выпадением сухожильных рефлексов. Была выявлена связь между возрастом пациентов и уровнем нарушения чувствительности: средний возраст пациентов с нарушением чувствительности выше локтя составил $42,0 \pm 5,4$ ($P < 0,05$). Средний возраст пациентов с нарушением чувствительности до уровня лучезапястного и голеностопного суставов был $66,5 \pm 2,1$. При анализе данных электромиографических исследований в общей группе преобладали аксональные поражения ($P < 0,05$). Также было выявлено соотношение между аксональными нарушениями и выпадением рефлексов. У

пациентов с диабетической полиневропатией уровень глюкозы крови не коррелировал с выраженностью нарушений чувствительности.

Выводы. В большинстве случаев полиневропатий была выявлена тенденция к снижению вибрационной и болевой чувствительности. Снижение сухожильных рефлексов в сочетании с высоким уровнем поражения чувствительности выше локтевого и коленного сустава и болевым синдромом вероятно говорит о наличии у пациента аксонально-демиелинизирующего процесса. Нарушение поверхностной чувствительности по типу низких перчаток и носков до уровня лучезапястного и голеностопного сустава может свидетельствовать о наличии аксонопатии с повреждением тонких волокон. При диабетической полиневропатии уровень глюкозы крови не коррелирует с выраженностью нарушений чувствительности.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ СЕКВЕСТРЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Колотильщиков А.А., аспирант кафедры хирургии,

Афанасьева В.А., студентка 6 курса Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Введение. Острый панкреатит является одной из наиболее часто встречающихся неотложных хирургических патологий, при которой наблюдается значительное количество осложнений и летальных исходов (показатели летальности в среднем варьируют от 20 до 45%, значительно повышаясь в случае инфицирования). Несмотря на консенсус касаясь вопросов консервативного лечения, спорными остаются многие вопросы, связанные со временем проведения и выбором хирургической тактики. В

последние 20-30 лет активно используются миниинвазивные способы секвестрэктомии: пункционно-дренирующие, ретроперитонеоскопические, эндоскопические транслюминальные. Указанные способы могут применяться по отдельности и в комбинации. Такая тактика лечения пациентов с деструктивной формой острого панкреатита получила название этапного способа.

Цель исследования: уточнение показаний к применению видеоассистированной ретроперитонеоскопической секвестрэктомии (ВАРС) и эндоскопической транслюминальной секвестрэктомии.

Материалы и методы. В хирургической клинике ГКБ им. С.П.Боткина за 2017 год были пролечены 82 пациента с острым деструктивным панкреатитом. У 36 пациентов (43,9%) диагностирован инфицированный панкреонекроз, потребовавший хирургического лечения. Видеоассистированная ретроперитонеоскопическая секвестрэктомия в качестве способа секвестрэктомии была применена у 5 (13,9%) пациентов от общего количества оперированных. Эндоскопическая транслюминальная секвестрэктомия использовалась нами в лечении 3 (8,3%) пациентов от общего количества оперированных). Основными критериями для проведения данного способа секвестрэктомии являются: инфицированный панкреонекроз в фазу секвестрации, при наличии отграничения зон некроза («walled-off necrosis»), а также диагностированные участки деструкции с жидкостными скоплениями, тесно прилегающими к задней стенке желудка, либо ДПК.

Результаты исследования. Среди 5 (13,9%) пациентов из числа оперированных, ВАРС в качестве единственного и окончательного способа секвестрэктомии была применена у 2 пациентов. Потребовалось до 4 повторных видеоассистированных санаций забрюшинного пространства. Стоит отметить, что у данных пациентов некроз и парапанкреатический инфильтрат располагались в левых отделах поджелудочной железы и забрюшинного пространства. У остальных 3 пациентов применение ВАРС

осуществлялось в рамках этапного способа и было обусловлено значительным распространением зон деструкции в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке. Отмечено развитие 1 осложнения: аррозивное кровотечение. Летальный исход наблюдался у 1 пациента.

Выполнение эндоскопической транслюминальной секвестрэктомии у 2 пациентов явилось единственным, не потребовавшим каких-либо других вмешательств. У 1 пациента транслюминальная секвестрэктомия была дополнена пункционно-дренирующим способом. Осложнений и летальных исходов у данной группы пациентов не отмечено.

Выводы. Видеоассистированная ретроперитонеоскопическая секвестрэктомия, а также эндоскопическая транслюминальная секвестрэктомия являются перспективными малотравматичными способами секвестрэктомии.

Применение ВАРС наиболее эффективно у пациентов с инфицированным панкреонекрозом и парапанкреатическим инфильтратом, локализованными в левых отделах поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

Критериями к использованию эндоскопической транслюминальной секвестрэктомии у пациентов с инфицированным панкреонекрозом является наличие отграничения зон некроза («walled-off necrosis»), а также локализация очагов деструкции и жидкостных скоплений рядом с задней стенкой желудка, либо двенадцатиперстной кишки.

ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ И
БЕЗОПАСНОСТЬ БРОМДИГИДРОХЛОРФЕНИЛБЕНЗОДИАЗЕПИНА У
ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ,
КОМОРБИДНЫМИ С АЛКОГОЛИЗМОМ

Комаров С.Д., врач-ординатор ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Руководитель: Застрожин М.С., к.м.н.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. В медикаментозной терапии больных с тревожными расстройствами страдающих алкогольной зависимостью применяется лекарственные средства из группы бензодиазепинов (БЗД). Основными эффектами БЗД считаются седативный, анксиолитический и противосудорожный эффекты.

Анализ литературных данных показал, что на сегодняшний день нет однозначной точки зрения касательно необходимости назначения БЗД у больных в возрастной группе до 50 лет, страдающих тревожным расстройством с алкогольной зависимостью. Основной целью проведения данного исследования было изучения влияние возрастного фактора на эффективность и безопасность феназепама у пациентов в возрасте до 50 лет, страдающих тревожным расстройством, коморбидными с алкоголизмом.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 58 пациентов мужского пола (возраст – $32,48 \pm 6,80$ лет) с алкогольной зависимостью. Для оценки эффективности препарата Феназепам® (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин) применяли международные психометрические шкалы: визуально-аналоговая шкала оценки влечения к алкоголю (ВАШ), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Профиль безопасности исследовали с помощью шкал оценки побочного действия (UKU). Исследование пациентов проводили на 1-й, 5-й день терапии, включавшей Феназепам® (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин).

Для определения корреляции между возрастом и показателями эффективности и безопасности использовали корреляционный анализ Пирсона. Коэффициент корреляции r от 0,3 до 0,7 означал положительную умеренную корреляцию; $r > 0,7$ – сильную, а $r < 0,3$ – слабую корреляционную связь; отрицательное значение r соответствовало обратной корреляции.

Результаты. По результатам статистического анализа получены следующие значения показателей динамики по психометрическим шкалам: VAS $-39,87 \pm 11,44$. Корреляционный анализ Пирсона выявил следующие показатели коэффициентов корреляции: r (VAS –возраст) = 0,16 ($p > 0,05$), r (HADS –возраст) = -0,06 ($p > 0,05$), r (UKU –возраст) = -0,02 ($p > 0,05$)

Выводы. Ввиду отсутствия статистически значимой связи между показателями динамики по психометрическим шкалам, шкалам оценки выраженности нежелательных реакций Феназепама® и возрасту в группе пациентов до 50 лет, можно говорить о том, что возраст пациента не оказывает влияние на профиль эффективности и безопасности Феназепама® у пациентов с тревожными расстройствами, коморбидными с алкоголизмом, в возрасте до 50 лет.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СПОНДИЛОДИСЦИТА

Конова О.Д., ординатор кафедры клинической фармакологии и терапии,

Черняева М.С., Ласачко В.А.

Руководители: Головина О.В., к.м.н., доц. Кафедры клинической
фармакологии и терапии

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: представить клинический случай спондилодисцита для повышения диагностической настороженности среди врачей.

Материалы и методы. Под наблюдением находился пациент М., 50 лет. Проведены исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, исследование активности ревматического процесса, УЗИ брюшной полости, МРТ поясничного отдела.

Результаты наблюдения. Пациент обратился с жалобами на боли в области пояснично-крестцового отдела позвоночника, умеренно выраженную общую слабость, недомогание, снижение массы тела около 5-7 кг за 1,5 месяца. Anamnesis morbi. Ухудшение самочувствия с около 1,5 месяца назад с повышения температуры тела до 38 гр., ознобов, с последующим нарастанием вышеперечисленных жалоб. Anamnesis vitae. Перенесенные заболевания: Цирроз печени алиментарного генеза, класс С по Чайлд-Пью, декомпенсация. Макроцитарная анемия. Токсическая энцефалопатия. Полинейропатия. Хронический калькулезный панкреатит. Гепатит А. Аллергологический анамнез не отягощен. Перенесенные операции: операция по поводу панкреонекроза – 2010 г. Вредные привычки: злоупотребление алкоголем, табакокурение. Результаты обследования. Клинический анализ крови: лейкоциты $13.06 \cdot 10^9/\text{л}$ (норма 4,0-10,5), эритроциты $3.58 \cdot 10^{12}/\text{л}$ (норма 3,9-5,7), гемоглобин 113 г/л (норма 140-165), гематокрит 34 (норма 38-49), тромбоциты $421 \cdot 10^9/\text{л}$ (норма 150-400), скорость (реакции) оседания эритроцитов 16 мм /час (норма 2-15). Биохимический анализ крови: общий белок 60.6 г/л (норма 64-81), прямой билирубин 13.2 мкмоль/л (норма <5,0), щелочная фосфатаза 583 Ед / л (норма 80-290), альфа-амилаза 104 Ед / л (норма 30-100), глюкоза натощак 6.7 ммоль/л (3,5-6,1). Исследование активности ревматического процесса: С-реактивный белок 17 Ег /ml (при норме 0-6,0). МРТ поясничного отдела - признаки дистрофических изменений поясничного отдела с преобладанием остеохондроза, спондилоартроза, ретролистеза L5, медианно-левосторонней грыжи межпозвонкового диска L4-L5, с каудальной миграцией ткани диска, с компрессией дурального мешка и левого корешка L5, стеноза

межпозвоночных отверстий в сегментах L4-L5-S1 с деформацией корешков, последствий спондилодисцита в сегментах L4-L5-S1, интрадуральной менингеальной кисты конского хвоста от уровня L5-S1 до тела S2. Дифференциальная диагностика при помощи консультаций нейрохирурга, фтизиатра, гнойного хирурга, невролога. По результатам обследования был поставлен диагноз: Основной: Спондилодисцит L4-L5, L5-S1. Латеральное стенозирование позвоночного канала на уровне L4-5 слева. Сопутствующий диагноз: Деформирующая спондилопатия. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника. Старые компрессионные переломы тел позвонков Th4, Th5, Th8. Цирроз печени алиментарной этиологии класс А по Чайлд-Пью, неактивный. Было назначено лечение: Ципрофлоксацин 200 мг 2 раза в день в/в кап. на 10 сут., после – Офлоксацин 200 мг 2 раза в день 14 дней. Ввиду сохраняющегося субфебрилитета после лечения – Левофлоксацин. На фоне лабораторной ремиссии (СРБ, лейкоциты в ОАК нормализовались) было рекомендовано выписать больного на амбулаторное лечение (фторхинолоны не менее 2-х недель), контроль МРТ через 1,5-2 месяца, КТ поясничного отдела позвоночника.

Заключение. Актуальность клинического случая обусловлена редкостью заболевания. До сих пор остаются нерешенными вопросы ранней диагностики, эмпирической и рациональной антибиотикотерапии, а также выбора объема оперативного вмешательства при спондилитах.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ТАЙВАНЕ

Корнеев М.Е., студент 5 курса ФГБОУ ВО Рязанский государственный
медицинский университет имени И. П. Павлова МЗ РФ

Руководитель: Борисов К.Н. к.м.н., доц.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Тайвань – официальное название Китайская Республика, не является членом ВОЗ. Численность населения по официальным данным 2015 г. составляет около 23,5 млн. человек. За последние 10 лет происходит стойкий прирост населения, который связан как с увеличением средней продолжительности жизни, так и с увеличением рождаемости.

Страховая медицина. С 1995 функционирует национальная администрация страхования здоровья (National Health Insurance Administration (NHIA)), которая с 2013 года вошла под юрисдикцию МЗ. NHIA отвечает за оказание, контроль качества, исследования и информационные технологии в области медицины. Финансирование страховой программы складывается из обязательных взносов граждан, работодателей и дотаций государства. Обязательное страхование (ОС) покрывает большую часть расходов семьи на лечение, делая медицину повсеместно доступной, а качество оказания медицинской помощи не зависящим от материального благосостояния пациента. ОС доступно по чипированной пластиковой карте, которая выступает в качестве ID пациента, помимо данных о страховом статусе на данной карте хранятся все данные о заболеваниях, что позволяет врачу получить необходимую информацию о состоянии здоровья пациента вне зависимости от места обращения и типа медицинского учреждения. С 2014г. вся информация о состоянии здоровья содержится в национальном банке здоровья, доступ к которому можно получить с любого устройства, это позволяет пациентам эффективнее

следить за своим здоровьем, вовремя обращаться к врачу и снижает риск развития заболеваний.

Сеть учреждений здравоохранения (УЗ) на Тайване включает: государственные больницы, частные клиники, благотворительные организации, учреждения традиционной медицины. Количество УЗ западной медицины за последние 10 лет увеличилось с 9948 до 11313 в 2015г., госпиталей сократилось с 531 до 486, но возросло число клиник, что позволило повысить число койко-мест с 129548 до 133 135. Тем не менее число койко-мест в пересчёте на 100 населения сократилось, что связано с стойким ростом населения. Все УЗ вне зависимости от формы собственности оказывают услуги по полису ОС. 86% УЗ с наибольшим оборотом койки, наибольшими возможностями являются частными. Обилие частных УЗ способных оказать медицинскую помощь любой сложности, работающих по полису ОС, существенно снижает затраты государства на здравоохранение, позволяя более рационально использовать бюджетные средства.

Образование. Медицинское образование в Тайване разделено на 2 направления: традиционная медицина и западная медицина, при этом изначально обучение проводится совместно и решение на какую специальность проходить аттестацию решает сам студент в конце обучения. Количество врачей по сравнению с 2005г. увеличилось на 26,6% и составило в 2015г. 27,1 на 10 тыс. населения.

Показатели здоровья населения. Средний возраст населения – 34,7 лет в 2005г., 39,9 - в 2015г. Средняя продолжительность жизни за этот период увеличилась у мужчин с 74,5 до 77лет и с 80,8 до 83,6 у женщин. Не смотря на снижение уровня смертности по злокачественным новообразованиям (ведущей причиной смертности по стандартизированным показателям) на 9,3% по сравнению с 2005 г., уровень смертности в 2015г. составил 128,0 на 100 тыс. чел. В соответствии со стандартизированными показателями смертность от сердечно-сосудистых заболеваний сократилась с 108,0 на 100

тыс. населения в 2005 г. до 89,2 в 2015 г, снижение в последнее десятилетие составило 17,4%.

Заключение, выводы. Тайвань имеет развитую и высокоэффективную систему здравоохранения, показывающую стойкое повышение показателей здоровья населения.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НАНОСТРУКТУРИРОВАННОГО ПОРИСТОГО УГЛЕРОДНОГО ИМПЛАНТАТА

Корнилов Д.Н., ассистент кафедры травматологии,
ортопедии и нейрохирургии

Иркутская государственная медицинская академия последипломного
образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России,
г. Иркутск

До недавнего времени распространенной альтернативой лечения пациентов с обширными дефектами костной ткани фаланг пальцев являлось выполнение ампутации на различных уровнях с последующим протезированием конечности или без него. В России Гарбузом А.Е. и Гордеевым С.К. разработана технология изготовления углеродных наноструктурных имплантатов, которые представляют собой прочный пористый композит из углеродных волокон, связанных наноструктурной углеродной матрицей.

Цель исследования: изучить способ, возможность и перспективность применения углеродных материалов нового поколения в комбинации с одномоментным протезированием межфалангового сустава.

Предлагаемый метод заключается в применении имплантатов на основе углерода, выстроенных на наноструктурной матрице с наличием микрополостей.

В предлагаемой технологии лечения наноструктурный углеродный имплантат используется в качестве опорного и остеоиндуктивного материала.

Клинический пример. Пациентка Х 19 лет поступила через 2 часа после получения ранения из огнестрельного оружия. На рентгенограмме отмечается полное разрушение средней фаланги и проксимального межфалангового сустава 4 пальца левой кисти, укорочение 4 пальца.

Пациентке выполнена первичная хирургическая обработка раны. С целью стабилизации костных фрагментов и устранением укорочения пальца выполнено наложение АВФ.

По полученным рентгенологически данным при измерении правой здоровой кисти пациентке был подобран индивидуальной формы наноструктурный имплантат необходимых размеров для замещения костного дефекта, а также имплантаты для реконструкции проксимального межфалангового сустава.

Операционный доступ выполнялся по тыльной поверхности средней фаланги. Имплантат вводился в рану, замещая дефект, и фиксировался к дистальному отломку кости спицей. В проксимальный конец имплантата фиксировалась дистальная часть протеза межфалангового сустава с помощью костного цемента (проксимальная часть данного протеза фиксировалась в проксимальный отломок кости без особенностей).

Сроки иммобилизации определены сроками формирования костно-углеродного блока и составляют не менее 6 недель.

Заключение. Как показали наши исследования и исследования других авторов, углеродные наноструктурные имплантаты не только не оказывают негативного воздействия на течение процесса регенерации, но и

способствуют его активизации. Образованный костно-углеродный блок позволяет значительно увеличить прочностные свойства костной мозоли, образующейся в месте дефекта костной ткани. Опыт применения УНИ позволяет рекомендовать их для лечения больных с посттравматическими дефектами костных тканей, в том числе и при разрушении контактирующих суставных поверхностей.

ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ГИГАНТСКОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Корошвили В.Т., аспирант кафедры неотложной и общей хирургии,

Габибов Э.М., ординатор кафедры неотложной и общей хирургии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского г. Москва

Цель работы: показать успешное применение видеоассистированной пластики передней брюшной стенки при гигантской послеоперационной вентральной грыже (ПОВГ).

Клиническое наблюдение. Пациентка Л. 77 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с диагнозом острая кишечная непроходимость. В анамнезе известно, что 5 лет назад перенесла операцию по поводу острой странгуляционной кишечной непроходимости с резекцией участка тонкой кишки. При осмотре на передней брюшной стенке имеется послеоперационный рубец до 20 см длиной. В области послеоперационного рубца имеется грыжевое выпячивание размерами 30x20x10 см при котором четко визуализировать размер грыжевых ворот не представляется возможным. В приемном

отделении НИИ СП им. Н.В. Склифосовского выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости (УЗИ) - эхо-признаки воспалительных изменений стенки кишки и инфильтративных изменений окружающих тканей в мезогастрии справа. С целью исключения опухолевого процесса, обтурационной кишечной непроходимости, ущемления грыжевого выпячивания в грыжевом мешке по экстренным показаниям выполнено МСКТ органов брюшной полости - признаки гигантской послеоперационной вентральной грыжи. Относительный объем грыжевого выпячивания более 18 %.

Под комбинированным эндотрахеальным наркозом на первом этапе выполнялась герниолапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. Выделен грыжевой мешок на всем протяжении с интраоперационным определением размера дефекта апоневроза. Грыжевой мешок раскрыт, выполнен адгезиолизис направленный на освобождение передней брюшной стенки. Далее, в брюшную полость вводился полипропиленовый композитный имплант. Затем через апоневроз и кожу в четырех точках выводятся полипропиленовые нити. Под визуальным контролем, в типичных точках устанавливаются по два 5 мм и 10 мм троакара. С целью профилактики компартмент-синдрома, после выделения всех карманов грыжевой мешок частично иссекается с послойным ушиванием лапаротомной раны край в край без натяжения. Далее на втором этапе данной методики, создается пневмоперитонеум. Сетчатый имплант фиксировался ранее выведенными через переднюю брюшную стенку полипропиленовыми нитями и далее с помощью герниостеплера укреплялся рассасывающимися спиралями по методу «двойной короны».

Продолжительность оперативного вмешательства - 140 минут, койко-дня после операции - 8 койко-дней. Активизация пациентки на первые сутки после оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде

проводилась обезболивающая терапия наркотическими анальгетиками в течение 2 суток.

Выводы. Первый опыт использования видеоассистированной технологии – включающий комбинированное использование открытой и лапароскопической техники у больных с гигантскими ПОВГ демонстрируют хорошие ближайшие результаты использования данного способа в условиях тяжелого хирургического и терапевтического фона.

РОЛЬ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Корошвили В.Т., аспирант кафедры неотложной и общей хирургии,
Нарзаяев Д.С., Гуськов В.Д., ординаторы кафедры неотложной и общей
хирургии

Руководители: Алексеев А.К., к.м.н., доц.;

Благовестнов Д.А. д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: определить роль внутрибрюшного давления у пациентов с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) для выбора способа хирургического лечения.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты хирургического лечения 18 пациентов в возрасте от 45 до 72 лет. Из них мужчин - 11, женщин - 7. Диагностика проводилась при помощи клиничко-анамнестических и инструментальных методов обследования (ультразвукового метода исследования передней брюшной стенки, рентген-компьютерную герниоабдоминометрию - РГКАМ). Все ПОВГ относились к

категориям больших и гигантских, при которых площадь грыжевых ворот больше 15 см², а относительный объем ПОВГ при РКГАМ варьировал от 14 % до 32 %. Все пациенты были оперированы по стандартной методике реконструкции или коррекции с использованием сетчатого полипропиленового имплантата в зависимости от показателей внутрибрюшного давления (ВБД). Перед операцией уровень ВБД в мочевом пузыре был в пределах нормы и варьировал от 3 до 8 мм. рт. ст. Выполнялась мобилизация заднего листка апоневроза с последующим сведением краев под контролем показателей ВБД. У молодых пациентов в возрасте до 45 лет сопутствующего терапевтического фона значения ВБД могли достигать от 12 до 18 мм.рт. ст, которым была выполнена реконструкция передней брюшной стенки. У пациентов с отягощенным терапевтическим анамнезом при повышении ВБД выше критических значений выполнялась коррекция передней брюшной стенки со вскрытием грыжевого мешка и формированием контралатеральных лоскутов. Интраоперационно выполнялся мониторинг с измерением оксигенации крови, сопротивления давления в дыхательном контуре наркозного аппарата, частоты пульса, ВБД в мочевом пузыре с помощью приспособления UnoMeter Abdo-Pressure. Под контролем ВБД формировался «заданный диастаз» (расстояние между мышечно-апоневротическими элементами) с увеличением не более чем на 2-3 мм.рт.ст. При этом заданный диастаз варьировал от 5 см до 12 см. Всем пациентам выполнялось активное дренирование надсетчатого пространства с помощью дренажной трубки и вакуумного резервуара.

Результаты. У всех пациентов ранний послеоперационный период протекал без осложнений, несмотря на то, что у 8 был тяжелый сопутствующий терапевтический фон (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, ожирение - индекс массы тела > 34). В раннем послеоперационном периоде в течение двух суток также проводился мониторинг ВБД в мочевом пузыре и не превышали 1-2 мм. рт. ст. от

показателей на момент окончания операции. На вторые сутки с появлением активной перистальтики кишечника показатели ВБД снижались в подавляющем числе случаев до нормы. Ранняя активизация пациентов на 1 сутки. Вакуумные дренажные системы удалялись на 3-5 сутки. Пациенты никак не ограничивали себя в физической активности спустя 6 месяцев после операции.

Выводы. Таким образом, измерение ВБД во время операции позволяет моделировать объем брюшной полости и недопустить интраабдоминальной гипертензии у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и в соответствии с этим позволяет выбрать тактику хирургического лечения. У молодых пациентов с большими ПОВГ допустимо повышение внутрибрюшного давления до первой степени интраабдоминальной гипертензии.

ЗНАЧЕНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ПРИЦЕЛЬНОЙ МРТ/УЗИ FUSION БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Коссов Ф.А., аспирант кафедры рентгенологии и радиологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель работы: изучить возможности МРТ/УЗИ fusion биопсии в диагностике клинически значимого рака предстательной железы.

Актуальность. Стандартная биопсия (СБ) предстательной железы (ПЖ) в настоящее время является неотъемлемой частью диагностики рака предстательной железы (РПЖ). Частота обнаружения РПЖ при СБ колеблется от 31-42%, однако число ложноотрицательных результатов остается чрезмерно высоким. Активное и массовое внедрение в рутинную

клиническую практику мпМРТ в сочетании с использованием гибридных технологий, таких как прицельная fusion-биопсия (ПБ) могут существенно повысить выявляемость раков среднего (PCP) и высокого риска (PBP), как при первичной биопсии ПЖ, так и у пациентов с отрицательными биопсиями в анамнезе.

Материалы и методы: Было обследовано 73 больных. Анализ данных включал пациентов с первичной биопсией и ранее отрицательными СБ в анамнезе. Исследуемую популяцию составляли мужчины в возрасте от 44 до 71 года (медиана возраста 62 года). Критериями включения являлись наличие у пациентов: 1) изменения лабораторных показателей; 2) изменения на мпМРТ (PI-RADS>2); 3) положительные/сомнительные результаты физикального исследования. Критериями для выполнения мпМРТ ПЖ являлись: повышенный уровень ПСА и/или наличие положительных/подозрительных результатов пальцевого ректального исследования. По результатам мпМРТ ПЖ у всех пациентов был выявлен по крайней мере один подозрительный очаг согласно системе отчетности, PI-RADS v.2 (PI-RADS>2). Исследования выполнялось в два этапа: 1) проведение мпМРТ ПЖ; 2) выполнения процедуры прицельной fusion-биопсии посредством аппаратного.

Результаты. Полученные данные позволяют определить основные тенденции и перспективы развития методики. А именно, прицельная биопсия статистически достоверно (коэффициент корреляции Спирмена – 0.8, $p < 0.0001$) не уступает СБ по степени выявления узлов с высоким потенциалом злокачественности, при этом по результатам регрессионного анализа точность выявления PBP при ПБ оказалось выше в сравнении с СБ ($p < 0.0001$). Использование методики ПБ позволяет выполнять меньшее количество вколов для выявления гистологического материала с наибольшим потенциалом злокачественности. Данные МРТ показали статистически достоверную корреляцию с результатами ПБ ($p < 0.02$, коэффициент

корреляции при ПБ 0,7). Применение методики ПБ показало отсутствие чувствительности к выявлению клинически не значимого рака ПЖ.

Выводы. Результаты последних достижений в области медицинской визуализации в совокупности с применением гибридных технологий не оставляют сомнений, что дальнейший вектор развития выполнения биопсии ПЖ будет сведен к концепции «прицельной или зрячей» биопсии, что в свою очередь может существенно повысить выявляемость рака среднего и высокого риска. Использование методики МРТ/УЗИ Fusion биопсии позволяет существенно повысить обнаружение клинически значимых форм РПЖ, правильно выставить клиническую стадию заболевания, верно стратифицировать риски, что является существенно важным фактором в выборе тактики лечения для каждого конкретного больного.

ИЗМЕНЕНИЯ МАКУЛЯРНОЙ ЗОНЫ СЕТЧАТКИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЛАЖНОЙ ФОРМОЙ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ НА ФОНЕ АНТИАНГИОГЕННОЙ ТЕРАПИИ РАНИБИЗУМАБОМ И АФЛИБЕРЦЕПТОМ

Котова Е.С., ординатор 2-го года обучения кафедры офтальмологии

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

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) – ведущая причина необратимой потери зрения в развитых странах во всем мире. Тяжесть заболевания обусловлена центральной локализацией процесса, двусторонним характером поражения и хроническим прогрессирующим течением.

Цель исследования: оценить динамику морфофункциональных показателей макулярной зоны сетчатки у пациентов с влажной формой

возрастной макулярной дегенерации на фоне антиангиогенной терапии Ранибизумабом и Афлиберцептом.

Материалы и методы: было обследовано 28 пациентов (28 глаз); из них 21 женщина и 7 мужчин в возрасте от 58 до 80 лет, средний возраст составил $71,1 \pm 7,2$ лет. Всем пациентам была проведена: биомикроскопия, офтальмобиомикроскопия с использованием асферической линзы 90 D, визометрия, компьютерная фундус - микропериметрия на приборе MAIA, оптическая когерентная томография (ОКТ) на приборе Zeiss Cirrus HD-OCT 4000. Исследования проводились до и через 3 недели после проведения инъекций Ранибизумаба и Афлиберцепта. Все пациенты были разделены на 2 группы по 14 человек в каждой. В группу №1 вошли пациенты, которым вводился препарат Ранибизумаб, в группу №2 - Афлиберцепт.

Критерии включения в исследование: наличие у пациентов влажной формы ВМД с активной хориоидальной неоваскуляризацией, а также возраст старше 50 лет. **Критерии исключения:** дистрофические заболевания роговицы, глаукома, хирургические вмешательства (за исключением факоэмульсификации катаракты), диабетическая и посттромботическая ретинопатии, отслойка сетчатки в анамнезе, плотные катаракты («бурые», зрелые), миопия выше 6 диоптрий.

Результаты: оценивались такие параметры, как максимальная корригируемая острота зрения (МКОЗ), толщина сетчатки в центральной зоне по данным ОКТ, средняя световая чувствительность, стабильность фиксации взора, а также показатель К (количество точек из 37 точек предъявляемого паттерна с чувствительностью ниже 24 дБ) по данным компьютерной фундус - микропериметрии.

В группе Ранибизумаба: МКОЗ увеличилась на 0,01; толщина сетчатки в fovea уменьшилась на 23,92 мкм; средняя световая чувствительность увеличилась на 0,76 дБ; показатель К снизился на 2,83 ед. У 2 пациентов фиксация взора стала стабильной.

В группе Афлиберцепта: МКОЗ увеличилась на 0,03; толщина сетчатки в fovea уменьшилась на 31,81 мкм; средняя световая чувствительность увеличилась на 1,18 дБ; показатель К снизился на 0,82 ед. Стабилизация фиксации взора наблюдалась у 2 пациентов.

Выводы: на фоне проводимой антиангиогенной терапии Ранибизумабом и Афлиберцептом наблюдается: улучшение зрительных функций, по данным ОКТ - уменьшение толщины макулярного отека в центральной зоне, по данным компьютерной фундус-микропериметрии – увеличение средней световой чувствительности, уменьшение показателя К, стабилизация фиксации взора.

Для более точной диагностики морфофункциональных изменений макулярной зоны сетчатки на фоне проводимой антиангиогенной терапии, рекомендуется проведение оптической когерентной томографии совместно с компьютерной фундус-микропериметрией.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кочеткова Н.А., ординатор кафедры физической терапии,
спортивной медицины и медицинской реабилитации

Руководитель: Куликов А.Г., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

В развитии и прогрессировании многих патологических процессов важную, а иногда основную роль играет расстройство микрогемодинамики. Значительные изменения в кровоснабжении слизистой наблюдаются при воспалительных и эрозивно-язвенных поражениях гастродуоденальной области.

Целью исследования: явилось изучение микроциркуляции в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки и ее изменение под влиянием лазеротерапии. Обследовано 26 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и гастродуоденитом возрасте от 22 до 58 лет и 16 здоровых лиц. Микроциркуляцию изучали методом лазерной доплеровской флоуметрии путем проведения датчика через биопсийный канал эндоскопа.

При воспалительных и язвенных поражениях слизистой отмечено снижение активного компонента вазомоторных колебаний на фоне сохранения или возрастания пассивных составляющих. Это касалось преимущественно антрального отдела желудка, в меньшей степени – тела желудка и двенадцатиперстной кишки. В результате у больных по сравнению со здоровыми лицами наблюдалось достоверное снижение величины интегрального микрогемодинамического показателя - индекса эффективности микроциркуляции, что свидетельствовало о наличии структурного дисбаланса активных и пассивных компонентов микроциркуляции.

Лазеротерапия проводилась в инфракрасном диапазоне, импульсном режиме на эпигастральную область, проекцию пилорoduоденальной зоны и сегментарно. Процедуры способствовали быстрому купированию болевого и диспептического синдромов, отмечена положительная динамика эндоскопических показателей: уменьшение воспаления слизистой, у большинства больных исчезновение или сокращение размеров язв. Заживление язв спустя 3-3,5 недели после окончания лечения наблюдалось в 70,7% случаев.

Изучение микроциркуляции к концу лечения показало, применение лазера способствовало существенному ее улучшению во всех изучаемых отделах. У пациентов наблюдалось возрастание показателя микроциркуляции и среднеквадратичного отклонения, при этом изменения носили достоверный характер. Лазеротерапия достоверно увеличивала амплитуду низкочастотных

вазомотий (активный компонент), что свидетельствует о непосредственной активации микроциркуляторных процессов в ней. Практически не отмечалось существенного усиления амплитуды высокочастотных и пульсовых колебаний кровотока, т.е. показателей характеризующих пассивную составляющую капиллярной микрогемодинамики.

Выводы. Таким образом лазеротерапия у пациентов с гастродуоденальной патологией, служит эффективным способом коррекции нарушений микроциркуляции слизистой, положительно влияет на динамику клинических показателей. Улучшение трофики и функционального состояния, активация репаративных приводят к достижению стойкого лечебного эффекта.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПОНТАННОЙ АГРЕГАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ КАК РАННЕГО БИОМАРКЕРА АТЕРОСКЛЕРОЗА

Кривченкова Е.В., асс. кафедры клинической лабораторной диагностики

Руководитель: Кулюцина Е.Р., к.м.н., доц., зав. кафедрой
клинической лабораторной диагностики

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

Цель исследования: изучить показатели спонтанной агрегации тромбоцитов в качестве раннего биомаркера атеросклероза у доноров по параметрам агрегации по кривой среднего размера агрегатов и светопропускания.

Материалы и методы. Было обследовано 110 доноров (61 мужчина и 49 женщин) в возрасте от 18 до 62 лет на базе ГБУЗ ПОКЦК. Доноры были разделены на 2 группы. В качестве критерия деления на группы взят показатель агрегации, приведенный производителем двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов «Биола» ЛА 230-2 (значение

среднего размера агрегатов) на 2 мин. после начала перемешивания равный 1,35 отн. ед. В группу 1 были отнесены доноры со значением данного показателя $\leq 1,35$ отн. ед., ($n = 93$), в группу 2 – доноры с данным показателем агрегации $> 1,35$ отн. ед. ($n = 17$). Определялись показатели параметров агрегации по кривой среднего размера агрегатов и светопропускания. Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ «STATISTICA 6.0». Параметры агрегации по кривой среднего размера агрегатов и показатели светопропускания представлены медианой и интерквартильным размахом (Me [25%; 75%]). Достоверность различий между группами оценивали непараметрическим U-критерием Манна-Уитни. За достоверность различий принимали $p < 0,05$.

Результаты. Численность группы доноров 1 составила 84,5 %, группы 2 с гиперагрегацией тромбоцитов – 15,5 %.

В группе 1 показатели параметров агрегации по кривой среднего размера агрегатов были следующие: максимальный размер тромбоцитарных агрегатов (МРТА) – 1,23 отн. ед. [1,11; 1,39]; время достижения максимального размера тромбоцитарных агрегатов (ВДМРТА) – 289 сек. [253; 295]; максимальная скорость образования агрегатов тромбоцитов (МСкРТА) – 0,18 отн. ед./мин. [0,14; 0,26]; время достижения наибольших тромбоцитарных агрегатов (ВДНТА) – 113сек. [61; 218]. Анализ данных параметров агрегации выявил более высокие значения в группе 2, которые составили МРТА – 1,69 отн. ед. [1,6; 1,95] ($p = 0,00$), ВДМРТА – 294сек. [282; 298] (тенденция к повышению $p = 0,07$), МСкРТА – 0,36 отн. ед./мин [0,27; 0,46] ($p = 0,00$), кроме ВДНТА – 136 сек. [78; 180].

Значения показателей светопропускания в группе 1 были на следующих уровнях: максимальная степень агрегации тромбоцитов (МСАТ) – 1,55 % [1,19; 2,2], время достижения максимальной степени агрегации тромбоцитов (ВДМСАТ) – 290 сек. [280; 296], максимальная скорость агрегации тромбоцитов (МСкАТ) – 1%/мин. [0,72; 1,38]; время достижения

максимальной скорости агрегации тромбоцитов (ВДМСкАТ) - 135сек. [45; 229]. В группе 2 – эти показатели составили МСАТ - 3,10 % [2,16; 4,52], ВДМСАТ – 293сек. [285; 296], МСкАТ – 1,31 %/мин. [1,06; 1,84], ВДМСкАТ – 105 сек. [54; 218]. Значения показателей светопропускания МСАТ и МСкАТ в группе доноров 2 были выше и имели достоверные различия по сравнению с группой 1 ($p = 0,0002$ и $p = 0,012$ соответственно).

Выводы.

1. При изучении данных агрегатограмм доноров у 15,5% из них была выявлена спонтанная гиперагрегационная способность тромбоцитов.

2. Наиболее высокую агрегационную способность тромбоцитов отражают значения параметров агрегации по кривой среднего размера агрегатов, чем показатели светопропускания.

3. Более информативными для выявления спонтанной гиперагрегации тромбоцитов и оценки риска развития атеросклероза из показателей параметров агрегации по кривой среднего размера агрегатов были МРТА, МСкАРТА, ВДМРТА, из показателей светопропускания - МСАТ и МСкАТ.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО - ЭКОНОМИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УСЛУГ КЛИНИКО - ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ

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

Руководитель: Пиддэ А. Л., д.э.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Целью исследования: является раскрытие сущности услуги клинικο-диагностической лаборатории (КДЛ) как комплексной многокомпонентной

услуги и необходимости совершенствования ее организационно-экономического обеспечения.

Повседневная деятельность КДЛ протекает на фоне и под влиянием непрерывно происходящих процессов развития в науке и технике. Научно-технический прогресс привел к существенным количественным и качественным изменениям диагностических возможностей лабораторий применительно к различным формам патологии человека и различным клиническим ситуациям.

В процессе клинического лабораторного исследования должен быть выполнен широкий круг действий: поставлена диагностическая задача с указанием конкретного анализа (или группы анализов), исследование которых в пробе биологического материала пациента может дать необходимую диагностическую информацию; взят образец соответствующего биологического материала пациента и подвергнут анализу; результат анализа должен быть интерпретирован и сообщен стороне, назначившей исследование, в сроки, соответствующие срокам решения поставленной медицинской задачи.

Но это только основные моменты оказания услуги клинико-диагностической лаборатории. Важно учитывать взаимодействие врачей КДЛ с клиническим персоналом ЛПУ, например, по выбору более информативного метода диагностики, по правилам забора биологического материала. КДЛ должны четко определять исследования, которые отвечают клиническим потребностям ЛПУ и позволяют быстро и эффективно решать лечебные и диагностические вопросы в соответствии с профилем ЛПУ. КДЛ могут существенно различаться по условиям, создаваемым для деятельности специалистов лабораторной службы – по размещению, оборудованию, удовлетворению потребностей, степени рабочей нагрузки и т. п. Следует учитывать возможность и необходимость задействования лаборантов, биологов КДЛ, врачей КДЛ на конкретных участках работы. Важным

моментом является использование различных методик, видов реагентов, анализаторов различной мощности, аналитической надежности, стоимость периодического обслуживания лабораторного оборудования и многое другое. Все это и есть комплексная многокомпонентная услуга.

Современное ресурсное обеспечение, автоматизация, компьютеризация не всегда соответствуют финансовым возможностям КДЛ, так как отсутствуют системы медико-экономического обоснования его приобретения и устаревшие подходы к нормированию использования ресурсного и кадрового обеспечения КДЛ. Наличие необходимых ресурсов определяет объем и структуру оказания медицинской помощи, объем выполняемых лабораторных исследований. Эти вопросы являются актуальными для здравоохранения. В настоящее время отсутствуют единые подходы и необходимое методическое обеспечение, позволяющее связать задачи оказания услуг КДЛ с организационно-экономическим обеспечением и своевременным обновлением ресурсов КДЛ. Все это определяет необходимость изучения услуги КДЛ как комплексной многокомпонентной услуги.

Конечной целью совершенствования организационно – экономического обеспечения услуг клинико-диагностической лаборатории должна являться согласованность, оптимизация и наибольшая эффективность функционирования КДЛ и эффективность взаимодействия с другими отделениями ЛПУ.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭКСТРАНОДАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЛЕГКИХ ПРИ ЛИМФОМАХ

Кузовкова А.А., Советов И.В., студенты

Руководитель: Сударкина А.В., асс. кафедры лучевой диагностики и терапии

ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск

Лимфомы составляют большую и неоднородную группу злокачественных новообразований иммунной системы. Для лимфом характерна высокая частота вовлечения в патологический процесс экстранодальных областей, среди которых поражение легких занимает первое место. Своевременное выявление изменений в легких и наблюдение за динамикой их развития имеет большое значение, так как оказывает существенное влияние на тактику ведения больных с лимфомами.

Цель исследования: изучение лучевой семиотики и оценка динамики изменений в легких у пациентов с лимфомами с помощью метода мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов МСКТ органов грудной клетки 40 пациентов в возрасте от 22 до 76 лет с верифицированным диагнозом лимфомы и наличием изменений в легких. Контрольную группу составили 40 пациентов с диагнозом пневмония в возрасте от 21 до 75 лет. Результаты МСКТ обеих групп пациентов исследовались с целью выявления общих лучевых симптомов в легких и оценки динамики текущего патологического процесса. МСКТ выполнялась на 64-срезовом мультиспиральном компьютерном томографе.

Результаты и обсуждение. Наиболее часто встречающимися изменениями в легочной ткани по данным МСКТ при лимфомах являлись очаговые образования – 23 случая из 40 (57,5 %) размером от 2 до 20 мм, с неровными контурами, одиночные и множественные, которые сочетались с перибронховаскулярной и альвеолярной инфильтрацией легочной ткани. При

этом положительная динамика (уменьшение размеров очагов и их количества) отмечалось в 16 случаях, в 4 случаях динамики не отмечалось и у 3 пациентов была отрицательная динамика (увеличение количества, размера узлов и тенденция их к слиянию); уплотнение легочной ткани по типу «матового стекла» было выявлено у 10 пациентов (25%), причем в 8 случаях данный симптом сочетался с зонами консолидации легочной ткани и лишь у 2 пациентов был выявлен изолированно. Данный симптом во всех случаях имел положительную динамику. Симптом консолидации легочной ткани имел место у 5 пациентов (12,5%). В 3 случаях на фоне консолидации был выявлен симптом «воздушной бронхографии». Положительная динамика отмечалась в 4 случаях. Кроме того, у 1 пациента (0,25%) было обнаружено образование мягкотканной плотности с отрицательной динамикой, а в 1 случае (0,25%) был выявлен симптом мелкоочаговой диссеминации с отрицательной динамикой.

При пневмониях наиболее часто встречающимися лучевыми симптомами поражения легких были: симптом «матового стекла» в сочетании с участками консолидации легочной ткани – 18 случаев (45 %), изолированно симптом встречался у 4 пациентов (10%); симптом консолидации легочной ткани - 12 случаев (30%), при этом в 8 случаях участки консолидации сочетались с симптомом «воздушной бронхографии». В 6 случаях (15 %) выявлены инфильтративные изменения в легочной ткани. У всех пациентов данной группы была отмечена положительная динамика выявленных симптомов и разрешение пневмонии в течение 2-3 недель.

Выводы. МСКТ позволяет выявлять изменения в легких, которые не являются строго специфичными для лимфом и могут быть проявлением неспецифических воспалительных процессов в легких. Однако с помощью МСКТ с высокой точностью возможно оценить динамику выявленных изменений, что имеет большое значение, так как влияет на тактику ведения

больных с лимфомами и позволяет добиться значительных успехов в лечении.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УРОВНЯ ОНКОМАРКЕРА СА-125 В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Куприянова Е.Б., ординатор кафедры акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков; Шалагина Н.В., врач акушер-гинеколог

ОГАУЗ Городская поликлиника №4 г. Иркутска

Руководитель: Баряева О.Е., к.м.н., доц. кафедры акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Иркутск

Цель исследования: определить особенности акушерско-гинекологического анамнеза и клинической картины у пациенток с ЭКЯ. Установить зависимость между размерами эндометриодных кист яичников, наличием спаечного процесса и уровнем онкомаркера СА-125; выявить частоту встречаемости и степень распространенности спаечного процесса малого таза при эндометриодных кистах яичников.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 54 историй болезней женщин, находившихся на оперативном лечении в гинекологическом отделении №2 ГПЦ, г. Иркутска в 2016 г. с диагнозом ЭКЯ. Сформированы 2 группы сравнения в зависимости от уровня СА-125. В 1-й группе 29 (53,7%) пациенток с уровнем Са-125 свыше 35 Ед/мл. Во 2-й группе – 25 (46,2%) пациенток с уровнем онкомаркера до 35 Ед/мл. Всем пациенткам проведено хирургическое лечение в объеме энуклеации пораженных участков. Диагноз подтвержден гистологически. Статистическая обработка проводилась с использованием программы STATISTICA Base. Для

определения зависимости между двумя критериям использовался коэффициент корреляции Пирсона. Уровень значимости полученных результатов равнялся 95% ($p \leq 0,05$).

Результаты. Средний возраст пациенток составил $33,8 \pm 0,4$ года: в 1-й группе $31,7 \pm 6,7$ года, во 2 группе – $36,4 \pm 7,4$ года ($p \leq 0,05$). Из 54 случаев 64% - левосторонние ЭКЯ, в 25% – правосторонние, 11% – двусторонние ЭКЯ. В 1 группе, левостороннее поражение яичника встречалось достоверно чаще, чем во 2-й группе (80%), в то время как правосторонняя локализация (40%) чаще отмечена во 2-й группе женщин ($p \leq 0,05$). Различий в группах сравнения по среднему возрасту менархе и продолжительности менструального цикла не отмечено. Достоверно чаще встречались аборт и роды в анамнезе во 2-й группе (48% и 76% соответственно против 21% и 38%). Не отмечено различий в группах сравнения по частоте встречаемости дисменореи и тазовых болей. Размеры ЭКЯ в первой группе составили $6,3 \pm 0,89$ см, во второй – $3,68 \pm 1,12$ см ($p \leq 0,05$). Спаечный процесс брюшины малого таза диагностирован у 90% пациенток 1 группы и в 72% – 2 группы ($p \leq 0,05$). В 1 группе выявлена слабая корреляция между размерами ЭКЯ и уровнем СА-125 (0,15, $p=0,001$), во 2-й – умеренная корреляция (0,37, $p=0,001$). В 1-й группе обнаружена умеренная корреляционная связь между наличием спаечного процесса и уровнем онкомаркера (0,45, $p=0,001$), во 2-й - слабая (0,21, $p=0,01$). I степень выраженности спаечного процесса чаще встречалась в 2-й группе сравнения (65% против 53%), в то время как, III степень – достоверно чаще отмечалась в 1-й группе (11,5 % против 0%).

Выводы. У пациенток 2-й группы достоверно выше была частота абортов и родов, в то время как, характер менструального цикла, возраст менархе и наличие болевого синдрома в группах сравнения не имело достоверных статистических различий. Уровень онкомаркера СА-125 более 35 Ед/мл может использоваться в качестве прогностического критерия

наличия спаечного процесса брюшины малого таза. При нормальном уровне СА-125 у пациенток размеры ЭКЯ не превышали 5 см.

ВКЛАД АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ВОЗРАСТА НА ДИНАМИКУ
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
СИСТЕМЫ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Куркина М.В., аспирант кафедры терапии и подростковой медицины

Руководитель: Автандилов А.Г., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Цель исследования: оценить вклад стажа заболевания (АГ, ожирения, СД и ХБП) и возраста на этапы формирования ХСН с сохраненной ФВ.

Материалы и методы. В исследование включено 152 пациента, которые были разделены на 6 групп по возрасту: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 и старше 70 лет. Все пациенты имели артериальную гипертонию и ожирение I-IV степени. У пациентов 3 группы к указанным заболеваниям присоединялся сахарный диабет, а с 4 по 6 группы наблюдалось снижение скорости клубочковой фильтрации, что указывало на развитие ХБП. Всем пациентам, по стандартной методике, было выполнено эхокардиографическое исследование. Для определения функционального класса сердечной недостаточности проводился тест 6-минутной ходьбы. Методом пальцевой фотоплетизмографии определяли индексы жесткости аорты (SI, м/с) и отражения (RI, %). Осциллометрическим методом определяли эластические свойства артерий мышечного типа – податливость плечевой артерии (Парт, мл/мм рт.ст.) и податливость сосудистой системы (ПСС, мл/мм рт.ст.). Применялись параметрические и непараметрические

методы статистики, различия считались достоверными при $p < 0,05$. Корреляционный анализ проводился по ранговому критерию Спирмена.

Результаты. По данным эхокардиографического исследования у пациентов 1 и 2 групп наблюдалось концентрическое ремоделирование ЛЖ, а в последующих группах была выявлена концентрическая гипертрофия и повышение конечно-диастолического давления (КДД) левого желудочка (ЛЖ). У пациентов старше 50 лет наблюдалась худшая переносимость физической нагрузки, что подтверждалось одышкой, сердцебиением и усталостью при прохождении дистанции. В каждой группе прогрессивно увеличивались SI, м/с и RI, % с $7 \pm 0,7$ м/с и $50,6 \pm 9\%$ в первой группе до $11,3 \pm 1,7$ м/с и $78,3 \pm 68\%$ в шестой группе ($p < 0,05$). При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная корреляционная связь SI м/с и возраста – $R = 0,56$ ($p < 0,01$), RI % и возраста – $R = 0,53$ ($p < 0,01$) и меньшая со стажем гипертонической болезни (ГБ): SI м/с и стаж ГБ – $R = 0,48$ ($p < 0,01$), RI % и стажа ГБ – $R = 0,39$ ($p < 0,01$). При исследовании сосудов мышечного типа наблюдалось снижение Парт и ПСС с $1,3 \pm 0,2$ мл/мм рт.ст. и $1,8 \pm 0,3$ мл/мм рт.ст. в первой группе до $0,16 \pm 0,1$ мл/мм рт.ст. и $0,9 \pm 0,5$ мл/мм рт.ст. в шестой группе ($p < 0,05$). В возрасте 40-49 лет (3 группа) при снижении Парт наблюдалось увеличение относительной толщины стенки ЛЖ (ОТС), среди указанных показателей выявлены достоверные корреляционные связи: отрицательная связь ОТС и Парт – $R = -0,53$ ($p < 0,01$), положительная связь ОТС и возраста – $R = 0,50$ ($p < 0,01$) и отрицательная корреляционная связь Парт и возраста – $R = -0,68$ ($p < 0,01$). Корреляционных связей со стажем ожирения, сахарного диабета и указанными показателями найдено не было.

Заключение. Основной вклад в развитие ХСН с сохраненной ФВ вносит гипертоническая болезнь и возраст. Снижение артериальной эластичности приходится на период 40-49 лет. Клинические проявления ХСН с сохраненной ФВ начинают манифестировать у пациентов старше 50 лет.

ЛЕЧЕБНО – ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ АРТРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Куров М.А., очный аспирант кафедры травматологии и ортопедии

Руководитель: Голубев В.Г., д.м.н., проф.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Актуальность. По данным Н. Polzer et al., (2012) количество случаев острых повреждений связочного аппарата голеностопного сустава (ГС) составляет от 6% до 21% всех травм опорно-двигательного аппарата, а симптомы хронической нестабильности голеностопного сустава (ХНГС) встречаются у 40% пациентов. Анализ заболеваемости ХНГС показывает, что в структуре повреждений связок ГС $\frac{3}{4}$ составляют травмы латеральных связок ГС. Несмотря на большой интерес ученых к данной проблеме, как в нашей стране, так и за рубежом, и достигнутые за последнее время значительные успехи в диагностике и лечении ХНГС, результаты лечения не удовлетворяют ни травматологов, ни их пациентов. В качестве основных проблем исследователи выделяют: дефекты на этапе диагностики, возможность проведения малоинвазивной коррекции, необходимость выбора приоритетного метода реконструкции связок, ошибки хирургического лечения, послеоперационные осложнения, сокращение сроков реабилитации. Все это определяет необходимость дальнейшего поиска новых и совершенствования уже известных методов оперативного лечения, включая принципиально новые малоинвазивные разработки проведения операций.

В настоящее время существуют различные методы оперативного лечения ХНГС. Потенциальная польза артроскопического метода реконструкции связок при ХНГС заключается в малоинвазивности оперативного вмешательства, сокращении сроков реабилитации, снижении тяжести заболевания и возможности лечения костно-хрящевых патологий у

пациентов за один подход. Обычно процедура артроскопии проводится во время хирургической реконструкции связок для выявления внутрисуставной патологии, т.к. у 92% –95% пациентов имеются изменения внутри сустава.

Цель работы: улучшение результатов лечения пациентов с ХНГС путем оптимизации тактики операционного лечения с применением процедуры артроскопии; оценить результаты лечения и сравнить с данными литературы.

Материалы и методы. Клиническим материалом являются пациенты, находившиеся на лечении в отделении травматологии ФГБУЗ «ЦКБ РАН» в период с 2010-2016гг. Было прооперировано 33 пациента с ХНГС, по гендерной принадлежности: 17 женщин и 16 мужчин. Оперативное лечение ХНГС у 9 пациентов проводилось методом анатомического восстановления связок ГС (операция Brostrom и ее модификации), в том числе у 6 больных – с применением артроскопии (ArthroBrostrom). Операция неанатомического восстановления связок ГС с использованием трансплантата из сухожилия короткой малоберцовой мышцы выполнена 24 пациентам.

Результаты. Через 12 месяцев после операции средний балл по шкале AOFAS в группе пациентов, которым было выполнено неанатомическое восстановление связок, составил 79,3, а в группе с анатомическим восстановлением – 86,5. По данным литературы, одно из исследований M.N. Corte-Real (2009) у 28 пациентов оценка по шкале AOFAS составили 85 баллов, кроме того, исследования С. Nery et al. (2011) при реконструкции связок с применением артроскопии и непрерывного фиксатора у 38 пациентов за 2 года наблюдений показали уже оценку - 97 баллов по шкале AOFAS.

Заключение. Результаты настоящего исследования находятся в соответствии с анализом отдаленных результатов эффективности указанных методов оперативного лечения посттравматической ХНГС. Артроскопическая операция Brostrom малоинвазивна, позволяет решить

проблему ранней диагностики ХНГС, улучшает результат лечения в отдаленном периоде у определенной группы пациентов.

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

Материалы конференции

Том I

Подписано в печать 05.04.2018

Формат 60x80 ¹/₁₆

Печ. л. 15,5

Тираж 500 экз.

Заказ № 50

Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993

Электронный адрес www.rmapo.ru

E-mail: rmapo@rmapo.ru

Отпечатано в ФГБОУ ДПО РМАНПО

Ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993